

**Projeto: Desenvolvimento de metodologia de  
avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro  
(PRO-ADESS)**

**Relatório Final**

**Rio de Janeiro**

**Agosto de 2003**

**Obs.: Este texto é parte deste Relatório e foi escrito por Celia Almeida, coordenadora do GT “Sistemas de Serviços de Saúde”, que integrou a pesquisa.**

# Equipe técnico-científica

**Pesquisadores:** Célia Almeida (ENSP/FIOCRUZ)  
Célia Landmann Szwarcwald (CICT/FIOCRUZ)  
Claudia Travassos (CICT/FIOCRUZ)  
Francisco Viacava (CICT/FIOCRUZ) - COORDENADOR  
Hillegonda Maria Dutilh Novaes (FM/USP)  
José Carvalho de Noronha (IMS/UERJ)  
Juan Yazzle Rocha (FMRP/USP)  
Lígia Maria Vieira da Silva (ISC/UFBA)  
Márcia Furquim de Almeida (FSP/USP)  
Marilisa Barros (FCM/UNICAMP)  
Mônica Martins (ENSP/FIOCRUZ)  
Nelson Ibañez (FCM STA CASA S PAULO)  
Maria Alicia Ugá (ENSP/FIOCRUZ)  
Rosângela Caetano (IMS/UERJ)  
Sílvia Porto (ENSP/FIOCRUZ)

**Pesquisador visitante:** James Macinko

**Auxiliares Pesquisa:** Carlos Eduardo Rezende

Eliane Oliveira

Isabela Santos

Jorge Alberto Bersteins Iriart

Márcia Fausto

**Apoio de informática:** Hegláucio da Silva Barros

**Apoio administrativo:** Marizete Zanini Mendes

## SUMÁRIO

Sumário Executivo .....	5
1. Antecedentes.....	14
2. Objetivos.....	17
3. Metodologia de Trabalho .....	18
4. Conceituação de sistemas de saúde .....	20
4.1. Definições de Sistemas de Saúde .....	24
4.2. O Papel do Estado na Estruturação dos SSs .....	27
4.3. Os Objetivos e as Funções dos Sistemas de Serviços de Saúde .....	32
4.4. As Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP).....	34
4.5. Modelos de sistemas de serviços de saúde e modelos assistenciais .....	39
4.6. O sistema único de saúde – SUS .....	48
4.7. Alguns modelos assistenciais que têm sido propostos como alternativas para o SUS .....	49
5. Avaliação do desempenho de sistemas de saúde.....	56
5.1. Conceituação e discussão. ....	56
6. Quadros de referência teórico e conceitual.....	59
6.1. O quadro de referência do World Health Report 2000 (WHR 2000) .....	59
6.2. Quadro de referência da OECD.....	61
6.3. O quadro de referência da Organização Pan-americana da Saúde-OPS .....	63
6.4. Os países estudados: Reino Unido, Canadá, Austrália e EUA. ....	66
6.4.1. Reino Unido.....	66
6.4.2. Canadá .....	73
6.4.3. Austrália.....	77
6.4.4. Estados Unidos .....	80
6.4.5. A proposta da OPS.....	84
6.5. Análise comparativa dos quadros de referência estudados.....	87
7. A questão da Equidade .....	92
7.1. Diferenças, Disparidades, Desigualdades e Iniquidades .....	92
7.2. Comentários finais.....	97
8. Proposta de avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro.....	98
8.1. Algumas experiências de avaliação em curso no Brasil .....	98
8.2. As avaliações selecionadas.....	102
8.3. Comentários Finais.....	103
8.4. Definição das dimensões da avaliação de desempenho.....	109
8.5. Desenvolvimento da Matriz de Avaliação.....	113
8.5.1. Determinantes da Saúde.....	116
8.5.2. Condições de Saúde da População.....	127
8.5.3. Estrutura do Sistema de Saúde.....	139
8.5.4. Desempenho dos Serviços de Saúde .....	152
9. Critérios de seleção de indicadores para caso brasileiro .....	172

9.1 Aspectos Operacionais .....	173
Referências Bibliográficas.....	177
ANEXO 1 A revisão sistemática da bibliografia veiculada pela lista equidade@listsev.paho.org.....	187
ANEXO 2 - Algumas experiências nacionais de avaliação: projetos selecionados .....	191
ANEXO 3 - Ficha Técnica do Indicador – exemplo .....	252
Referências Bibliográficas dos Anexos.....	255

## Sumário Executivo

Durante os anos 80, especialmente nos países do primeiro mundo, os gestores dos sistemas e serviços de saúde deparam-se com o desafio de encontrar soluções para a organização e o funcionamento dos sistemas de saúde, tendo em vista o aumento das despesas com atenção médica hospitalar e as mudanças no perfil demográfico e epidemiológico das populações.

Entretanto, as propostas de reforma, têm se traduzido na formulação de uma agenda sintonizada com o amplo movimento mundial de reforma do Estado, questionando-se fortemente a forma como até então os sistemas de serviços de saúde vem sendo organizados e desempenhando suas funções. Seu alvo preferencial tem sido os sistemas que tem a universalização de acesso como característica predominante. Em termos bastante sintéticos, pode-se dizer que as questões centrais que têm orientado essas perspectivas reformistas são: (i) a contenção dos custos da assistência médica, traduzida na busca de maior eficiência; e a reestruturação do *mix* público/privado, a partir da descentralização de atividades e responsabilidades (operacionais e de financiamento), tanto para os níveis sub-nacionais de governo quanto para o setor privado; (ii) aumento da participação financeira do usuário no custeio dos serviços que utiliza (sejam públicos ou privados). A face conservadora dessa agenda de reforma restringe-se à questão da assistência médica individual, objetivando primordialmente a restrição do gasto neste sub-setor. No plano ideológico, o impulso principal foi (i) despolitizar a arena setorial, passando a considerá-la como eminentemente técnica; (ii) privilegiar a atuação dos gerentes, deslocando o médico para exercer o papel do principal agenciador do gasto (indutor de demanda); (iii) resgatar uma montagem empresarial nos arranjos institucionais que, acredita-se, seja mais eficiente.

Nos processos contemporâneos de reforma setorial o papel do Estado tem sido o foco central do debate e têm-se questionado fundamentalmente o seu envolvimento na provisão de serviços, em detrimento de outras atuações alavancadoras de melhores resultados. O elenco de críticas é extenso, mas muito sinteticamente, constata-se que, apesar dos altos montantes de recursos financeiros investidos, muitos Estados não conseguiram proporcionar a implementação de políticas universais, eqüitativas e de boa qualidade.

Nesse processo de reformas, que tem seu principal objetivo a redução do desequilíbrio fiscal e criação de condições macroeconômicas mais sustentáveis, a crítica é centrada no lado da oferta de serviços (*supply side*), enfatizando-se a importância de direcionar os sistemas de saúde para atender “a demanda do consumidor”. Advoga-se que as estruturas burocráticas hierárquicas tradicionais, com a rigidez inerente dos seus procedimentos normativos, são danosas aos interesses públicos, ineficientes e inefetivas. Os reformistas constroem suas propostas a partir do pressuposto que, como qualquer monopólio, as agências estatais são inerentemente ineficientes, tendem a crescer indefinidamente e o resultado é um mau desempenho. A mudança central do foco de atenção é das atividades ou “produtos” das agências governamentais (*output*) para os resultados dessas atividades (*outcomes*). E como os serviços devem estar voltados para o consumidor, os sistemas devem ser re-orientados nessa perspectiva e a avaliação de desempenho passa a ser um instrumento importante dessa reestruturação.

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. Entretanto, a questão fundamental a ser enfrentada é como medir desempenho em termos de qualidade, eficiência e equidade e montar sistemas de gerenciamento de desempenho na perspectiva de impulsionar mudanças de comportamentos que possibilitem conseguir melhores resultados.

Nesse projeto procurou-se fazer uma revisão dos marcos conceituais que embasam as propostas de avaliação de desempenho formuladas por organismos internacionais, como a OMS, a OCDE, e a OPS e de alguns países membros da OCDE, com larga tradição na gestão de sistemas que tem o acesso universal como princípio, e verificar sua adequação ao caso brasileiro, considerando-se os princípios e a organização do nosso sistema de saúde.

A primeira conclusão diz respeito à multiplicidade de conceitos envolvidos tanto no que se refere ao Sistema de Saúde quanto à avaliação do desempenho do sistema de saúde.

De uma maneira geral não há concordância entre os autores sobre uma definição de Sistemas de Saúde, mas isso não impede que tenham proposto categorizações e classificações que, ou trazem embutida uma perspectiva evolucionista e unidirecional, além de não permitirem uma análise mais dinâmica dos SSs, ou são parciais e baseadas em sistemas de saúde particulares, e portanto, não podem ser generalizadas. Na definição considerada quase clássica, um SS é uma combinação de recursos, organização,

financiamento e gerenciamento que culmina na prestação de serviços de saúde para a população. Entretanto, essas 5 grandes categorias que integram a definição não possibilitam a compreensão do funcionamento dos SSs nem os seus resultados, pois não são explicitadas as relações entre elas.

Por outro lado, as definições, conceitos e categorias analíticas usadas para definir ou analisar os SS variam segundo valores, princípios e concepções existentes sobre o que é saúde e qual o papel do Estado (responsabilidade) em relação à saúde das populações que vivem em seu território. Nessa perspectiva, podem mudar no tempo e no espaço, refletindo mudanças nas concepções dominantes. A maneira como um problema é estruturado determinará os tipos de evidência que serão consideradas relevantes e o que será descartado. As implicações políticas surgem dessas evidências e não do quadro de referência *per se*. E os modelos implícitos ou explícitos de análise definem e incluem (ou excluem) categorias que são relevantes para determinado referencial e não para outros.

No caso brasileiro, embora o SS tenha seus princípios definidos por lei, a discussão sobre o modelo de Sistema de Saúde que se quer construir também apresenta uma dinâmica particular, não existindo consenso entre os autores sobre essa questão. Sendo assim, o SUS, é ainda palco de disputa entre modelos assistenciais diversos, alternativos ou experimentais, implementados com esforço, com a tendência de reprodução conflitiva dos modelos hegemônicos, isto é, o *modelo médico assistencial privatista* (ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio e diagnóstico) e o *modelo sanitaria* (campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária. As tentativas de articular ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, na dupla dimensão individual e coletiva têm sido experimentadas no espaço micro dos municípios, acumulando experiência que apontam para a possibilidade de construção de um *modelo de atenção à saúde voltado para a qualidade de vida*, tal como proposto na 10<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1996 e reforçado na 11<sup>a</sup> CNS, em 2000.

De uma maneira geral, melhorar a saúde da população é o objetivo central e máximo dos SSs. Entretanto, o alcance dessa meta é um processo complexo, que envolve objetivos intermediários e ações intersetoriais. Entretanto, a prestação de serviços, individuais e coletivos, assim como as ações intersetoriais são apenas um dos modos de melhorar a saúde da população. Fatores vinculados à situação sócio-econômica, ambientais, biológicos e genéticos, e os comportamentos coletivo e individual têm influência poderosa

sobre a saúde. Sendo assim, é necessário o refinamento do conhecimento de como esses fatores interatuam, como influem na saúde dos indivíduos e das populações, e de como contribuem para o alcance da meta central dos SSs.

Quanto ao desempenho de sistemas de saúde, embora haja alguma discordância conceitual, desempenho, em geral, refere-se ao grau de alcance dos objetivos dos sistemas de saúde. A construção metodológica da avaliação dependerá da clareza sobre os princípios, objetivos e metas dos Sistemas de Saúde e as dimensões que serão objeto da avaliação de desempenho. A questão fundamental a ser enfrentada, mencionada por vários autores, é como medir desempenho de Sistema de Saúde em termos de qualidade, eficiência e equidade e montar sistemas de gerenciamento de desempenho na perspectiva de impulsionar mudanças que possibilitem conseguir melhores resultados.

Os modelos conceituais propostos pela OMS e pela OECD apresentam diversos pontos de concordância sobre as grandes diretrizes da avaliação. A busca por conceitos de resultados de saúde (OMS) ou efetividade (OECD) e a preocupação com os direitos dos pacientes, vista através da satisfação ou da experiência dos pacientes, são aspectos comuns nas propostas dos dois organismos. Da mesma forma, domínios de estrutura e processo têm sido propostos como *proxies* de domínios de resultados em ambos os casos. Muitos dos países da OECD propõem medidas de avaliação da eficiência pouco adequadas como taxas de internação, duração das internações ou custos ao invés de medidas mais gerais de eficiência. Uma diferença entre as propostas da OMS e OECD diz respeito ao conceito de acesso que no caso da OCDE faz parte do domínio da “responsividade” enquanto para a OMS é um dos objetivos intermediário do SS.

As críticas mais contundentes ao modelo de avaliação de desempenho proposto pela OMS são de diferentes naturezas. Há uma série de questionamentos que se referem ao modelo teórico, e outro conjunto de problemas que se refere aos aspectos metodológicos da mensuração propriamente dita das dimensões da avaliação do desempenho do sistema de saúde. No primeiro caso apontam-se como aspectos críticos (i) o fato de a OMS estar assumindo posicionamento político e ideológico e induzindo um determinado modelo de reforma; (ii) o índice gerado (*Overall Health System Performance*), ao ser composto por diversas dimensões, não permite identificar problemas do SS; (iii) não há evidências científicas que demonstrem que mudanças no estado de saúde, seja em termos da sua média, ou da distribuição entre os indivíduos da sociedade, reflitam predominantemente a



forma como os sistemas de saúde operam e exprimiriam antes as condições sociais e econômicas vigentes nas diferentes sociedades; (iv) ao incorporar a noção de “um novo universalismo”, o cidadão passa a ser considerado um cliente/consumidor abstrato e desincorporado, o que não permite avançar na identificação das desigualdades sociais em saúde.

Entre os problemas relacionados com a metodologia utilizada incluem-se: (i) a grande insuficiência de dados nos países levou os técnicos da OMS a adotarem métodos econométricos pouco transparentes e de difícil compreensão pelos gestores para estimar os dados da maioria dos países; (ii) a metodologia para obtenção dos pesos necessários para a construção do índice composto também não foi esclarecida; (iii) as desigualdades medidas considerando o afastamento de cada indivíduo em relação à média impedem a distinção de grupos populacionais; além disso, colocam países que têm poucas variações em torno de médias baixas em uma situação melhor do que países que tem maiores desigualdades mas médias mais altas; (iv) as medidas da justiça na contribuição financeira partem do suposto que todos os indivíduos devem comprometer o mesmo percentual da receita familiar em gastos com saúde, o que não pode ser considerado uma operacionalização adequada da idéia de equidade no financiamento.

A proposta da OECD se caracteriza por (i) incluir indicadores de resultados dos sistemas de saúde(outcomes) como parte integrante da avaliação de desempenho (eficiência microeconômica); (ii) incluir acesso como componente da responsividade, possibilitando avaliação da equidade; (iii) incluir o nível de gasto sanitário como meta dos sistemas de saúde (eficiência macroeconômica); (iv) excluir qualquer ponderação para avaliação de metas;(v) referir a avaliação de desempenho a várias e distintas dimensões dos sistemas de saúde; e (vi) restringir a avaliação de desempenho à assistência médica e desconsiderar as atividades de saúde pública ou quaisquer outras medidas de alcance mais amplo.

A análise do desempenho de SS que está sendo feita pelos países da OECD, indicou que: (i) os países definem diferentes quadros de referência (objetivos e metas) e distintas dimensões de desempenho (sobretudo em relação à qualidade e eficiência); (ii) preocupam-se mais com a facilidade de operacionalização dos conceitos enquanto as organizações internacionais (como OMS e a OECD) preocupam-se mais com definições em nível macro;(iii) atribuem maior ênfase nas dimensões de estrutura e processo como *proxy* de *outcomes*; (iv) não incluem medidas mais gerais de eficiência.

Quanto à mensuração das dimensões selecionadas, as experiências dos países analisados são bastante diferentes entre si (sobretudo em relação à questão da qualidade e eficiência). Entretanto, alguns elementos comuns possibilitam identificar dimensões que vem sendo mais ou menos privilegiadas, e como vem se dando o avanço do conhecimento em cada área: (i) concentração da avaliação nas dimensões de melhora da saúde/resultados e “responsividade”; (ii) pouco desenvolvimento da área de avaliação da equidade e (iii) ausência de indicadores de eficiência macroeconômica.

Segundo a OPS, como as definições e os objetivos dos sistemas de saúde variam entre países, a avaliação de desempenho não deve ser um fim em si mesma e nem ser encaminhada como um exercício puramente acadêmico, mas deve voltar-se para orientar o desenvolvimento de políticas, estratégias e programas dos SS, além de estar centrada na avaliação quantitativa e qualitativa do grau de realização de objetivos e dos SS. A avaliação de desempenho implica considerar as diferentes funções do sistema – geração de recursos; financiamento, prestação de serviços e comando (*sterwarship*); além de incorporar, desde o início, os vários níveis de análise (nacional, intermediário e local), as diferentes funções do sistema de saúde e os diferentes atores envolvidos. E a eficiência deve ser considerada apenas uma dentre outras dimensões do desempenho, tais como, equidade, efetividade, aceitabilidade, satisfação etc. Os métodos e indicadores de avaliação devem ser estabelecidos por consenso e requerem a medição de distintas dimensões: do desempenho geral do sistema (indicadores finais ou macro) e dos diferentes componentes do sistema (indicadores intermediários, instrumentais ou micro).

Uma recomendação importante feita pela OPS é sobre a necessidade dos marcos teóricos incluírem a equidade como uma dimensão transversal, ou seja, presente em todas as demais dimensões da avaliação do desempenho dos SSs. Embora se faça menção, em alguns casos como Canadá e Austrália, os marcos conceituais são muito pouco desenvolvidos no que se refere à esse aspecto, sendo que as dificuldades estão relacionadas tanto à formulação quanto à operacionalização do conceito de equidade nos SSs. Na revisão da literatura feita nesse projeto foram considerados os conceitos formulados por Margareth Whitehead, que considera como iniquidades as diferenças evitáveis e injustas, e pela International Society for Equity in Health (ISEqH), segundo a qual a equidade corresponderia à ausência de diferenças sistemáticas potencialmente curáveis em subgrupos populacionais definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou

geograficamente. Para fins de um projeto para avaliação de sistemas de saúde, pode-se recorrer a alguns consensos que permitem a operacionalização do conceito de equidade. Esses consensos referem-se a: (i) existência de diferenças em saúde que são socialmente produzidas, evitáveis e, portanto injustas; (ii) que a promoção da equidade implicaria em promover uma redistribuição de bens e serviços determinantes da saúde de forma a dar conta dessas diferenças; e (iii) qualquer sistema para avaliação do desempenho de saúde deve procurar monitorar essas diferenças visando a possibilidade de subsidiar políticas equânimes.

No Brasil, em que pese o grande número de iniciativas voltadas para um aperfeiçoamento do SUS e de uma gama de projetos dirigidos para a avaliação das inovações que vem sendo propostas, não existe nenhuma iniciativa governamental no sentido de avaliar o seu impacto no desempenho do sistema em seu conjunto sendo que a maioria das avaliações se situa no plano da avaliação do processo de descentralização ou de implantação de programas específicos como PACS e o PSF.

Nesse projeto, procurou-se desenvolver uma metodologia dirigida não somente aos aspectos de acesso, uso e financiamento como proposto originalmente, mas que abarcasse um espectro muito maior de dimensões da avaliação do sistema de saúde brasileiro a exemplo do que foi constatado pela revisão da literatura nesse campo.

Numa primeira aproximação, nossa proposta tem como entendimento que o desempenho do sistema de saúde brasileiro, deve ser analisado em um contexto político, social e econômico que traduza a sua história e sua conformação atual procurando-se definir seus objetivos e prioridades. Dentro desse contexto seriam identificados os determinantes de saúde associados aos problemas de saúde tidos como prioritários, evitáveis e passíveis de intervenção. Sua apreciação deveria ser feita considerando-se o seu impacto em diferentes grupos sociais. A caracterização desses problemas de saúde em termos de morbidade, mortalidade, limitação de atividade física e qualidade de vida associada, conformaria uma segunda dimensão da avaliação, que permitiria conhecer a magnitude dos problemas e sua expressão em diferentes regiões geográficas e grupos sociais. Esse perfil de morbi-mortalidade, que expressa as necessidades de saúde, deveria orientar a estrutura do sistema de saúde (condução, financiamento e recursos), que por sua vez condicionaria as possibilidades de melhor ou pior desempenho do sistema de saúde, objeto principal da avaliação.

Embora a proposta de avaliação aqui apresentada se nutra, principalmente de elementos das propostas canadense, australiana e da OPS existem diferenças importantes, destacando-se que o foco da avaliação estaria no desempenho propriamente dito dos serviços, que por sua vez estaria associado à estrutura do sistema de saúde.

A revisão da literatura sobre os indicadores demonstrou que em primeiro lugar seria importante conceituar cada uma das dimensões e seus componentes ou categorias, uma vez que o mesmo indicador pode ser usado para avaliar diferentes aspectos. Em alguns casos existe uma diversidade conceitual importante, e em outros casos as opiniões são mais convergentes e facilitam a escolha dos indicadores. Esse foi um processo rico de discussão caracterizado por uma inter-relação entre as bases conceituais das dimensões da avaliação e os indicadores revistos.

Embora não haja consenso sobre o que é ou como medir o desempenho dos sistemas de saúde o desempenho é sempre definido em relação ao cumprimento de objetivos e funções das organizações que compõem o sistema, variando de acordo com o que cada país estabeleceu como suas metas. Dado que os objetivos e metas para os sistemas de saúde são diversos, do mesmo modo que as dimensões de análise, não há uma correspondência estrita entre as várias experiências locais, ainda que, em algumas situações, os indicadores (nos seus conteúdos) sejam os mesmos. Ainda assim é possível constatar que: (i) a regularidade temporal com que as medidas subjacentes aos indicadores é efetuada é variável, e nem sempre especificada; (ii) alguns indicadores fazem parte de rotinas administrativas, sendo regularmente coletados (indicadores de mortalidade geral e específica, cobertura vacinal, incidência e prevalência de determinadas morbidades, etc), e em outros casos, as medidas subjacentes aos indicadores são obtidas através de inquéritos especiais e pontuais, alguns dos quais são de realização regular e pré-definida (estado de saúde auto-referido; limitação de atividade/ dor crônica; tabagismo atual, passado ou passivo, etc.).

A experiência dos diversos países demonstra a necessidade de um processo amplo de pactuação que leve em consideração, a conformação do sistema de saúde, seus objetivos e metas e os diferentes atores que dele fazem parte. Dessa maneira, gestores, prestadores e usuários dos serviços de saúde definiriam a partir dos critérios de relevância, confiabilidade, validade, capacidade de discriminação e viabilidade, um conjunto mínimo de indicadores para compor um sistema de monitoramento das diversas dimensões do desempenho do sistema de saúde. Nessa seleção seriam identificados os indicadores já

existentes, (por ex. IDBs), novos indicadores que podem ser obtidos a partir de dados existentes (Pesquisa Mundial da Saúde, Suplemento Saúde da PNAD98, Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Agravos não Transmissíveis / INCA), e indicadores que deveriam ser obtidos através de inquéritos domiciliares ou de usuários dos sistemas de saúde.

Para cada indicador seria necessária a construção de uma ficha técnica que deverá também conter a medida de desigualdade para comparação de grupos populacionais, de forma a evidenciar as desigualdades geográficas e sociais. A análise da validade aparente (*face validity*) dos indicadores deveria ser feita junto a especialistas e potenciais usuários deste sistema de monitoramento tomando por base os critérios de seleção descritos.

Finalmente seria desejável que fosse estabelecida uma agenda para a implantação dos indicadores e para a definição de mecanismos de obtenção periódica de dados inexistentes, e o estabelecimento de métodos e técnicas de exploração e análise dos dados de forma a promover um processo de paulatina implantação para avaliar o desempenho do sistema de saúde.

## 1. Antecedentes

Em Junho de 2000 a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o *World Health Report 2000 (WHR 2000)*, que apresentou como principal inovação o fato de estar dedicado à avaliação de desempenho dos Sistemas de Saúde (SS). Uma nova metodologia foi elaborada, especificamente para esse fim, por um grupo de técnicos da OMS, que envolveu a formulação de novos indicadores de avaliação de desempenho para os SS (WHO,2000).

Foram definidas três metas a serem atingidas pelos SSs (melhora do estado de saúde, responsividade e justiça na contribuição financeira); dois tipos de “componentes de avaliação” (nível médio e distribuição) e, como resultado do cruzamento entre as metas e esses componentes, cinco medidas de desempenho, que são posteriormente ponderadas e transformadas no Índice Geral de Desempenho do Sistema de Saúde (Overall System Performance Index).

Essa avaliação foi realizada para os 191 países membros da OMS, e seus resultados foram apresentados no WHR 2000 na forma de um *rank* entre esses países.

A publicação do documento causou grande impacto, não apenas pela ousadia da inovação e pela classificação dos países, estabelecida pelo *rank*, mas principalmente pela fragilidade conceitual e metodológica da proposta e dos indicadores elaborados, pela inadequação das técnicas de coleta e análise das informações utilizadas e pela falta de transparência na condução do processo de formulação da metodologia de avaliação (Navarro, 2000; McPake & Mills 2000). A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), e o Ministério da Saúde brasileiro lideraram e tiveram papel importante no desencadeamento dessa análise crítica (Almeida et al, 2001). O documento elaborado por pesquisadores da FIOCRUZ foi apresentado para discussão numa oficina (International Workshop “Health Systems Performance: The World Health Report 2000” – FIOCRUZ, 2000), que contou com a participação de pesquisadores de outras instituições nacionais e internacionais de onde resultaram, entre outras, as seguintes críticas:

- Aparentemente, a OMS está assumindo a advocacia de determinados modelos de reforma setorial anteriormente preconizados pelo Banco Mundial, como parte de

uma agenda mais ampla de mudanças na política social e de saúde. Com a publicação do *WHR 2000*, a OMS passa a balizar os termos do debate político e ideológico na política de saúde mundial, e induzir a aplicação de determinada agenda de reforma.

- O emprego de um único indicador (*Overall Health System Performance*) para orientar as políticas voltadas para os sistemas de saúde parece ser excessivamente reducionista. A ênfase que o *WHR 2000* atribui aos indicadores compostos, caminha na direção oposta aos desenvolvimentos científicos recentes e às tendências de pensamento predominantes na academia, uma vez que há hoje uma forte convergência sobre a necessidade de desagregar indicadores, tornando-os mais expressivos e capazes de mensurações mais finas. A OMS caminhou na direção contrária, construindo um indicador composto, sintético, que não tem significado, e não consegue expressar o desempenho dos sistemas de saúde.
- A avaliação foi realizada com uma enorme insuficiência de dados, pois apenas 5 Países dos 191 países membros possuíam todas as informações necessárias para o cálculo dos cinco indicadores, dentre eles o Brasil. A precariedade dos dados e a fragilidade metodológica da avaliação realizada desqualificam os resultados apresentados e obscurecem um debate político e teórico útil ao desenvolvimento dos sistemas de saúde dos países membros.
- Uma das críticas centrais ao *WHR 2000* é a validade do índice *Overall Health System Performance* como medida da efetividade dos sistemas de saúde, uma vez que, surpreendentemente, não inclui nenhum indicador de uso de serviços de saúde, elemento fundamental para refletir o acesso. Não há evidências científicas que demonstrem que mudanças no estado de saúde, seja em termos da sua média ou da distribuição entre os indivíduos da sociedade, reflitam predominantemente a forma como os sistemas de saúde operam. Expressariam antes as condições sociais e econômicas vigentes nas diferentes sociedades.
- O índice de desempenho (*Overall Health System Performance*) não permite identificar os principais problemas a serem enfrentados nas distintas realidades nacionais. Dessa forma, não avança na direção de definir parâmetros válidos para o monitoramento do desenvolvimento do sistema de saúde de cada país e, muito menos, para a realização de comparações internacionais.

- O Relatório não oferece soluções metodológicas adequadas para assegurar comparabilidade segundo diferentes tipos de desigualdades e retoma, com a noção de um “novo universalismo”, a idéia do indivíduo universal, abstrato e desincorporado, que antes, na esfera pública, era o cidadão, e que agora é representado pela figura do cliente/consumidor aplicada a todos os indivíduos de forma indistinta.
- A utilização do DALE no índice *Overall Health System Performance* apresenta alguns problemas centrais: o DALE não é um bom estimador do desempenho dos sistemas de saúde; trata-se de um indicador de difícil medição - seu cálculo envolve uma quantidade enorme de procedimentos de difícil operacionalização e de validade questionável, além de implicações éticas importantes. Tudo indica que a OMS seguiu o caminho inicialmente trilhado pelo Banco Mundial, que, no seu *World Development Report* de 1993, lançou o indicador *DALY (Disability Adjusted Life Years)*, cujos desdobramentos caminharam para a formulação do DALE, sem maiores discussões e questionamentos junto à comunidade científica.

Como resultado das diversas críticas, o Conselho Executivo da OMS, aprovou resoluções que submeteram o *WHR 2000* a uma grande debate público e acadêmico e condicionaram a elaboração do novo relatório a dois aspectos:

(i) desencadeamento de um processo de consulta nos níveis nacional, regional e global, e (ii) criação de um grupo consultor encarregado da revisão da metodologia utilizada no *WHR 2000*.

Em cumprimento das resoluções do Conselho Executivo da OMS, em maio de 2001, a Organização Panamericana da Saúde realizou uma consulta regional nas Américas sobre o *WHR 2000*, onde concluiu-se que:

- a avaliação de desempenho dos serviços de saúde passa pelo desenvolvimento de um modelo teórico que leve em consideração a noção de responsabilidade, os recursos disponíveis, as funções do SS, os resultados ou objetivos intermediários e objetivos finais do sistema.
- a avaliação de desempenho não deve ser um fim em si mesma e nem ser encaminhada como um exercício puramente acadêmico, mas deve orientar o desenvolvimento de políticas, estratégias e programas dos SS, além de estar



centrada na avaliação quantitativa e qualitativa do grau de realização de objetivos e metas dos SS;

- a avaliação de desempenho implica considerar as diferentes funções do sistema: geração de recursos, financiamento, prestação de serviços e comando (*stewardship*), incorporando, desde o início, os vários níveis de análise (nacional, intermediário e local), as diferentes funções do sistema de saúde e os diferentes atores envolvidos;
- os métodos e indicadores de avaliação devem ser estabelecidos por consenso e requerem a medição de distintas dimensões: do desempenho geral do sistema (indicadores finais ou macro) e dos diferentes componentes do sistema (indicadores intermediários, instrumentais ou micro);
- proceder a uma cuidadosa seleção de indicadores, com base em consultas sucessivas, definição prévia das funções a serem avaliadas e disponibilidade de informação de qualidade e com custos compatível, identificando-se um conjunto mínimo de indicadores a serem monitorados rotineiramente pelos países;

É nesse contexto e reconhecendo a importância de avaliar o desempenho dos sistemas de saúde que se insere este projeto que se propõe a desenvolver uma metodologia de avaliação para o desempenho do sistema brasileiro, a partir de uma rede de pesquisadores de instituições brasileiras de pesquisa em saúde.

## 2. Objetivos

**Objetivo geral:** Elaboração de uma metodologia para monitoramento e avaliação de desempenho do sistema de saúde em âmbito nacional.

### **Objetivos específicos:**

• Formular um marco conceitual sobre avaliação de desempenho do sistema de saúde, tomando como eixo principal o princípio da equidade referido a aspectos fundamentais de acesso, utilização e financiamento do sistema;

• Definir um modelo de análise para avaliação do SUS à luz do marco conceitual de análise;

- Formular indicadores para monitorar a equidade no acesso e na utilização de serviços de saúde no país;

- Formular indicadores para monitorar a equidade na captação e na alocação de recursos financeiros para o SS;

- Promover a articulação inter-institucional para desenvolvimento do campo temático relacionado à avaliação do desempenho de sistemas de saúde;

- Elaborar estratégias para a futura implementação da metodologia de avaliação de desempenho do sistema de saúde.

### **3. Metodologia de Trabalho**

O projeto contou com a participação de profissionais vinculados a diversas instituições acadêmicas e de pesquisa: Fac. Med. Sta. Casa de São Paulo, UFBA (ISC), UERJ (IMS), UNICAMP (FCM), USP (FM, FSP e FMRP) e FIOCRUZ (ENSP e CICT), envolvendo 21 pesquisadores. Sua coordenação técnica foi centralizada no Departamento de Informações em Saúde do CICT/FIOCRUZ, onde foi instalado um servidor para facilitar o intercâmbio entre os pesquisadores e abrigar a página do projeto ([www.proadess.cict.fiocruz.br](http://www.proadess.cict.fiocruz.br)).

Inicialmente, foi feita uma primeira reunião, em janeiro/02, para colocar os pesquisadores em contato, e apresentar as condições de operacionalização do projeto, tendo em vista inclusive sua execução orçamentária.

Nessa reunião foram acordados os seguintes pontos:

- Considerou-se fundamental a elaboração de marco teórico através de um processo permanente de diálogo com a realidade do sistema de saúde brasileiro, seja em termos de disponibilidade de informação ou da capacidade de elaboração técnica.
- Neste projeto não se propõe avaliar o sistema de saúde brasileiro, e sim construir uma abordagem metodológica que possa ser utilizada para o monitoramento do desempenho do sistema de saúde.
- Para que esta metodologia venha de fato a ser utilizada, é importante não só construir um marco conceitual potente, do ponto de vista teórico e metodológico,

como também, posteriormente, envidar esforços para adesão de diferentes instituições ao instrumento proposto e na viabilidade de sua implementação.

- Partindo da noção de que a distribuição da doença é desigual na sociedade, independente do desenvolvimento do sistema de saúde e do nível de desenvolvimento econômico, não se pode trabalhar com a premissa de avaliar o desempenho do sistema dirigido a uma população homogênea. Nesse sentido a equidade é a questão central que perpassa a avaliação do desempenho e cujo conceito deve ser elaborado, dada a multiplicidade de conceitos existentes na literatura.

Para uma melhor organização do trabalho foram constituídos cinco grupos de discussão: Revisão conceitual sobre Equidade, Definição Conceitual de Sistemas de Saúde, Metodologia de Avaliação de Sistemas de Saúde, Análise dos Sistemas de Informação e Captação e Alocação de Recursos Financeiros. Ao longo do período de março de 2002 a maio de 2003 foram realizadas nove reuniões presenciais em que foram desenvolvidas análises cujos resultados se apresentam a seguir.

#### **4. Conceituação de sistemas de saúde**

Os sistemas de saúde resultam da implementação de uma determinada política de saúde, que, por sua vez, é um conceito relativamente novo. Antes da segunda metade do século XIX não seria possível pensar em termos de política de Estado em relação a várias áreas, que hoje integram o amplo âmbito das políticas sociais e, entre elas, a de saúde. Mesmo assim, a consideração dessa área como passível de regulação a partir de uma política de Estado teve um desenvolvimento um pouco mais tardio e seu pleno desenvolvimento se verifica mais claramente a partir do final do século XIX e primeira metade do XX (Immergut, 1992).

É preciso notar também que é no final do século XIX que se observa a disseminação da racionalidade científica, o crescimento da dominância da ciência médica e o crescente desenvolvimento (e dependência) da estatística, que além de tornar-se um instrumento extremamente valioso para os governos, deu novo e definitivo impulso às ciências médicas. Esse momento histórico também deu passagem à possibilidade de previsão, de descoberta da “verdade” a partir do ordenamento, observação e análise de sintomas e sinais como um meio de descobrir ou detectar causas. A noção de saúde pública, que se desenvolve principalmente na segunda metade do século XIX, ganha novo impulso no final do século, com a “Reforma Sanitária”, que enfatizava então as questões vinculadas ao meio ambiente como potencialmente causadoras de doenças, desnudando um novo sentido para as mazelas do mundo.

Portanto, a existência de uma política de saúde, e o seu conteúdo, informa-nos algo sobre as prioridades e valores da sociedade que a formula. O conhecimento sobre a saúde individual e coletiva, seus determinantes e propostas para intervenção são considerados atualmente como questões fundamentadas em conhecimento científico sólido, portanto passíveis de quantificação e ação planejada. Reconhece-se, ao mesmo tempo, que a aplicação desse conhecimento, através de processos múltiplos e complexos, tem articulação estreita com as dimensões políticas, econômicas e sociais presentes em conjunturas específicas. A identificação das arenas de atuação prioritária das políticas de saúde fornece elementos importantes sobre o que é de fato priorizado na área social e de saúde (Green & Thorogood, 1998).

As teorias que tentam explicar esse vínculo entre o discurso médico científico e saúde são variadas, mas uma perspectiva interessante é a desenvolvida por Michel Foucault, que defende que esses dois domínios foram interrelacionados pelo conceito de população, que criou as condições para a emergência do discurso da saúde pública: a obtenção da saúde da população, e não apenas do indivíduo, lançou as bases para a formulação da “política de saúde” no âmbito do “social” (Foucault, 1979).

De forma muito sintética, a idéia de uma política setorial para a saúde, tal como em outras áreas sociais, não existia antes da segunda metade do século XIX. Historicamente, através dos séculos, o discurso médico-científico da saúde se imbricou com o âmbito social, permitindo a emergência do discurso da saúde pública e da política de saúde como campos específicos de intervenção do Estado. Entretanto, esse processo não se deu de forma linear nem tampouco essa intervenção foi uniforme, mas historicamente determinada, como resposta a diferentes demandas e necessidades em espaços e épocas distintas (vejam-se as diferentes e complementares etapas de constituição da medicina social na Europa – da medicina do Estado na Alemanha, da medicina urbana na França e da medicina da força de trabalho na Inglaterra, discutidas por Foucault (1979) (Almeida, 2002)).

Na realidade a partir do século XVIII, observa-se a emergência da saúde e da doença como problemas que exigem, de uma maneira ou de outra, um encargo coletivo; além disso, e mais importante, observa-se também um outro processo – o surgimento da idéia do bem-estar físico da população em geral (saúde) como um dos objetivos essenciais do poder político. Já no final do século XIX, a ampliação e dominância da racionalidade científica médica foi acompanhada de um crescente desenvolvimento e dependência das estatísticas. E no século XX, o espetacular desenvolvimento da tecnologia médica reforçou o lado curativo assistencial do cuidado da saúde. Ou seja, a importância da medicina na política de saúde tem origem no cruzamento entre *uma nova economia analítica da assistência* (inicialmente voltada para os pobres e posteriormente para a população como um todo), incluindo a transformação dos hospitais em local privilegiado de *produção de saúde* e de *conhecimentos sobre as doenças*, e a emergência de um “policimento” da saúde em nível da população (Foucault, 1979:195-197). Em síntese, Foucault aponta que, como em outros domínios da política social, o conceito de população, estatisticamente esquadrihada e ordenada, e, posteriormente, o de política de saúde, emergiram e se realizaram no processo de disciplinamento da

sociedade, ou seja, saúde e doença tornaram-se categorias que integram os sistemas de administração e controle da população e a política de saúde o campo privilegiado de regulação de várias tensões sociais (Foucault, 1979; Rosen, 1980, 1994). Em outras palavras, são elementos constitutivos do estabelecimento de uma determinada ordem social (Almeida, 2002).

Os direitos e deveres dos indivíduos em relação à sua saúde e a dos outros, o mercado onde interagem as demandas e as ofertas de cuidados médicos, as intervenções do poder na ordem da higiene (prevenção) e das doenças (cura), a institucionalização e defesa da relação privada com o médico (predomínio da medicina científica), marcam o funcionamento global da política de saúde do século XIX e início do XX (Foucault, 1979:201), assim como uma específica forma de organização dos *sistemas de saúde* (SS), construídos através de importante intervenção do Estado.

Um elemento crucial nesse desenvolvimento foi a expansão dos arranjos coletivos para o financiamento dos serviços de saúde, anteriormente centrados em bases filantrópicas ou religiosas (no caso dos hospitais), ou privadas (no caso das mutualidades), mas posteriormente, a partir do final do século XIX, fundamentalmente centrado no financiamento público, com a difusão do seguro nacional de saúde (a partir da Alemanha). Outro elemento importante na criação dos modernos sistemas de saúde foi o desenvolvimento de sistemas organizados de assistência médica, também com importante intervenção do Estado, sendo que a I Grande Guerra Mundial foi um divisor de águas, principalmente na Europa, quando a necessidade de organizar serviços médicos em escala maciça demonstrou as vantagens de grandes sistemas de serviços integrados e coordenados.

Esse desenvolvimento também se expandiu para as colônias européias do sul do mundo, seja como parte da proteção dos interesses comerciais, seja vinculados à igreja, integrando as atividade missionárias. Uma diferença fundamental, entretanto, foi a institucionalização de seguros de saúde compulsórios, em geral públicos, para trabalhadores envolvidos no mercado formal de trabalho e não universais, como em grande parte dos países europeus.

Já na segunda metade do século XX, sobretudo na Europa, a valorização da noção de igualdade de oportunidade de acesso a serviços de saúde passou a constituir um dos princípios que nortearam a construção dos sistemas de saúde, embutida na percepção do

direito à saúde como direito de cidadania, sobretudo, depois da Segunda Grande Guerra e sob a égide das políticas econômicas e sociais de cunho keynesiano, isto é, com forte intervenção do Estado, como provedor e financiador de serviços, através da arrecadação fiscal ou de contribuições sociais.

No caso dos países do sul, persistiram e se consolidaram sistemas fragmentados, segmentados por categorias profissionais e distintos grupos populacionais, implementando-se políticas sociais pouco inclusivas, ineficientes e não efetivas, desenvolvendo-se sistemas de saúde centrados em *complexos médico industriais* desregulados, com alto grau de autonomia, que cresceram à sombra do Estado ou francamente subsidiados com recursos públicos.

A partir das últimas décadas do século XX, os sistemas de saúde de todo mundo estão submetidos a processos de reforma. Iniciados nos anos 80, nos países centrais, impulsionados pela crise econômica e necessidade de controle do gasto nacional com o setor saúde, assim como embalados pela hegemonia neo-conservadora da época, uma agenda de reforma setorial se difundiu rapidamente pelo mundo, foi também condicionada pela dinâmica de construção de uma “sociedade orientada para o mercado”. Em vários países esses elementos formaram parte de novos modelos de reforma setorial, concebidos de forma extremamente pragmática, e muitos deles baseados nas grandes premissas neo-conservadoras que foram hegemônicas nos anos 80. Os principais elementos dessas “reformas orientadas para o mercado” são: diminuir gastos no setor saúde; quebrar “monopólios” e redefinir papéis (do Estado e dos profissionais); atender as demandas do “consumidor”; alcançar maior eficiência; alcançar maior flexibilidade gerencial e maior efetividade; e alcançar maiores níveis de equidade.

Alguns mecanismos foram implementados, significando uma mudança de orientação de estruturação dos SS “da oferta para a demanda”: contenção de custos e controle de gastos (diminuição da oferta e controle da utilização); descentralização, separação das funções de provisão e financiamento de serviços com mudanças na alocação de recursos financeiros e fortalecimento da capacidade regulatória do Estado; introdução de mecanismos competitivos com construção de “mercados regulado” ou “quase mercados” (*managed care, managed competition*, mercado interno, competição pública); e introdução de amplo elenco de subsídios e incentivos (à demanda e à oferta) designados para reestruturar o *mix* público/privado e quebrar o “monopólio estatal”; privatização;

priorização de atividades e focalização. Nesse processo questiona-se o reconhecimento do direito à saúde como um direito humano fundamental ou como um benefício social. É interessante notar que, para alguns autores, os processos de mudança que não se pautam por essa agenda não são considerados processos de reforma.

Esse ideário foi concomitante com um amplo movimento de reforma do Estado e vem questionando fortemente a forma como os sistemas de saúde foram estruturados e vinham funcionando até então. Ao mesmo tempo, induziu a retomada da reflexão sobre os objetivos e funções dos sistemas de saúde, a elaboração de novas de propostas de organização de SSSs e de metodologias de avaliação do seu desempenho.

Pode-se dizer que nos países do Norte do mundo não se alteraram fundamentalmente as bases de estruturação dos respectivos SS, sendo que as idéias de competição no setor saúde têm sido muito criticadas e paulatinamente abandonadas e as de separação de funções proliferaram, fortalecendo cada vez mais o papel do Estado como regulador. Para a América Latina, os modelos de reforma têm sido muito mais radicais e de complexa operacionalização, apesar de que partimos de condições iniciais muito mais precárias e estamos submetidos a constrangimentos financeiros importantes, resultando, em alguns casos, em desmonte dos SS anteriores, sem qualquer garantia de melhoria na atenção prestada à população ou de capacidade de implementação do Estado. Também se faz sentir na região, de forma mais incisiva, uma importante difusão de idéias e o poder de *enforcement* dos organismos internacionais.

#### **4.1. Definições de Sistemas de Saúde**

Existe uma vasta literatura destinada tanto à definição dos Sistemas de Saúde quanto à sistematização da discussão sobre os vários elementos que os compõem, além de propor diversas tipologias para classificá-los (Khon & White, 1976; Terris, 1978; Field, 1989; Roemer, 1985, 1991; Frenk & Donabedian, 1987; Frenk, 1994; McPake & Machray, 1997, apenas para citar alguns). Entretanto, não existe uma terminologia padronizada ou uma metodologia claramente definida para a compreensão e estudo dos sistemas de saúde.

Obviamente cada Sistema de Saúde é produto de um enorme elenco de fatores, incluindo padrões de desenvolvimento histórico de cada sociedade, poder de diferentes



grupos de interesse, estruturação das instituições do setor, entre outros; entretanto, é possível identificar elementos comuns a todos os sistemas, assim como relações entre determinados aspectos e específicos resultados. Mas esses achados não explicam os diferentes desenvolvimentos desses sistemas em cada país. Várias teorias tentam explicar esses desenvolvimentos, porém são parciais e abarcam apenas parte dos seus elementos constitutivos.

Existem várias definições de sistemas de saúde. De uma maneira geral não há concordância entre os autores sobre uma definição, mas isso não impede que tenham proposto categorizações e classificações que ou trazem embutida uma perspectiva evolucionista e unidirecional, além de não permitirem uma análise mais dinâmica dos SSs; ou são parciais e baseadas em sistemas de saúde particulares, e portanto, não podem ser generalizadas.

Por outro lado, as definições, conceitos e categorias analíticas usadas para definir ou analisar os SS variam segundo valores, princípios e concepções que se tem sobre o que é saúde e qual o papel do Estado (responsabilidade) em relação à saúde das populações que vivem em seu território. Nessa perspectiva, podem mudar no tempo e no espaço, refletindo mudanças nas concepções dominantes. A maneira como um problema é estruturado determinará os tipos de evidências que serão consideradas relevantes e o que será descartado. As implicações políticas surgem dessas evidências e não do quadro de referência *per se*. E os modelos implícitos ou explícitos de análise definem e incluem (ou excluem) categorias que são relevantes para determinado referencial e não para outros

É preciso diferenciar o Setor Saúde (SS) dos Sistemas de Saúde (SSs) e dos Sistemas de Serviços de Saúde (SSSs), uma vez que os primeiros são mais abrangentes e se referem à saúde em sentido mais amplo, isto é, às ações dirigidas para melhorar as condições de vida e saúde de uma população determinada, o que é resultante não apenas das atividades desenvolvidas pelo setor, mas da ação intersetorial de diferentes setores, mais ou menos complexos. Quanto aos SS e os SSSs, integram o Setor Saúde, mas sua ação se efetua nas instituições eminentemente internas ao setor, embora seja influenciada de forma importante por elementos externos a eles, que nem sempre estão dentro do setor saúde, tais como as ações das instituições geradoras de recursos, conhecimentos e tecnologias; as empresas de equipamentos biomédicos; e a indústria de

insumos e medicamentos. Para os efeitos deste projeto trabalharemos fundamentalmente com sistemas de serviços de saúde.

Uma definição considerada quase clássica foi formulada por Roemer (1991): um SS é uma combinação de recursos, organização, financiamento e gerenciamento que culmina na prestação de serviços de saúde para a população. Entretanto, essas 5 grandes categorias que integram a definição não possibilitam a compreensão do funcionamento dos SSs nem os seus resultados, pois não são explicitadas as relações entre elas.

Field define os sistemas de saúde como um mecanismo societal que transforma recursos generalizados ou inputs em resultados especializados na forma de serviços de saúde direcionados aos problemas de saúde da sociedade, sendo provido de um mandato que usualmente concede ao sistema o “quase-monopólio” na performance dos serviços de saúde, alinhado com a legislação e a regulação do sistema político. Outros inputs incluem o conhecimento científico e a tecnologia, que especialmente na medicina do século XX foram extremamente poderosos. Médicos e outros profissionais de saúde são especialmente treinados e empregados no sistema e configuram componentes cruciais. Finalmente, recursos econômicos são necessários para financiar essa estrutura (Field, 1973:763-785 *apud* Heideheimer, 1975). Conhecimento e tecnologia são facilmente exportados, mas os demais *inputs* dos sistemas sanitários são fortemente condicionados pelas tradições históricas nacionais. As regras legais diferem na forma como ancoram as responsabilidades do Estado com a saúde da população, seja outorgando benefícios universais ou específicos para determinados grupos.

A OMS define os SSSs como o conjunto de atividades cujo principal propósito é promover, restaurar e manter a saúde de uma população (WHO, 2000:5). Sendo assim, os SSSs *são respostas sociais organizadas deliberadamente para responder às necessidades, demandas e representações das populações [em relação à saúde], em determinada sociedade e determinado tempo* (Mendes, 2002:17).

A estruturação dos SSSs é bastante complexa e compõe-se de distintos elementos, variáveis segundo as características de cada país, que se interrelacionam para dar alguma resposta aos problemas de saúde de determinada população. Entretanto, essas relações não são harmônicas, mas sim dialéticas, fazendo com que os SSSs funcionem de forma sempre tensionada e segundo trajetórias bastante próprias, apesar dos problemas comuns a serem enfrentados por todos os SSSs. Em geral, buscam a

consecução de um conjunto de objetivos compartilhados, o que lhes imprime uma direcionalidade intencionada (Mendes, 2001; 2002).

Embora toda sociedade teoricamente comparta as crenças de que *a saúde tem um valor intrínseco para as pessoas e os serviços de saúde são necessários para manter a vida e para aliviar o sofrimento* (Mendes, 2001:25), os objetivos dos sistemas de saúde variam de um país a outro, assim como as concepções dos respectivos SSSs, ainda que se explicitem valores subjacentes bastante semelhantes, tais como o alcance da equidade (ou superação das desigualdades) e o bem-estar de toda a população. Na realidade, muitas vezes, apesar da explicitação desses valores, a estruturação e o funcionamento dos SSSs está longe de cumprir com os requisitos mínimos para alcançá-los. Além disso, ainda que os objetivos e valores se mantenham, as propostas de reforma e de mudanças nem sempre possibilitam transformações positivas.

Assim, existem diferentes formulações dos objetivos e funções dos SSSs, segundo determinados momentos históricos e propostas de reforma, como também segundo o enfoque analítico privilegiado.

## **4.2. O Papel do Estado na Estruturação dos SSS**

Historicamente, um dos fatores centrais no desenho e implementação dos SSSs é o papel do Estado na sua organização e funcionamento. Existem na literatura vários argumentos a favor e contra a intervenção do Estado nos assuntos da saúde, sobretudo na perspectiva econômica, mas outros enfoques também contribuem de forma importante para essa discussão e, de uma maneira geral, alguns consensos podem ser sumariados.

A primeira grande justificativa econômica favorável a essa intervenção centra-se na discussão das “falhas de mercado” inerentes aos SSSs, uma vez que os resultados eficientes do funcionamento do mercado dependem de uma série de variáveis que não são encontradas nos SSSs, pelas suas características particulares. As singularidades do “mercado em saúde” foram trabalhadas de forma magistral por Arrow (1963), mas têm sido retomadas por vários autores. Podem ser sintetizadas como se segue:

1. A imprevisibilidade das doenças gera incerteza e transforma informação e conhecimento em mercadorias, com importante assimetria de informação entre

prestadores e “consumidores”, o que vai contra as premissas usuais sobre a comercialização. Por outro lado, essa assimetria leva à indução de demanda pelos profissionais de saúde.

2. A demanda por SSSs é irregular, imprevisível e potencialmente sujeita a custos econômicos altos, diferente da demanda por outros bens, constituindo-se num risco e associada também a um custo social, que se expressa na diminuição ou perda de capacidade de trabalho de quem adoece.
3. Os problemas de assimetria de informação podem gerar também relações imperfeitas de agência, uma vez que os profissionais de saúde podem agir como agentes duplos (das pessoas e/ou das organizações de saúde).
4. O produto e a atividade de produção são idênticos, isto é, a mercadoria adquirida não pode ser testada pelo consumidor antes de comprá-la, introduzindo um elemento de confiança entre prestador e consumidor, onde os cuidados prescritos pelos profissionais de saúde são supostamente destituídos de auto-interesse, o que não é usual em outros mercados. Por outro lado, há enorme incerteza quanto ao produto final, pois a recuperação de uma doença pode ser tão imprevisível quanto a sua ocorrência.
5. Os bens e serviços de saúde são indivisíveis, isto é, ao serem oferecidos, servem da mesma forma a um ou a inúmeros consumidores.
6. A maioria dos serviços de saúde são “bens públicos”, ou seja, o consumo por uma pessoa não reduz a quantidade disponível para outros consumirem, ou seja, potencialmente, nenhum consumidor pode ser excluído de seu consumo. Sendo assim, devem ser financiados pelo Estado ou por alternativas não mercadológicas. Alguns autores defendem que essa definição é aplicável apenas a certos bens e serviços e não a todos.
7. Existem *externalidades* nos bens e serviços de saúde, ou seja, geram benefícios ou prejuízos aos diferentes agentes, que não são contabilizados na formação de preços. Sendo assim, o consumidor pode adquirir uma intervenção e beneficiar-se dela, mas não pode impedir que outros também se beneficiem (ex. a vacinação e o controle/tratamento de doenças infecto-contagiosas).
8. Os seguros de saúde têm grandes particularidades, que os diferenciam dos seguros de outros bens, onde os valores e os custos são bem determinados e estão

geralmente relacionados com a renda do segurado. Além disso, a atenção à saúde permite prevenir as doenças ou reabilitar os doentes, mas não reparar a totalidade do “capital danificado”. Os demais seguros têm uma lógica inversa: protegem a perda total ou parcial do bem, mas não garantem a sua manutenção (Musgrove, 1996:18). Esses problemas levam aos fenômenos de dano moral (*moral hazard*), seleção adversa e seleção de riscos (pelos seguradores).

9. A determinação de preços não é a usual da economia: há discriminação de preços de acordo com a renda, chegando ao extremo de custos zero para indigentes.
10. Os mercados de produtos farmacêuticos e de equipamentos estão protegidos pela legislação de patentes e levam a monopólios de medicamentos e tecnologias que perturbam a competitividade.

Todas essas características levam à configuração de um “mercado imperfeito”, cujas falhas, na teoria econômica, levam a um desequilíbrio entre a oferta e a demanda, entre as necessidades das pessoas e o que está disponível para consumo, e significam a ausência de pré-requisitos para um mercado competitivo.

Argumentos distintos destes têm a ver com o próprio objeto dos SSSs (o corpo humano), com o fato de apresentar padrões de qualidade especiais e de acompanhar as pessoas por toda a vida. Assim, a necessidade de proteção à saúde é a mesma para qualquer indivíduo, independente de diferenças de classe social, raça, gênero ou etnia. Da mesma forma, há um único padrão de qualidade, independentemente do tipo de usuário e implica também responder de forma adequada às expectativas das pessoas, o que coloca os SSSs sujeitos e suscetíveis à opinião pública e julgamentos valorativos singulares, bastante mais severos que em outros setores, em caso de não atendimento adequado.

Além disso, a situação demográfica, de condições de vida e de saúde das populações interferem de forma importante nas respostas exigidas pelos SSSs.

Adicionalmente, a tecnologia na área da saúde, ao contrário do que acontece em outros setores econômicos, é cumulativa e não substitutiva, e intensiva em recursos humanos e capitais. A formação profissional é cara e exige controles regulatórios específicos, e as tecnologias oferecem riscos para a segurança, exigindo também processos de avaliação e monitoramento complexos.

As organizações de saúde são fundamentalmente multiprofissionais, o que leva a dificuldades na formalização e no controle dos processos de trabalho, com conseqüente tendência à centralização e burocratização, e, contraditoriamente, atendem a necessidades complexas e variáveis dos usuários, que implica autonomia dos operadores para adaptar serviços e procedimentos.

Apesar de todos esses argumentos, encontrados em vários autores que exploram ou discutem o papel apropriado do Estado nos SSSs, o julgamento sobre sua importância difere muito entre eles, economistas ou não, levando a diferentes prescrições de políticas. Nos processos contemporâneos de reforma setorial o papel do Estado tem sido o foco central do debate e têm-se questionado fundamentalmente o seu envolvimento na provisão de serviços, em detrimento de outras atuações mais decisivas para a obtenção de melhores resultados sobre a saúde e bem-estar da população. O elenco de críticas é extenso, mas muito sinteticamente, constata-se que apesar dos altos montantes de recursos financeiros investidos, muitos Estados não conseguiram proporcionar a implementação de políticas universais, eqüitativas e de boa qualidade.

A inspiração conservadora dessa agenda centra excessivamente a reforma na provisão de cuidados médicos individuais (no sistema de serviços de assistência médica) sem levar em consideração nem o sistema de saúde como um todo, nem as necessidades de saúde da população, ou mesmo relacionar o processo de reforma setorial com estratégias multi-setoriais na perspectiva de superar as desigualdades. Daí o seu conservadorismo. Por um lado, isso se deve aos altos custos da assistência médica, que domina os SS e absorve grande parte dos recursos disponíveis para o setor; por outro lado, essa perspectiva é reforçada no plano ideológico. Assiste-se por toda parte à substituição dos valores de solidariedade pelos de um “individualismo utilitarista radical” (Bobbio, Mateucci & Pasquino, 1993:689), e do princípio de “necessidades de saúde” pelo de “risco” de adoecer, monetarizado e definido segundo a posição social do indivíduo e sua capacidade de pagamento.

Nesse processo de reformas a necessidade de reduzir o desequilíbrio fiscal e criar condições macroeconômicas mais sustentáveis a crítica é centrada no lado da oferta de serviços (*supply side*), enfatizando-se a importância de direcionar os sistemas de saúde para atender “a demanda do consumidor”. Advoga-se que as estruturas burocráticas hierárquicas tradicionais, com seus procedimentos normativos e rigidez inerente, são danosas aos

interesses públicos, ineficientes e pouco efetivas. Os reformistas constroem suas propostas a partir do pressuposto que, como qualquer monopólio, as agências estatais são inerentemente ineficientes, tendem a crescer indefinidamente e o resultado é um mau desempenho. O foco central de atenção desloca-se das atividades ou “produtos” das agências governamentais (*output*) para os resultados dessas atividades (*outcomes*) (Kettl, 1996:38-41 *apud* Almeida, 1999). E como os serviços devem estar voltados para o consumidor, os sistemas devem ser re-orientados nessa perspectiva e a avaliação de desempenho passa a ser o instrumento fundamental dessa re-estruturação. O foco desloca-se assim para a avaliação de desempenho como guia para as decisões políticas. O quadro de referência do WHR 2000 pauta-se por essas concepções.

Entretanto, dois dilemas permanecem no centro do debate: o primeiro se refere à construção de administrações governamentais que funcionem melhor e com menos recursos (isto é, mais eficientes); o segundo diz respeito a quais seriam as funções precípua do Estado, ou seja, refere-se a uma necessária “refundação” das responsabilidades estatais com a respectiva reestruturação organizacional. Em outras palavras, o dilema que permanece no centro do debate é como construir administrações que funcionem melhor e produzam mais, com menos recursos. Além disso, considera-se que é necessário avançar na questão da avaliação do desempenho dos SSSs, tarefa que tem colocado desafios substantivos.

Embora diversas teorias justifiquem papéis particulares para o Estado, na prática é evidente que o tipo da intervenção do Estado, em cada país específico, é modelado por uma série de variáveis e influências. Entre as mais significativas está a própria história de envolvimento do Estado na garantia da saúde de suas populações e a lógica dessa intervenção através dos tempos; a forma de financiamento e os mecanismos de regulação que proporcionam; a propriedade dos meios de produção e as características do *mix* público e privado; o papel do Estado como empregador e as formas de pagamento dos prestadores. Entre as várias outras dimensões da intervenção estatal em saúde essas são as fundamentais para os SSSs e a inter-relação entre elas é que garante governabilidade aos SSSs.

Para além do debate ideológico e da agenda conservadora, a avaliação de desempenho dos SSSs é desejável e promissora, podendo constituir-se num poderoso instrumento de monitoramento das políticas de reforma. Entretanto, a questão fundamental a ser enfrentada é como medir desempenho tomando por referência *qualidade, eficiência e equidade* e desenvolver sistemas de gerenciamento desse desempenho que possam

contribuir para mudanças de comportamentos dos diversos atores e possibilitem a obtenção de resultados compatíveis com os objetivos nos SSSs.

### **4.3. Os Objetivos e as Funções dos Sistemas de Serviços de Saúde**

O *WHR 2000* reavivou a discussão sobre os objetivos dos SSSs, estimulando o debate sobre o tema na literatura.

De uma maneira geral, melhorar a saúde da população é o objetivo central e máximo dos SSSs. Entretanto, o alcance dessa meta é um processo complexo, que envolve objetivos intermediários e ações intersetoriais. Alguns objetivos são comuns a todos os sistemas de saúde, outros dependem das dimensões que são ou não privilegiadas em determinado sistema. Assim, o “tratamento digno” ou o “acolhimento” dos cidadãos (*responsiveness*) e o financiamento justo, podem ser consideradas metas finais, atributos ou metas intermediárias dos SSs (PAHO, 2001), mas não a meta fundamental.

A prestação de serviços, individuais e coletivos, assim como as ações intersetoriais são apenas um dos modos de melhorar a saúde da população. Fatores vinculados à situação sócio-econômica, ambientais, biológicos e genéticos, e os comportamentos coletivo e individual têm influência poderosa sobre a saúde. Sendo assim, é necessário o refinamento do conhecimento de como esses fatores interatuam, de como influem na saúde dos indivíduos e das populações, e de como contribuem para o alcance da meta central dos SSs, superam a avaliação dos SSSs.

Isso remete à necessidade de prestar particular atenção aos objetivos intermediários dos SSSs, isto é, aqueles sobre os quais os SSSs realmente podem atuar de forma melhor e mais efetiva, abandonando a idéia de centrar a avaliação de desempenho no que os sistemas “deveriam fazer”.

Segundo Mendes (2002:25-9), os objetivos dos SSSs são comuns aos diferentes sistemas e seriam:

1. O alcance de um nível ótimo de saúde da população, distribuído de forma equitativa.
2. A garantia de uma proteção adequada dos riscos em saúde para todos os cidadãos.
3. O acolhimento dos cidadãos.
4. A efetividade.
5. A eficiência.



Hsiao (1992:614-5), numa perspectiva econômica, defende que para a consecução dos objetivos dos SSSs, toda sociedade deveria formular políticas de saúde direcionadas a três questões fundamentais:

1. Qual a proporção dos recursos totais disponíveis que deve ser gasta em saúde.
2. Como e por quem os recursos escassos serão alocados entre diferentes programas (sub-setores) e regiões.
3. Como obter o máximo de eficiência na produção de serviços de saúde.

Obviamente, estas escolhas são fundamentalmente políticas e estão relacionadas às macropolíticas que devem ser definidas para a resolução dessas questões, refletindo os antecedentes históricos de cada nação, bem como seus valores culturais e sociais e o equilíbrio de poder político entre os diferentes atores vinculados à saúde.

Ainda que se possa admitir que os objetivos dos SSSs sejam parecidos, a literatura demonstra que os SSSs diferem basicamente em relação às seguintes dimensões:

1. Fontes de financiamento (equilíbrio entre tributação geral, contribuições sociais, seguros de saúde – públicos ou privados – e pagamentos diretos pelos usuários).
2. Grau de integração entre os agentes financiadores e os prestadores (os agentes financiadores são variados e independentes, agrupados ou existe um agente majoritário, tal como o Ministério da saúde ou um seguro saúde nacional; esses agentes estão integrados ou atuam independentemente).
3. A propriedade dos meios de produção de serviços de saúde (públicos, privados – lucrativos e não lucrativos).
4. Grau de cobertura da população (universal ou diferentes coberturas para grupos específicos).

De uma maneira geral, a literatura demonstra que:

- Quanto maior o financiamento público, maior é o controle de gastos e a garantia de maior cobertura populacional a menor custo.
- Quanto maior a fragmentação do sistema e a participação do setor privado, sobretudo o de seguros, maiores serão os gastos em saúde proporcional ao PIB e os custos administrativos.

Para o alcance dos seus objetivos os SSSs devem desempenhar determinadas funções, que variam segundo os diferentes autores. Assim, para Mendes (2002) seriam três grandes “macrofunções” fundamentais, subdivididas em várias funções específicas –

regulação, financiamento e provisão de serviços; para Mills & Hanson (2000), seriam – regulação, financiamento, alocação de recursos e provisão de serviços; para a OMS (WH02000), quatro funções seriam decisivas – financiamento (que abarca geração de recursos, constituição de fundos e compras); provisão de serviços individuais e coletivos; a geração de recursos e a condução do sistema (*stewardship*).

Finalmente, existe uma ampla discussão sobre as Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP), que merece uma reflexão à parte.

#### **4.4. As Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP)**

Partindo da constatação de que a saúde pública tem sido descuidada como uma responsabilidade social e institucional, justamente quando mais atenção requer e quando mais se precisa de apoio dos governos para modernizar a infra-estrutura necessária para o bom desenvolvimento do sistema; e que, paralelamente, a saúde pública tem evoluído em várias dimensões nas últimas décadas, generalizou-se um movimento com o objetivo de promover a reinserção da saúde pública na agenda de transformação do setor.

Essa tarefa passaria por uma definição clara de seu papel, assim como pela operacionalização dos conceitos que lhe dão fundamento, entre eles os das Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP). O marco de mega-tendências sociais contemporâneas (mudanças de paradigmas, processos de globalização e de integração econômica) e o aparecimento e consolidação de novos atores, indicam que seria necessário operar conjuntamente com os países da Região latino-americana na redefinição do papel e funções do Estado no campo da saúde. Desta forma, as FESP contribuiriam na definição de um “novo Estado”, reconhecendo sua participação legítima em certos processos e movimentos sociais atinentes a saúde e ao bem estar da população.

Neste contexto, a OPS iniciou uma operação continental denominada “A Saúde Pública nas Américas-SPA<sup>1</sup>”, com o propósito de definir e medir as **FESP**, como base para

---

<sup>1</sup> Esta iniciativa foi anunciada no 42º Conselho Diretivo da OPS em Washington realizado no período de 25 a 29 de setembro de 2000. A coordenação ficou a cargo da Divisão de sistemas e serviços de saúde, com a inclusão de todas as unidades técnicas assim como as representações da OPS em todos os países, contava com a participação do Diretor emérito da OPS, Dr. Carlyle Guerra de Macedo como assessor do projeto para desenvolver os instrumentos de medição de desempenho das **FESP** em conjunto com o Centro de Controle e prevenção de Enfermidades –CDC dos EUA e do Centro Latino-americano de Investigação em Sistemas de Saúde –CLAISS. O projeto contempla diversas instâncias de interação com “experts” oriundos do meio

melhorar a prática de saúde pública e para fortalecer as autoridades sanitárias em todos os níveis de governo (federal, estadual e municipal). Anteriormente, em 1978, o Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América publicou um livro titulado “O futuro da Saúde Pública”, apresentando os resultados de um estudo do sistema de saúde pública daquele país, partindo de uma premissa previamente definida sobre as funções de saúde pública. As funções centrais (*core functions*) de saúde pública, dos serviços públicos em seus diferentes níveis, foram identificadas como: a análise/avaliação de situações-problemas; o desenvolvimento de políticas e, por último, a criação de mecanismos legais necessários para alcançar os objetivos propostos. O estudo privilegiou o enfoque analítico e a base epidemiológica de cada região do país (Institute of Medicine, 1988).<sup>2</sup>

Em 1998, a OPS propagou a idéia de revisar a situação da saúde pública na América Latina e definir em que proporções a crise ocorrida nos EUA também afetava os países da região. Inicialmente identificaram-se alguns elementos de conflito, de escassez e de desintegração de ações de saúde comuns em ambas situações e chegou-se até a supor que as crises eram equivalentes, se bem que a crise era uma condição constante na AL, e se reconhecia a necessidade de se reconstruir a saúde pública na região em patamares distintos dos EUA.

As metas que deveriam ser alcançadas na iniciativa da OPS podem ser assim resumidas:

- Promover um conceito comum de saúde pública e suas funções essenciais nas Américas;
- Criar um marco para medir o desempenho das funções essenciais de saúde pública aplicado a todos os países americanos;

---

acadêmico, sociedades científicas, serviços de saúde e organismos internacionais, interligados em uma rede de retroalimentação contínua de informações. Pode-se dizer que este processo representou uma valiosa oportunidade para revisar o estado atual da prática de saúde pública na região das Américas.

<sup>2</sup> O estudo teve grandes repercussões no país, diante da proporção da crise se planejou várias linhas de ação, concentrando-se principalmente nas mudanças estruturais, financeiras e organizacionais dos sistemas de saúde e nos ajustes da prestação de serviços. Dentre as principais estavam a reconstrução dos programas de saúde pública dos departamentos locais de saúde pública. No caso dos EUA, a definição de saúde pública tradicionalmente se refere a serviços de caráter não pessoal, ou seja, são algumas ações (ditas prioritárias) destinadas a proteger a comunidade em geral. Tais serviços podem ser de responsabilidade tanto de governos estaduais ou municipais e estão relacionados com a promoção de saúde, o saneamento ambiental, a vigilância a qualidade da água e dos alimentos, assim como a produção de estatísticas vitais para a prevenção e controle do surgimento de doenças em grupos selecionados da população.

- Apoiar a avaliação da prática de saúde pública em cada país, com base na medição do desempenho das funções essenciais de saúde pública;
- Propor um plano continental de ação para fortalecer a infra-estrutura e melhorar a prática de saúde pública, baseado nos resultados do desempenho das **FESP**;
- Aplicar a metodologia de avaliação das FESP e publicar os resultados dessa avaliação.

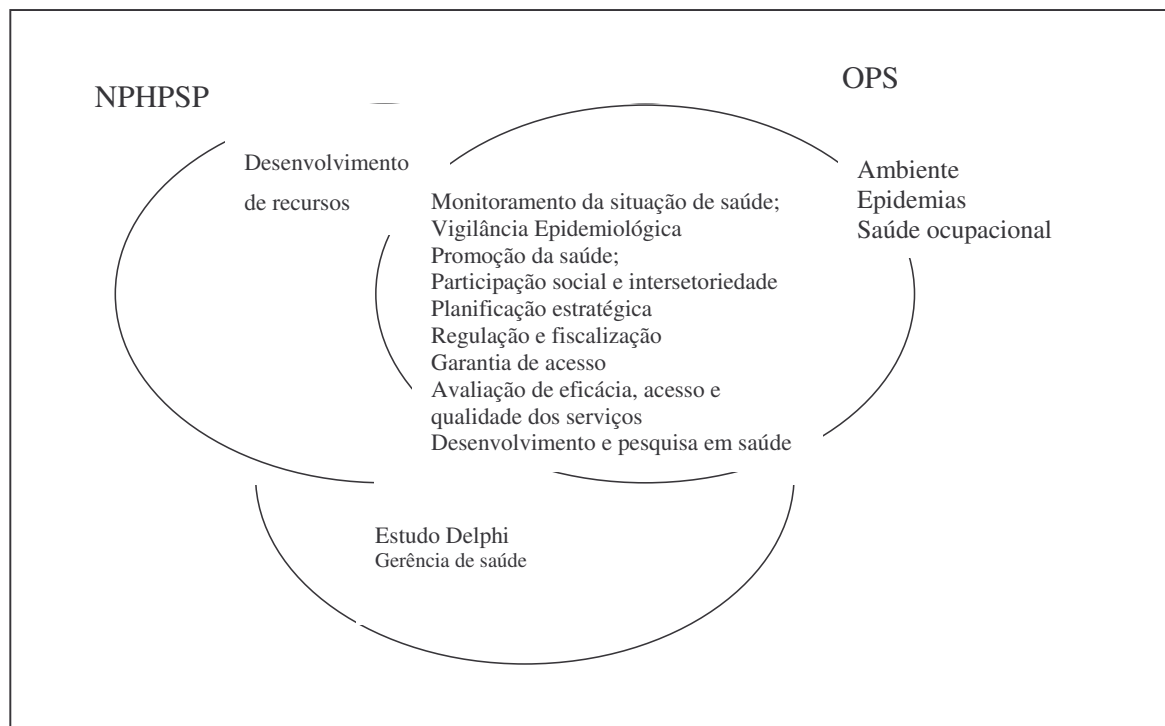
Uma das decisões mais importantes dessa iniciativa tem a ver com a necessidade de adequar a definição dos indicadores padrões das FESPs para permitir que a prática de saúde pública se fortaleça através de reforços das capacidades institucionais necessárias.

Baseados nesta premissa, vários trabalhos com diferentes perspectivas foram publicados nos últimos anos, para tratar de definir as **FESP** para a América Latina e Caribe, em termos conceituais e operacionais. Entre eles se destacam o NPHPSP, dos Estados Unidos de América, e o Estudo Delphi, patrocinado pela OMS. Com base nos critérios definidos nesses documentos, foi elaborada uma lista de 12 FESP, detalhadas em instrumentos de medição. A prova piloto foi testada em três países (Colômbia, Jamaica e Bolívia), depois das quais concluiu-se que somente 11 FESP fariam parte do instrumento definido pela OPS (Muñoz et al., 2000). A OMS definiu 9 FESP (Bettcher, Sapirie & Goon, 1998); e Berman & Bossert (2000) propõem 5 FESP.

A comparação demonstra que as FESPs apontadas como importantes são comuns nas três propostas citadas: as definidas pela *Salud de las Américas* pela OPS; o mecanismo proposto pelo Projeto Nacional de Medição de Padrões e Desempenho de Saúde Pública (NPHPSP) e o estudo Delphi da OMS (Bettcher; Sapirie & Goon, 1998). A única diferença é que o estudo da OMS definiu como função essencial importante a “gerência de saúde pública”, para ser incorporada na medição do desempenho. Situação similar aconteceu com a área de recursos humanos em saúde pública, incluída no NPHPSP.

A interseção dos três enfoques mostra claramente que há um grau importante de coincidência entre os avanços feitos pelo NPHPSP, pelo estudo da OMS e da OPS (Figura 1).

**Figura 1 – As Funções Essenciais de Saúde Pública**



**Fonte:** Funciones Esenciales de Salud Pública, Documento da 52ª Sesión del Comité Regional, Washington, D.C. del 25 al 29 de septiembre de 2000. p.11

Em síntese, o instrumento elaborado para medir as FESP foi desenvolvido em grande parte para medir o papel condutor dos Ministérios da Saúde e, além das 11 funções, foram definidos 48 indicadores, 120 medidas, retiradas de aproximadamente 700 perguntas. Um indicador composto é formulado para cada uma das 11 funções. Foi aplicado em 20 países, mas testes de validade e confiabilidade do instrumento ainda não foram realizados.

Para os efeitos deste trabalho, consideraremos as 11 FESP definidas pela OPS. São elas:

1. Monitoramento e análise da situação de saúde.
2. Vigilância da saúde pública, investigação e controle dos riscos e danos.
3. Promoção da saúde.
4. Participação social e empoderamento dos cidadãos em saúde.
5. Desenvolvimento de políticas de planejamento e de capacidade de gestão para apoiar o trabalho em saúde pública e fortalecer a função de condução do SSSs.

6. Regulamentação e implementação da saúde pública.
7. Avaliação e promoção do acesso a serviços de saúde equitativos e necessários.
8. Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública.
9. Garantia da qualidade dos serviços de saúde individuais e coletivos.
10. Pesquisa, desenvolvimento tecnológico e implementação de soluções inovadoras de saúde pública.

Pode-se definir as **FESP** como condições que propiciam um melhor desempenho da prática de saúde pública. Ou seja, um conjunto de ações e responsabilidades que devem ser desenvolvidas e assumidas pela saúde pública para a realização de seu objetivo central (finalidade), ou seja, melhorar a saúde da população.

O conceito de saúde pública que está embutido na definição das **FESP** é de ação coletiva, tanto do Estado como a sociedade civil, encaminhada a proteger e melhorar a saúde das pessoas. Sempre há uma noção que vai além das intervenções populacionais e comunitárias e inclui a responsabilidade de assegurar o acesso equitativo à atenção a saúde e a garantia de qualidade dos serviços prestados.

As funções de saúde pública podem ser genéricas (sistêmicas) ou específicas a um campo particular de ação. As funções genéricas são aquelas que não tem *per se* um objeto final próprio, realizando o objetivo central de saúde pública e aplicando-se a seus diversos campos de ação, servindo a diferentes objetivos específicos. Algumas funções *genéricas* são as de “regulação”, “fiscalização” e “informação”, além da “saúde ambiental”, dentre outras.

As **funções específicas** se referem a ações para a realização de responsabilidades e à consecução de objetivos definidos como próprios, geralmente referidos a um campo particular de ação de saúde pública em uma circunstância dada. Por exemplo, o “controle de enfermidades”, “acesso a uma atenção de qualidade” etc. O balanço entre as funções genéricas e específicas, depende em geral da magnitude e relevância dos problemas (objetos) específicos e ao nível de desenvolvimento das sociedades, como também à estruturação institucional no setor saúde, consolidada e efetiva. As funções genéricas, que constituem o eixo da infra-estrutura necessária de saúde pública, são geralmente suficientes para responder as necessidades de intervenções específicas para a solução dos problemas de saúde pública. Em sociedades de alto risco e danos coletivos importantes e *prioritários* para a saúde pública, com uma base institucional débil e pouco efetiva, é necessário

considerar ademais uma maior presença de funções específicas que conformam uma capacidade de resposta direta de saúde pública às necessidades prioritárias de saúde coletiva.

Em relação aos sistemas de saúde as FESP podem ser consideradas **finalísticas** ou **instrumentais**. As primeiras contribuem diretamente para a realização dos objetivos, tais como promoção da saúde, controle de riscos e danos, proteção do ambiente e qualidade da atenção. As segundas, as funções instrumentais, servem a estes objetivos de forma mediata, criando situações e contribuindo para a realização das ações finalísticas tais como o monitoramento e análise da situação de saúde e o desenvolvimento de recursos humanos, a informação pública e a regulação.

#### **4.5. Modelos de sistemas de serviços de saúde e modelos assistenciais**

Modelos (ou teorias formais) são construídos utilizando o saber nomológico disponível com duas funções principais: identificar as (hipotéticas) relações causais entre um certo número de fatores (tipo-ideal) e a explicação de determinado caso, que nasce da distância entre o modelo e o caso empírico; e permitir a parametrização de outros fatores externos ao modelo, ou seja, tudo que não encaixa é considerado exógeno (Panebianco, 1994).

O “saber nomológico” (relativo às leis) não constitui um fim em si mesmo, mas um meio para a análise dos fenômenos políticos, fornecendo instrumentos para abordar “explicações locais”, isto é, a elaboração de teorias empíricas.

Os quadros teóricos (*framework*), ou teorias empíricas, por sua vez, são construções onde um elevado número de conceitos, relacionados reciprocamente, têm função de orientar o pesquisador na seleção dos conceitos relevantes para a investigação. Por sua vez, são geradores de modelos.

Sendo assim, os modelos assistenciais em saúde são definidos como *as formas de organização tecnológica do processo de prestação de serviços de saúde* (Teixeira et al, 1998).

Em relação aos SSs, várias classificações e tipologias foram elaboradas, como mencionado, mas nenhuma delas harmoniza categorias que permitissem uma análise mais abrangente dos SSs.

Em termos bastante genéricos, sobretudo a partir do pós-Segunda Grande Guerra, os sistemas de saúde passaram a ser agrupados em três grandes “tipo-ideais weberianos”, isto é, como tais, nunca se apresentam em estado puro – o modelo Beveridge, o modelo Bismarckiano e o modelo de mercado. Essa classificação, além de não ser correta do ponto de vista histórico da estruturação dos SSs na Europa Ocidental, nada acrescenta em termos explicativos à compreensão da dinâmica dos SSs, além de explicitamente excluir os modelos centralizados estatais dos então países socialistas ou comunistas.

O modelo Beveridge está relacionado à reforma do *National Health System (NHS)* inglês, após o informe Beveridge de 1942, que nacionalizou os hospitais e estabeleceu o padrão organizacional do Sistema Nacional de Saúde, baseado fundamentalmente no financiamento público, universal, e organização de serviços hierarquizados, por nível de atenção e regionalizados, centrados num *mix* público e privado, fortemente regulado pelo Estado, com gestão e provisão de serviços eminentemente públicos. O exemplo paradigmático desse modelo é, obviamente, o Reino Unido.

O modelo Bismarck foi institucionalizado desde o fim do século XIX, com a criação do seguro social de doença alemão, difundido mundialmente e “copiado” por vários países, ainda que operacionalizado de forma bastante distinta em cada um deles. O financiamento é realizado a partir de contribuições sociais obrigatórias, pagas pelas empresas e pelos empregados a diferentes fundos públicos. A prestação de serviços também se dá a partir de um *mix* público e privado, onde os hospitais são públicos e os profissionais contratados e a atenção ambulatorial é proporcionada por profissionais liberais organizados e, associações responsáveis pela gestão dos recursos destinados ao pagamento das prestações. O modelo paradigmático é a ex-Alemanha Ocidental (e atualmente toda a Alemanha), um sistema corporativo em todos os seus níveis e altamente regulado pelo Estado.

O modelo de mercado está baseado na compra direta de seguro saúde ou serviços privados pelos indivíduos ou empresas, sendo que a oferta de serviços é eminentemente privada e o acesso dependente da capacidade de compra do usuário/consumidor. O país paradigmático, desse tipo-ideal é os EUA.

Como todos os sistemas de saúde são, na realidade, constituídos por *mix* público e privado de serviços, essa classificação não dá conta sequer da variabilidade dos SSs, sejam baseados em seguro nacional de saúde ou sistemas nacionais de saúde. Além disso, alguns



países estruturalmente têm o financiamento centrado em seguro nacional de saúde, mas funcionam, na prática, como sistemas nacionais de saúde, cujo exemplo paradigmático é a Suécia (Immergut, 1992). A distinção fundamental está na forma da intervenção estatal na organização e operacionalização do sistema.

Mais recentemente, a partir dos anos 80, com a implementação dos processos de reforma setorial, sobretudo no Norte, e com base nas teorias do novo gerenciamento público (*new public management*), que identificaram as “falhas do monopólio do Estado” nos negócios da saúde e na implementação da política de saúde (fundamentalmente desperdício e ineficiência), passou-se a pregar a necessidade de implementar uma reengenharia da gestão pública a partir da operacionalização de algumas propostas da *public choice*, tais como a descentralização (para níveis sub-nacionais, para o mercado ou para instituições “híbridas”), integrando o que seria uma nova perspectiva microeconômica para o setor saúde e a agenda de reforma da administração pública.

Nessa perspectiva a OECD propôs uma nova classificação dos sistemas de serviços de saúde – sistemas de contratos públicos, isto é, centrados no seguro social; sistemas públicos integrados, ou seja, sistemas nacionais de saúde; e sistemas de reembolso público, ou seja, com provisão privada (Hurst, 1991).

Uma outra categorização foi também desenvolvida pela OECD (1992), com a pretensão de melhor entender não apenas as dimensões econômicas dos SSs, mas também o direcionamento que as reformas estão imprimindo. Assim, as categorias chave seriam:

- a) se a fonte primária de financiamento consiste em pagamento direto voluntário (seguros saúde privados ou pagamento de taxas pelo usuário) ou compulsórios (como a partir de impostos ou seguro social);
- b) se os serviços são prestados por instituições públicas (modelo integrado, onde o Ministério da saúde ou agências de seguro social são os prestadores de serviços); por arranjos contratuais com diversos tipos de provedores, públicos e privados; ou diretamente por provedores privados (pagos diretamente pelos usuários);
- c) como os serviços são remunerados (prospectivamente, onde os riscos financeiros são transferidos para os provedores, ou retrospectivamente, onde os custos da atenção são reembolsados).

Entre nós, Mendes (2001:50-55) identifica atualmente quatro modelos institucionais que também correspondem a tipos-ideais: o monopólio estatal, o sistema público, a

competição gerenciada e o livre mercado. Para esse autor, o que distingue um modelo do outro é, de um lado, os valores sociais vigentes e, de outro, como se combinam as macrofunções de regulação, financiamento e prestação de serviços e quem se apropria delas – se o Estado ou o setor privado. Esses modelos formariam um contínuo, possuem debilidades e fortalezas, com dois modelos polares entre eles: o do monopólio estatal e o do livre mercado. Os dois modelos “centrais” – o do sistema público e o de competição gerenciada – seriam resultado do processo mais recente de reformas setoriais.

Evans & Stoddart (1994) alertam para o fato de que as sociedades modernas têm destinado grandes somas de recursos para a produção e distribuição de serviços de assistência médica (SAM), um específico conjunto de bens e serviços, produzidos por pessoas, organizações e instituições, que são vistos como tendo particular relação com a saúde. Existe uma crença generalizada de que são essenciais para a saúde das pessoas.

A indústria da assistência médica que produz esses bens e serviços é um dos maiores conjuntos de atividade econômica em todos os Estados modernos e as políticas públicas de saúde ou de saúde coletiva estão subsumidas ou dominadas pelas políticas de assistência médica.

Por definição, os SAM são **reativos** e pensados segundo um específico conceito de doença, construído pela medicina científica e operacionalizado pelo profissional. Mesmo estratégias **pro-ativas** (como a prevenção e a promoção) trazem embutidas o viés da doença.

A definição de saúde implícita nos comportamentos ou desempenho dos SAM é um conceito **negativo**: a ausência de doença ou dano à saúde. E as intervenções consistem na identificação de padrões de afastamento de normas clinicamente determinadas por medidas biológicas particulares e que definem as intervenções terapêuticas.

Nos anos 50 a OMS explicitamente rejeitou a definição “estreita” de saúde vinculada à assistência médica, formulando o conceito clássico: *Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença ou dano à saúde*. Nesse conceito abrangente, saúde perde especificidade e é de difícil operacionalização, uma vez que o *completo bem-estar* é um valor altamente subjetivo, pode ser a meta de qualquer atividade humana, não necessariamente saudável, além de ser diretamente influenciado por ela, e, em princípio, todas as políticas públicas deveriam estar voltadas para alcançá-lo. Embora ofereça alternativas polares para a

definição de saúde, o uso comum fornece a idéia de um *continuum* de significados: de um lado está o *completo bem-estar* e do outro a ausência de qualquer circunstância biológica negativa. Mas, como princípio teve valor simbólico importante.

Em 1975, a OMS lançou a diretriz Saúde para Todos no Ano 2000 (SPT 2000) e, em 1978, formulou o enfoque de Atenção Primária de Saúde para atingir essa meta. Estimulavam-se os Estados-membros a desencadearem revisões radicais de suas políticas e sistemas de saúde e recomendava-se ativamente a implementação e desenvolvimento dos níveis básicos de atenção na perspectiva da Atenção Primária. A OMS tornou-se, a partir de então, uma organização mais politizada (Walt, 1994:137-144).

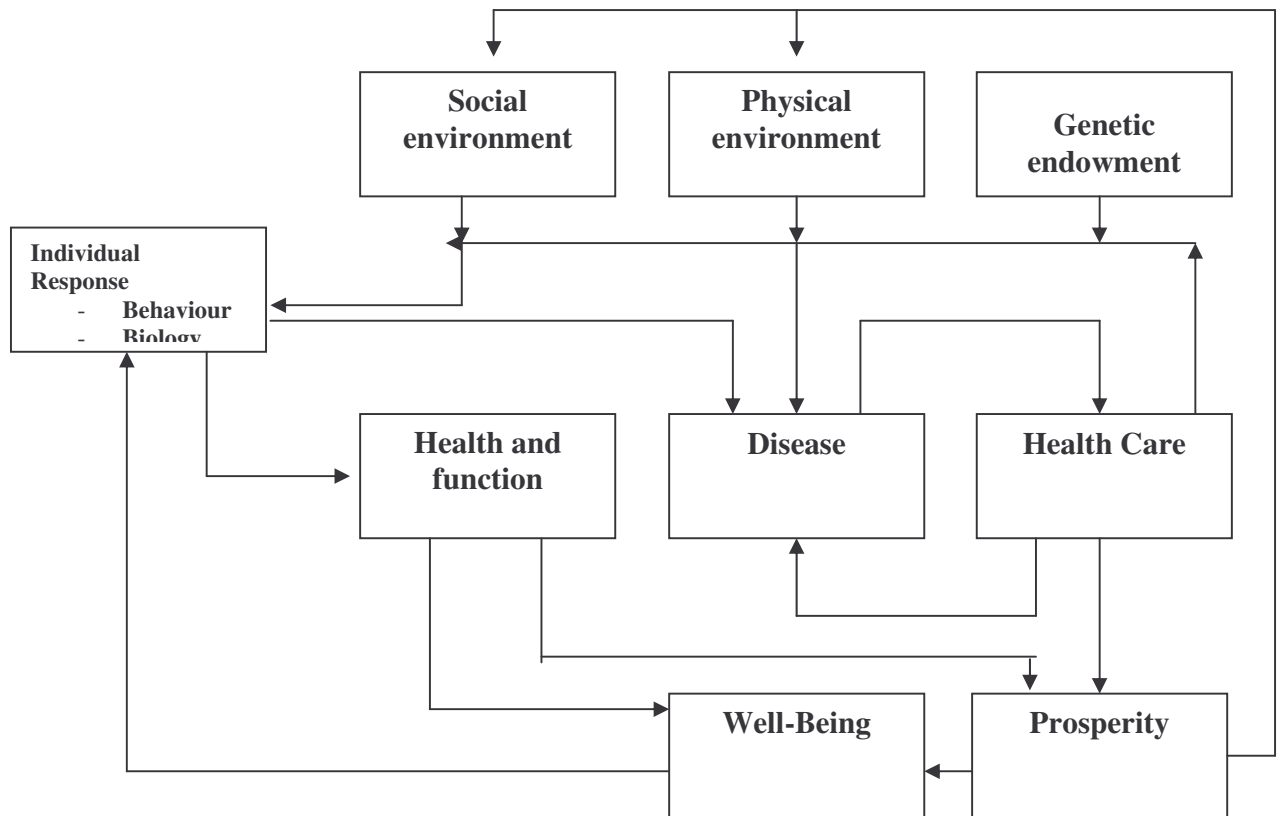
O enfoque da Atenção Primária (*Primary Health Care-PHC*) foi amplamente postulado como *o caminho* para alcançar a meta preconizada e, em 1978, em *Alma Ata*, representantes de 155 Estados solenemente se comprometeram com essa diretriz. Esse enfoque inter-relacionava pelo menos dois significados: o primeiro, era uma prescrição geral que advogava que os sistemas sanitários deveriam dar prioridade à assistência básica, antecipando/evitando os problemas de saúde e os agravamentos das doenças e quebrando os ciclos perversos produtores das enfermidades; e o segundo era um conjunto mínimo de ações e serviços que compunham a Atenção Primária e se estendiam para além do campo estrito dos serviços de assistência médica, focalizando as condições de vida e saúde das populações, incorporando ações na área de educação, saneamento, promoção da oferta de alimentos e da nutrição adequada, saúde materno-infantil (incluindo planejamento familiar), medidas de prevenção, provisão de medicamentos essenciais, garantia de acesso aos serviços etc (Declaração de Alma Ata, 1978). A concepção de *PHC* pregava uma ampla ação intersetorial do governo, vista como essencial para alcançar a SPT 2000. O enfoque de Atenção Primária, promovido também pela UNICEF, conjuntamente com a OMS, foi acolhido entusiasticamente pelos países da periferia, mas tratado de forma muito mais cautelosa no mundo central (Almeida, 1995).

No ano 2000, a mesma OMS formulou o “Novo Universalismo”, segundo o qual, *em vez de todo tipo de cuidados para todos, ou pacote básico para pobres, provisão para todos de atenção essencial de alta qualidade, definida segundo critérios de efetividade, custo e aceitabilidade. Implica estabelecer prioridades segundo o que seja necessário e eficiente*” (WHO, 2000).

Os diferentes conceitos não são necessariamente certos ou errados, mas servem a diferentes objetivos e têm distintos campos de aplicação. O conceito “estrito” – ausência de doenças, incapacidade ou danos – tem a vantagem de poder ser representado por medidas quantificáveis e fenômenos mensuráveis (herança positivista da ciência) (carga de doença como indicador de saúde e de desempenho de sistemas de saúde). Entretanto, essa precisão tem um custo: deixa-se de lado dimensões específicas da saúde que não são mensuráveis por essa via. Entretanto, amplo elenco de determinantes da saúde cujos efeitos se refletem na *ausência de doença* ou na sobrevivência às doenças são relevantes para a melhor compreensão da saúde.

Para superar, os autores sugerem uma correção de rota, em que, seja qual for a definição de saúde, é importante distingui-la dos determinantes da saúde e propõem um modelo teórico de avaliação de SSSs que pode ser sintetizado no esquema da Figura 2 .

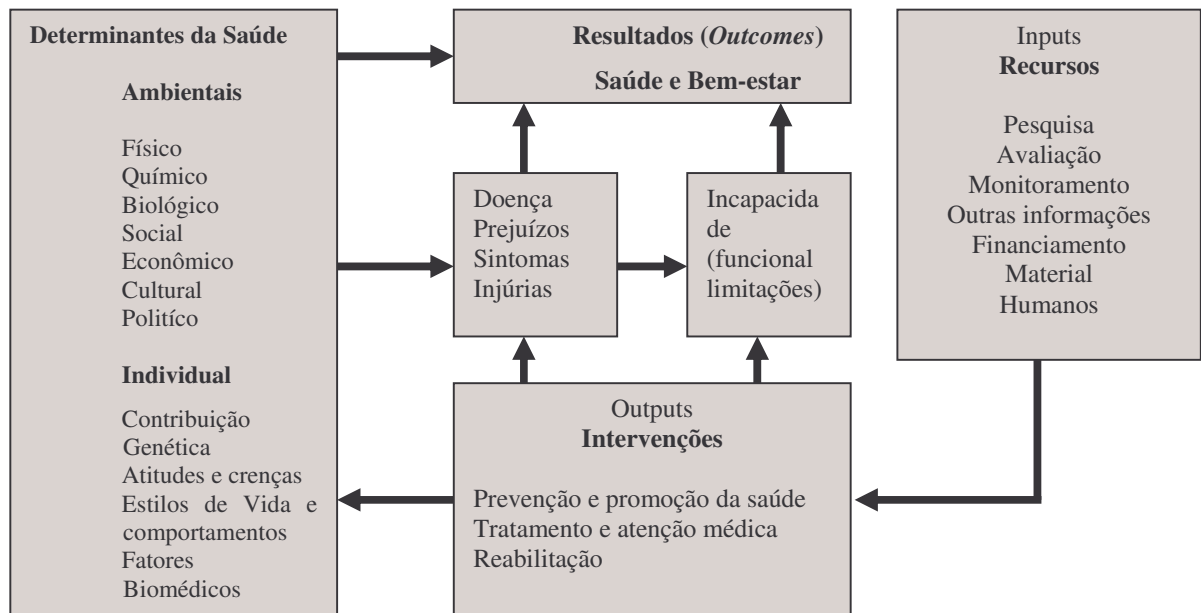
**Figura 2 - A comprehensive framework of broad determinants of health**



**Fonte:** Evans & Stoddart (1990) – Producing health, consuming health care

*O Australian Institute for Health and Welfare (AIHW) (2000), propõe um quadro de referência para a avaliação de desempenho de seu sistema de saúde que também leva em conta os determinantes da saúde e podem ser sintetizados na Figura 3.*

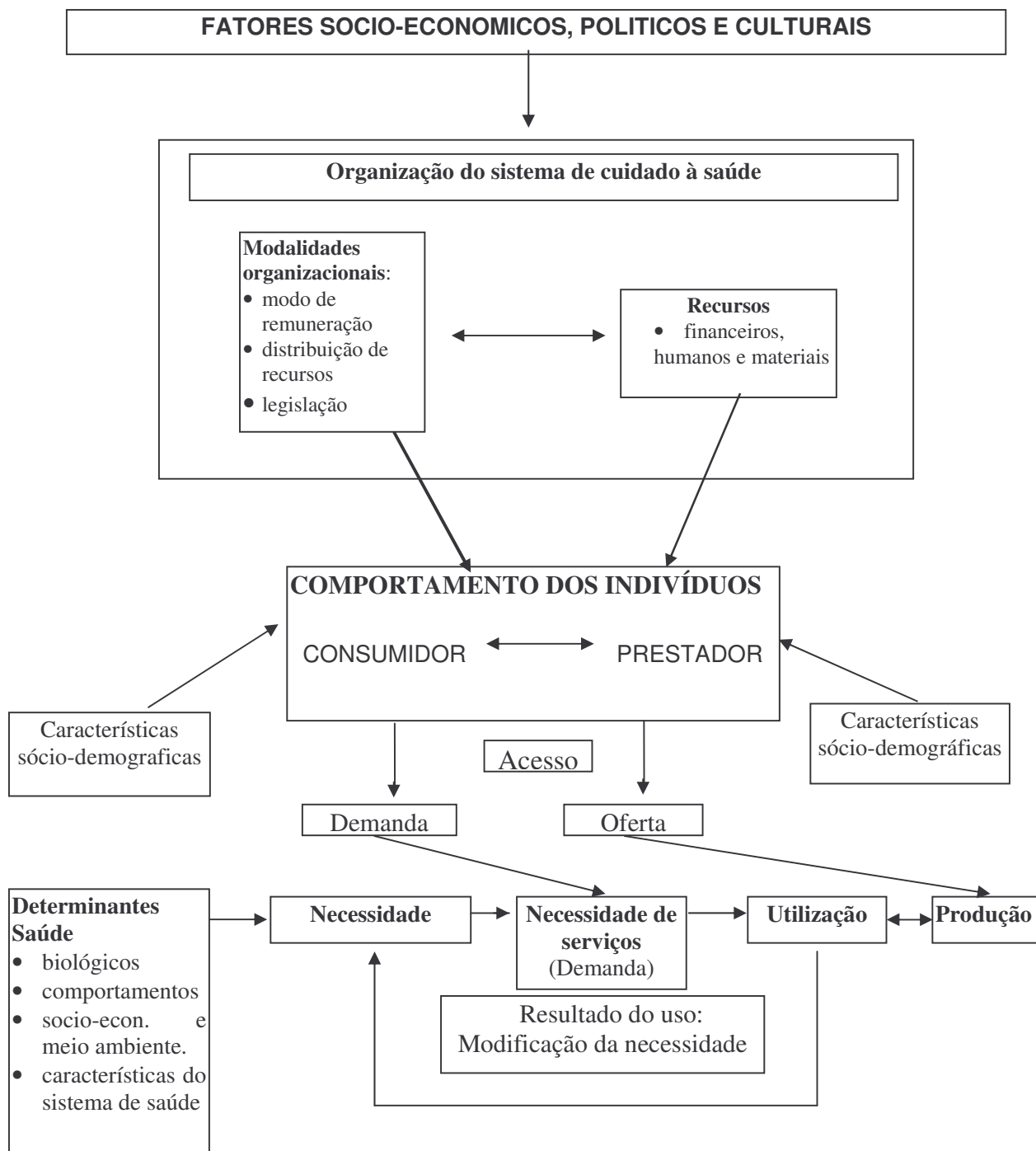
**Figura 3: Um Quadro de Referência Conceitual para a Saúde**



**Fonte:** Australian Institute of Health and Welfare (2000), Australia's Health 2000, Canberra.

Existem alguns outros modelos teóricos que podem servir como quadro de referência para a análise de SSSs. Vários autores têm trabalhado sobre esse tema e apesar das diferenças conceituais e metodológicas, de uma maneira geral, tenta-se interrelacionar os macrodeterminantes da saúde, com a forma de organização dos sistemas de cuidado de saúde e o comportamento dos indivíduos. Um bom exemplo de esquema teórico que propõe essa articulação é o elaborado por Donabedian (1973) e modificado por Dussault (1993) – Figura 4.

Figura 4 - Quadro de Referência: Análise do Sistema de Saúde



Fonte: Donabedian (1973) e Dussault (1993)

#### 4.6. O sistema único de saúde – SUS

A reforma sanitária no Brasil e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) significaram, no plano legal, uma mudança extremamente expressiva na política de saúde brasileira. Segundo a Constituição de 1988, o direito à saúde, em sentido amplo, é um direito de cidadania e um dever do Estado. Mas, apesar dos avanços conseguidos em mais de uma década de implementação da reforma, a pergunta que permanece é: o direito legal de acesso universal e equitativo a ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade vem sendo assegurado a todo cidadão brasileiro como registrado na Constituição de 1988? Ou, em outras palavras, em que medida o processo de implementação do SUS está caminhando tendencialmente nessa direção?

Segundo o documento do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2002:5) *o Sistema Único de Saúde (SUS) é um processo em construção, com base nos direitos de cidadania, não havendo condições, nem fundamentação válida que permita retrocesso. Esta construção implica a complexa e gradativa desconstrução/substituição do modelo anterior à Constituição de 88, que não parte dos direitos da cidadania da população e permanece dependente dos interesses mercantis, corporativistas e de políticas públicas excludentes, modelo este substituído legalmente, mas na prática, só em parte, mantendo-se ainda hegemônico em vários aspectos fundamentais.*

A implementação do SUS vem enfrentando grandes dificuldades e enormes desafios, ligados fundamentalmente à *estruturação do novo modelo de atenção à saúde que, a partir das grandes funções da saúde pública, subordine os conceitos e programas da assistência médica individual aos preceitos e programas dos interesses coletivos e direitos da cidadania, e realize efetivamente as atividades de promoção e proteção à saúde, sob os Princípios Éticos da Universalidade, Equidade e Integralidade. Em decorrência, os desafios referem-se à melhoria da qualidade da atenção, elevação da resolutividade da rede de Unidades Básicas de Saúde e do seu papel de porta de entrada do SUS e à garantia de acesso aos serviços de média e alta complexidade, cuja escala de operação impõe cobertura aos contingentes de população que, freqüentemente, ultrapassam a esfera municipal ou microrregional, com o objetivo de, gradualmente, superar as desigualdades de acesso existentes* (CNS, 2002:19-20).



Apesar de apontar acertadamente vários problemas a serem superados e, para tanto, os vários desafios a serem enfrentados, o debate político-institucional sobre o SUS tem privilegiado os componentes de financiamento e gestão, como também questões relativas à organização do sistema, vinculadas à descentralização – redefinição de funções e competência dos distintos níveis de governo, das instituições e agências governamentais e da regulação do setor privado, entre outros temas – combinados com estratégias de priorização da atenção básica (Piso Assistencial Básico – PAB) e implementação de programas especiais, que, teoricamente, levariam à mudança do modelo assistencial.

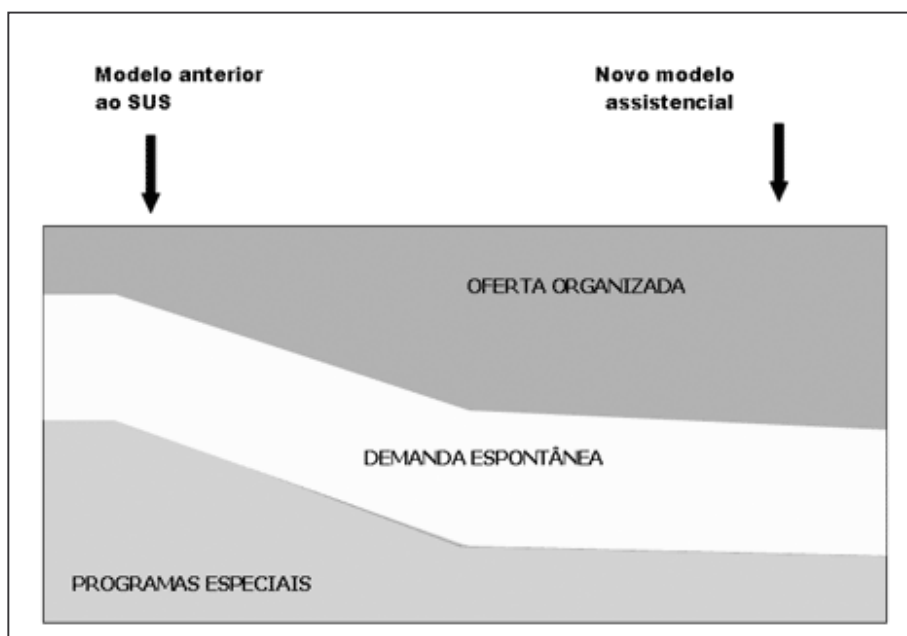
Não se tem, no entanto, privilegiado a discussão sobre o modelo assistencial que se quer construir no SUS, não existindo consenso entre os autores sobre essa questão. Sendo assim, o SUS é ainda palco de disputa entre modelos assistenciais diversos, alternativos ou experimentais, implementados com esforço, com a tendência de reprodução conflitiva dos modelos hegemônicos, isto é, o *modelo médico assistencial privatista* (ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio e diagnóstico) e o *modelo sanitaria* (campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária (Mendes, 1993; Paim, 1994). As tentativas de articular ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, na dupla dimensão individual e coletiva, têm sido experimentadas no espaço micro dos municípios, acumulando experiências que apontam para a possibilidade de construção de um *modelo de atenção à saúde voltado para a qualidade de vida* (Marinho *et al*, 1994), tal como proposto na 10<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1996 (Teixeira *et al*, 1998) e reforçado na 11<sup>a</sup> CNS, em 2000.

#### **4.7. Alguns modelos assistenciais que têm sido propostos como alternativas para o SUS**

A aproximação entre a epidemiologia, o planejamento e a organização de serviços, como um “movimento” organizado institucionalmente, ganhou força nos anos 80 do século passado, na América Latina, e evoluiu, na segunda metade da década e início dos 90, para uma preocupação com o uso dessa articulação na elaboração de modelos assistenciais (Teixeira *et al*, 1998; Teixeira *et al* 2001). No Brasil, a partir dos anos 90, levou à discussão de um *processo de transição para um novo modelo assistencial*, no qual a oferta organizada de serviços viesse substituir as ações dirigidas ao atendimento da demanda espontânea, bem

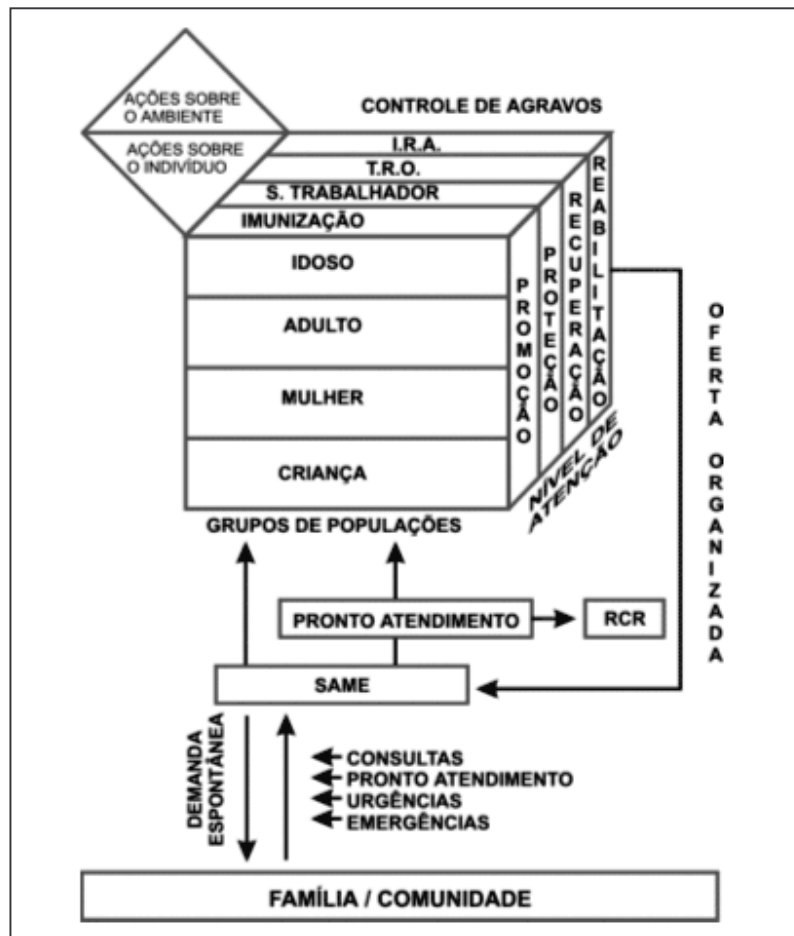
como a implantação dos chamados programas especiais, dirigidos a grupos populacionais específicos (Paim, 1994). A “organização da oferta” ou a “oferta programada” seria o espaço de articulação do enfoque epidemiológico, na medida em que a programação e execução das ações e serviços deveriam partir da identificação das necessidades da população em territórios delimitados, semelhante às propostas de implementação dos Distritos Sanitários, desde os meados dos anos 80 (Mendes, 1994; Paim, 1994a). As Figuras 5 e 6 ilustram esquematicamente essa mudança.

**Figura 5 - Diagrama de transição para o novo modelo assistencial**



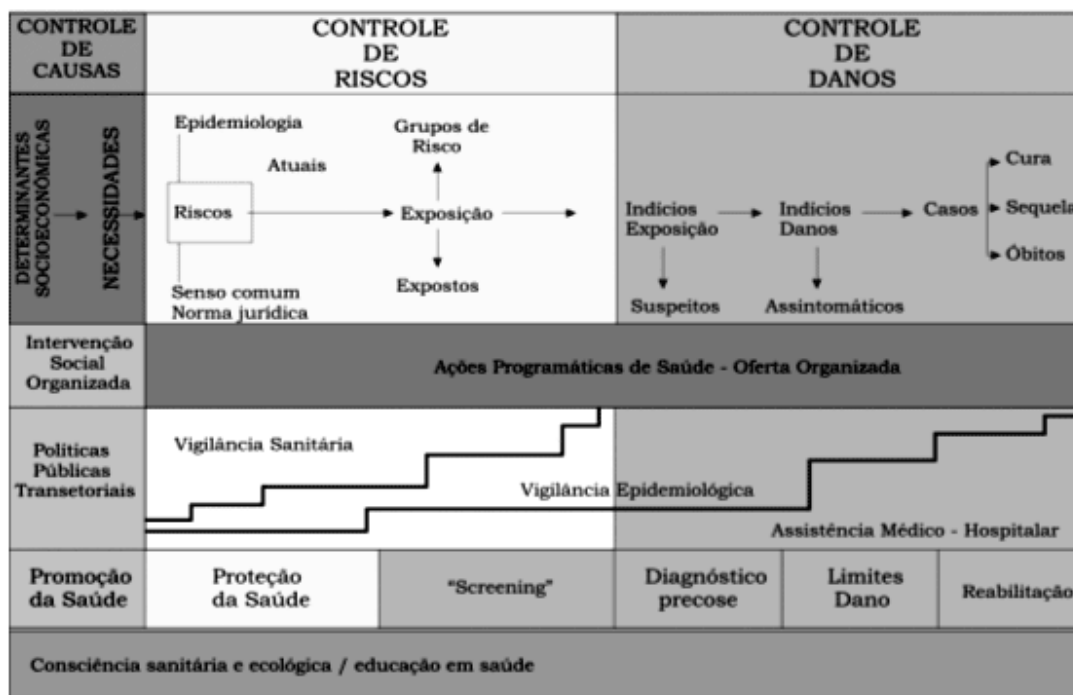
Fonte: Paim (1994)

Figura 6 - Articulação da demanda espontânea com a oferta organizada no âmbito da unidade local de saúde



Fonte: Paim (1994)

Figura 7 - Diagrama de vigilância sanitária



Fonte: Paim, 1994

A preocupação com a construção de um modelo assistencial que articulasse os conhecimentos e técnicas da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais se expressou no termo “vigilância à saúde”, que, no processo de discussão de dividiu em duas concepções distintas: uma *restrita*, que compreendia uma ampliação da vigilância epidemiológica, com incorporação da vigilância sanitária, sem, entretanto, prever a reorganização do conjunto de ações e serviços de atenção à saúde; e uma outra *ampliada* fundamentada no diagrama (Figura 7) proposto por Paim (1994).

A formulação desses modelos foi concomitante ao amplo debate e reestruturação da vigilância sanitária no país, que ganha contornos mais definidos com a descentralização das ações de vigilância sanitária, a partir da primeira metade dos anos 90.

Comparando-se a concepção da vigilância à saúde com os modelos assistenciais tradicionais vigentes, constatam-se diferenças entre os sujeitos, objeto, métodos e forma de organização dos processos de trabalho, pois essa propõe a incorporação de novos sujeitos,

extrapolando os profissionais e trabalhadores da saúde, envolve a população organizada, e pressupõe a ampliação do objeto (além das determinações clínico-epidemiológicas no âmbito individual e coletivo, as determinações sociais que afetam os distintos grupos sociais, em função de suas condições de vida, também são contempladas), como sintetizado na Quadro 1.

**Quadro 1 – Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde**

<b>Modelo</b>	<b>Sujeito</b>	<b>Objeto</b>	<b>Meios de Trabalho</b>	<b>Formas de Organização</b>
<i>Modelo médico-assistencial privatista</i>	Médico Especialização Complementariedade (paramédicos)	Doença (patologias e outras) Doentes (clínica e cirurgia)	Tecnologia Médica (indivíduo)	Rede de serviços de saúde Hospital
<i>Modelo sanitarista</i>	Sanitarista Auxiliares	Modos de Transmissão de Fatores de risco	Tecnologia sanitária	Campanhas sanitárias Programas especiais Sistemas de vigilância epidemiológica e sanitária
<i>Vigilância à saúde</i>	Equipe de saúde População (cidadãos)	Danos, riscos, necessidades e determinantes dos modos de vida e saúde (condições de vida e trabalho)	Tecnologias de comunicação social, de planejamento e programação local situacional e tecnologias médico-sanitárias	Políticas públicas saudáveis Ações intersetoriais Intervenções específicas (promoção, prevenção e recuperação) Operações sobre problemas e grupos populacionais.

**Fonte:** Teixeira et al (1998:18).

Portanto, as formas de organização dos processos de trabalho envolvidas em cada um desses modelos são diversas e a proposta da Vigilância da Saúde transcende os espaços institucionalizados dos SSSs e se expande para outros setores governamentais e não-governamentais. Em síntese, apresenta sete características básicas, apontando na direção da superação da dicotomia entre as chamadas práticas coletivas (vigilância epidemiológica e sanitária) e as práticas individuais (assistência ambulatorial e hospitalar). São elas (Teixeira *et al*, 1998:18):

1. Intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes).
2. Ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos.
3. Operacionalização do conceito de risco.

4. Articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas.
5. Atuação intersetorial.
6. Ações sobre o território.
7. Intervenção sob a forma de operações.

Um outro modelo assistencial que vem sendo elaborado e merece ser mencionado é o de “Defesa de Vida”, formulado em 1992, a partir de uma manifesto que teve esse nome, formulado por um grupo de Campinas (UNICAMP, 1992). Defende fundamentalmente a saúde como direito de cidadania, construção de serviços de saúde que através da mudança do processo de trabalho acolham os usuários, identificando problemas de saúde, criando vínculos, mobilizando opções tecnológicas, visando resolutividade na atenção à saúde, no plano individual e coletivo.

As referências teóricas estão na epidemiologia social (determinação social no processo saúde-doença), utilizam elementos da psicanálise e da análise institucional, teoria da ação comunicativa de Habermas além do Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus e Mário Testa. O processo de trabalho é discutido a partir das contribuições de Mendes-Gonçalves (1979) e ampliado por Mehry (1994), a partir da análise da micropolítica do trabalho.

A operacionalização do modelo assenta-se nas seguintes premissas:

1. Que o nível primário de atenção o “mais complexo” em atribuições: equipe multiprofissional, médicos de clínicas básicas (pediatra, clínicos e ginecologistas), incorporando equipamentos e tecnologias que aumentem a sua resolutividade.
2. Presença de estratégias de “acolhimento” do usuário, humanizando as relações trabalhador /usuário.
3. Ampliação dos saberes técnicos das equipes, expandindo o "campo de saber" e as "tecnologias leves”.
4. “Pacto negociado” de metas entre gerência e equipes, em torno do projeto, democratizando e horizontalizando a gestão.
5. Participação democrática e controle social.
6. Assistência hospitalar concebidas como “unidades de produção”, definindo-se contratos para cumprimento de objetivos e metas.

#### **4.8. A metodologia de avaliação de desempenho proposta para o SUS**

Levando em consideração os elementos discutidos anteriormente, a proposta de um sistema de avaliação de desempenho do SUS deveria ser pautada por um quadro de referência que levasse em consideração a sua concepção legal, os seus objetivos, a forma de implantação e, dessa forma, avaliar se, de fato, os seus princípios e objetivos estão sendo cumpridos. Ao mesmo tempo, a avaliação de desempenho deveria ter como objetivo ser parte essencial nos processos de mudança das práticas e atitudes, contribuindo para a construção de um modelo assistencial determinado, que funcionasse como imagem-objetivo a ser alcançada.

Considerou-se que o desenvolvimento de uma proposta de avaliação para o caso brasileiro, em muito se beneficiaria da análise das propostas feitas por organizações internacionais e das experiências de alguns países que avaliam o desempenho dos sistemas de saúde a partir de um marco conceitual definido.

## 5. Avaliação do desempenho de sistemas de saúde.

### 5.1. Conceituação e discussão.

A avaliação de desempenho dos sistemas de saúde ganhou destaque nas agendas dos diversos países, sobretudo a partir das últimas décadas do século passado e é considerada como um poderoso instrumento de monitoramento das políticas de reforma setorial em diversos países.

Embora se mencione que não há consenso sobre a **definição de desempenho de SSs** (Hurst & Jee-Hughes, 2001), de uma maneira geral desempenho é sempre definido em relação ao cumprimento de objetivos e funções das organizações que compõem os Sistemas de Saúde. Assim, com base no *The American Heritage Dictionary of the English Language* (3<sup>rd</sup> Ed., 1992), a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* dos EUA define *performance* como:

*a forma como uma organização do sistema de saúde desenvolve ou cumpre suas importantes funções. ...[sendo que] uma importante função organizacional é orientada segundo metas e objetivos, [constituindo] um conjunto interrelacionado de processos que afetam os resultados saúde para os pacientes* (JCAHO, 1993:51) (Tradução livre).

O **quadro de referência teórico e conceitual** que informa a construção metodológica de um sistema de avaliação de desempenho é, portanto, fundamental. Isso pressupõe que a **definição dos objetivos e metas do Sistema de Saúde** é o ponto de partida para a montagem de qualquer sistema de avaliação de desempenho e ambos variam consideravelmente segundo os valores e princípios que regem os distintos Sistemas de Saúde, além de que não são definidos apenas tecnicamente. Por outro lado, a **especificação das dimensões** que serão avaliadas é um segundo ponto importante, pois a definição das medidas e dos indicadores variará segundo o que se queira avaliar.

Portanto, a variabilidade observada nas propostas não está referida à definição de desempenho em si, mas aos objetivos dos Serviços de Saúde e, principalmente, às dimensões que se quer avaliar, uma vez que cada país define e estrutura seu sistema de saúde de forma própria e especificamente relacionada ao seu desenvolvimento histórico.



O quadro de referência teórico para a avaliação de desempenho de um sistema de serviços de saúde deve estar respaldado pelos fatores que impactam os resultados em saúde, o que quer dizer que deve guardar consistência com o esquema conceitual que orienta a concepção desse sistema. Por outro lado, a dificuldade de medir resultados em saúde e atribuí-los às ações dos Sistemas de Saúde reside no fato de que esses resultados podem estar influenciados por diversos outros fatores externos aos sistemas de serviços de saúde. Portanto, a medida de resultados não é tarefa fácil, sendo importante considerar nessa avaliação os processos envolvidos na transformação dos *inputs* em *outputs*. Definir medidas de curto e médio prazos que proporcionem informação sobre se o SS está possibilitando a provisão de atenção/serviços ou intervenções adequadas às necessidades diferenciadas da população, quando necessárias, é um grande desafio, teórico, conceitual e operacional.

Chama a atenção, na literatura em geral, a falta de justificativas bem documentadas, teórica e empiricamente, que sustentem os específicos quadros teóricos e conceituais de avaliação e desempenho elaborados pelos países.

A partir dessas discussões, adotamos nesta pesquisa a seguinte definição:

*Avaliação de desempenho é a medida do grau de alcance de objetivos e de cumprimento de metas de um determinado sistema de saúde* (Hurst & Jee-Hughes, 2001:p.9.) (Tradução livre).

Um segundo ponto fundamental refere-se **à definição do sistema de gerenciamento do desempenho** (Figura 8), isto é, do

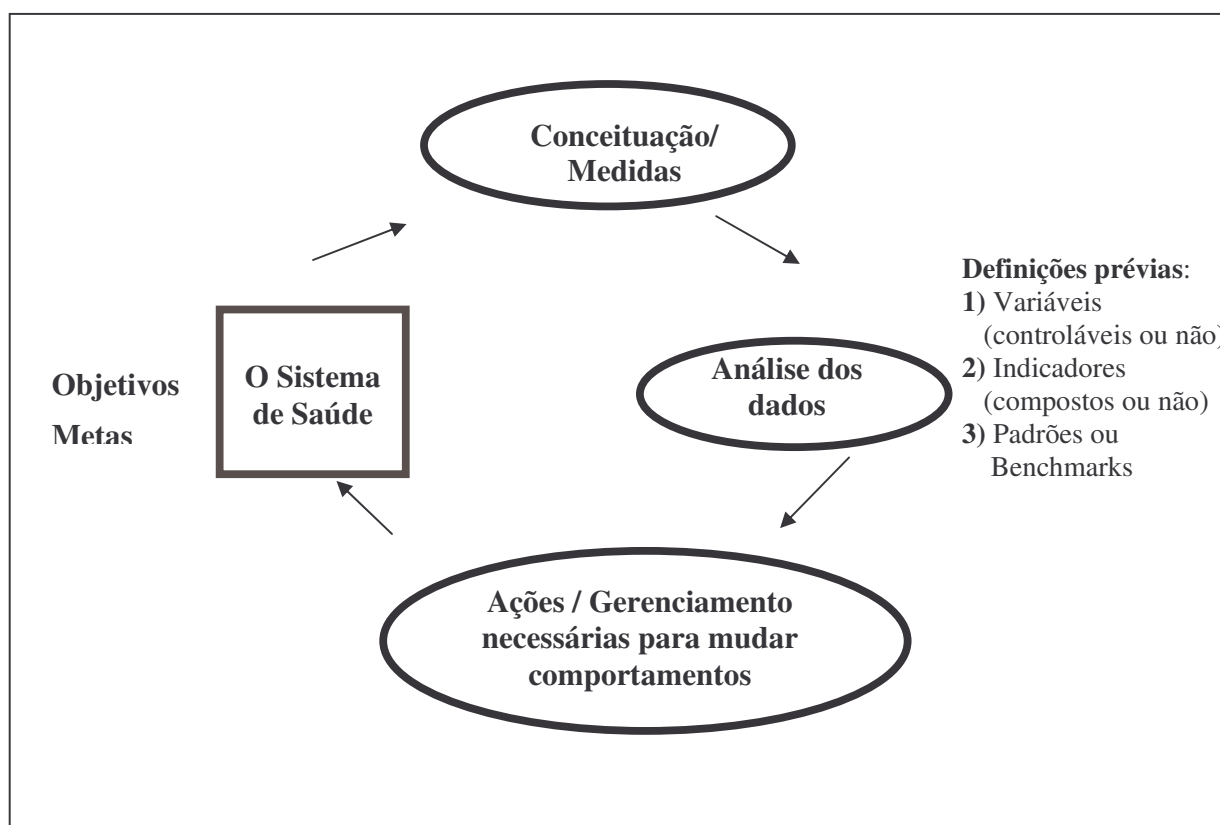
*Conjunto de arranjos institucionais e incentivos através do qual a informação sobre o desempenho é (ou não) utilizada para impulsionar a mudança de comportamentos e influenciar o direcionamento dos Sistemas de Saúde numa determinada direção* (Hurst & Jee-Hughes, 2001:p.16).

Em síntese, a clareza sobre os princípios, objetivos e metas dos Sistemas de Saúde e as dimensões que serão objeto da **avaliação de desempenho** são pontos de partida cruciais, uma vez que orientarão a construção metodológica da avaliação, assim como as variáveis e indicadores a serem utilizados. O sistema de gerenciamento do desempenho, por sua vez, presidirá a ação que realimentará a formulação de políticas e proporá os mecanismos de ajuste necessários para a correção de possíveis desvios. Sendo assim, a questão fundamental a ser enfrentada, mencionada por vários autores, é **como medir desempenho de Sistema de Saúde** em termos de **qualidade, eficiência e equidade** e **montar sistemas**

**de gerenciamento de desempenho** na perspectiva de impulsionar mudanças que possibilitem conseguir melhores resultados.

Esse **ciclo de gerenciamento** é o que dá sentido a qualquer avaliação de desempenho. Em outras palavras, a principal finalidade da montagem desse sistema de avaliação é **mudar atitudes e práticas** e, um processo permanente de avaliação, ajuste e reavaliação. A decisão política de conduzir o sistema de saúde numa determinada direção é, evidentemente, condição prévia e determinante do desencadeamento do processo.

**Figura 8- Avaliação de Desempenho e Ciclo de Gerenciamento**



**Fonte:** Hurst & Jee- Hughes, 2001 - Adaptado de Nuthey and Smith, 1998

## 6. Quadros de referência teórico e conceitual

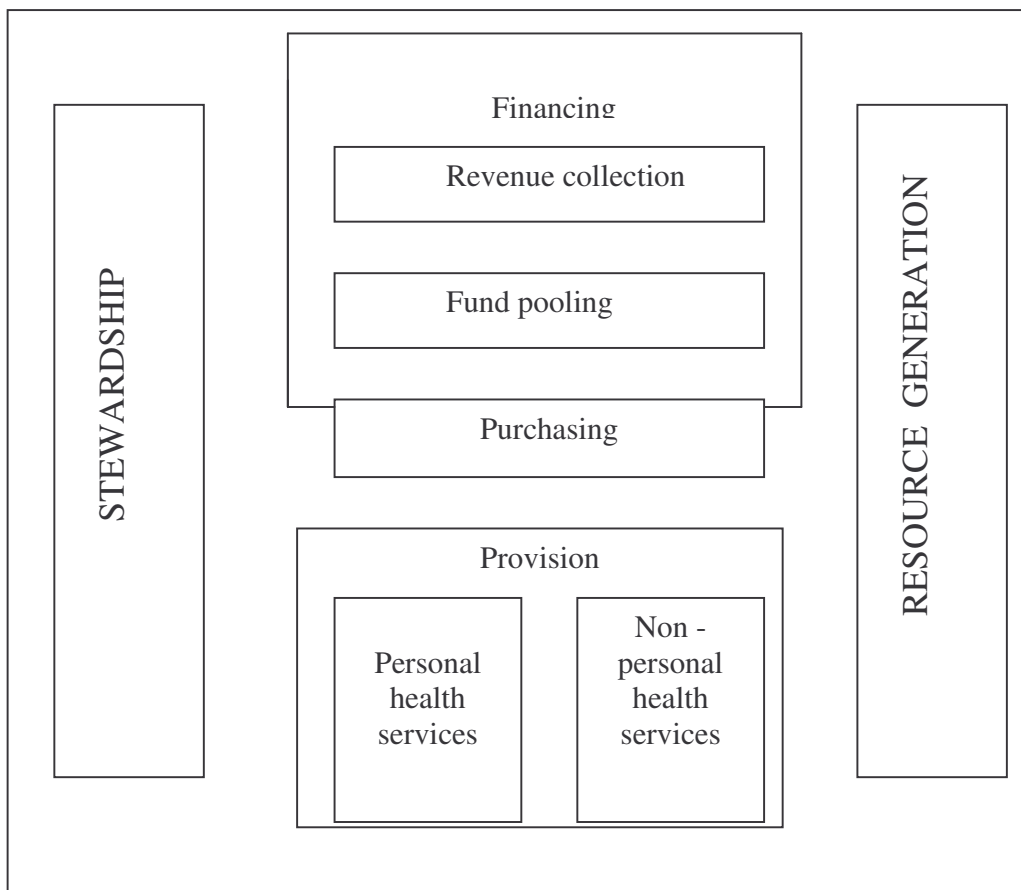
### 6.1. O quadro de referência do World Health Report 2000 (WHR 2000)

O quadro de referência utilizado pela OMS para avaliação dos Sistema de Saúde no *WHR 2000* parte de uma definição de sistema de saúde, suas metas e funções e tem as seguintes características:

1. Adota uma **definição de Sistema de Saúde** ampla e imprecisa, com objetivos pouco claros. Considera como parte dos Sistemas de Saúde todos os recursos, organizações e atores que realizam ou apóiam ações sanitárias (de proteção, fomento ou melhora da saúde), mas não inclui a educação.
2. Define **três metas** a serem atingidas pelos Sistemas de Saúde (melhora do estado de saúde; responsividade – um sistema que responda às aspirações legítimas do público; e justiça na contribuição financeira) e dois tipos de “componentes de avaliação” (nível médio e distribuição). Como resultado do cruzamento entre as metas e esses componentes, define cinco medidas de desempenho.
3. Identifica quatro **funções** dos Sistemas de Saúde decisivas para o alcance dessa meta: o financiamento (incluindo contribuições específicas, fundos setoriais e compras); a prestação de serviços de saúde (individuais e coletivos); a geração de recursos; e a condução do sistema – supervisão e orientação de todo o sistema público e privado (*stewardship*).

O esquema da Figura 9 demonstra graficamente as funções do Sistema de Saúde .

**Figura 9 – Funções do Sistema de Saúde**



**Fonte:** Murray, C.J.L. & Frenk, J. WHO, 2000,78 (6) p:724.

Esse quadro de referência considera a definição dos recursos financeiros setoriais como externa ao setor; a responsividade está referida apenas à assistência médica, sendo o acesso considerado um determinante e não componente da responsividade; e a eficiência é definida como o grau com que o sistema de saúde realiza a contribuição máxima possível às metas sociais em função dos recursos disponíveis, interna e externamente ao setor (Quadro 2).

**Quadro 2 - Quadro de referência para avaliação de sistemas de saúde proposto pela OMS (WHR 2000)**

<b>Componentes da avaliação</b>	<b>Média</b>	<b>Distribuição</b>
Metas ( <i>goals</i> )		
Melhora da saúde	<b>X</b>	<b>X</b>
Responsividade às expectativas	<b>X</b>	<b>X</b>
Justiça na contribuição financeira	–	<b>X</b>

**Fonte:** Murray, C.J.L. & Frenk, J. (2000).

Para a medida de desempenho dos diversos países e a definição de um *ranking* entre eles, trabalhou-se fundamentalmente com estimativas, uma vez que os dados e as informações necessárias para a construção do indicador composto utilizado não estavam todas disponíveis em todos os países.

## **6.2. Quadro de referência da OECD**

Ainda que não se oponha explicitamente ao quadro de referência proposto pela OMS, a OECD propõe algumas alterações que, de fato, modificam substancialmente a proposta da OMS: além de criticar o conceito de eficiência utilizado propõe dois outros, definidos pela própria OECD (1992): eficiência microeconômica e eficiência macroeconômica.

***Eficiência microeconômica:*** envolve comparação entre a produtividade medida dos Sistemas de Saúde, isto é, resultados (*outcomes*) e responsividade por recursos

financeiros gastos, e alguma estimativa da produtividade máxima possível, com um dado nível de recursos.

**Eficiência macroeconômica:** envolve examinar como as mudanças no nível dos recursos levariam aos resultados em saúde (*outcomes*) e à responsividade a níveis mais próximos, ou mesmo maiores, daqueles desejáveis, comparados com outros bens e serviços.

Esse *framework*, pensado complementarmente ao da OMS, teria as seguintes características (Quadro 3):

1. Inclui indicadores de resultados dos Sistemas de Saúde (*outcomes*) como parte integrante da avaliação de desempenho (eficiência microeconômica).
2. Inclui acesso como componente da responsividade, possibilitando avaliação da equidade.
3. Inclui o nível de gasto sanitário como meta dos Sistemas de Saúde (eficiência macroeconômica).
4. Exclui qualquer ponderação para avaliação de metas.
5. Refere a avaliação de desempenho a várias e distintas dimensões dos Sistemas de Saúde.
6. Restringe a avaliação de desempenho à assistência médica como *oposta* às atividades de saúde pública ou quaisquer outras mais amplas.

**Quadro 3 - Quadro de referência para avaliação de sistemas de saúde proposto pela OECD**

<i>Componentes da Avaliação Metas (goals)</i>	<i>Média</i>	<i>Distribuição</i>
Melhora da saúde/Resultados ( <i>outcomes</i> ) (+)	X	X
Responsividade e Acesso (+)	X	X
Contribuição financeira/Gasto em saúde (-)	X	X
	<b>Eficiência</b>	<b>Equidade</b>

**Fonte:** Hurst & Jee-Hughes (2001). Adaptado de Murray, C.J.L. & Frenk, J. (2000)

O próprio documento da OECD admite, porém, que *é mais fácil especificar as idéias em nível conceitual do que implementá-las* (Hurst & Jee-Hughes:2001:p29).

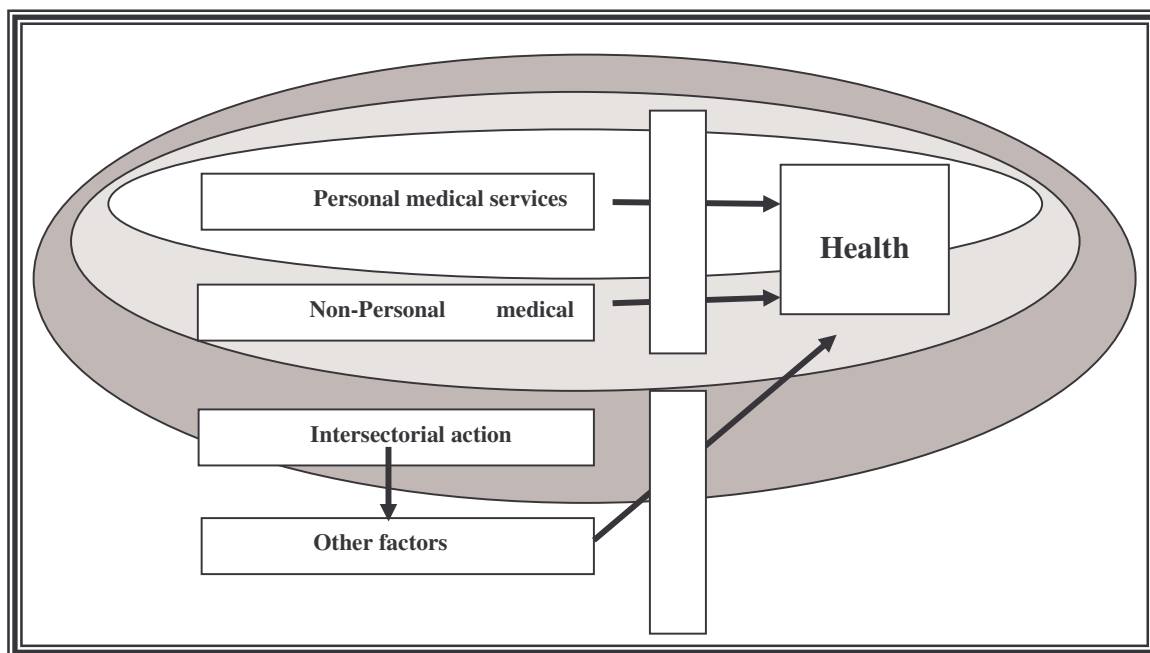
### **6.3. O quadro de referência da Organização Pan-americana da Saúde-OPS**

Em reunião internacional de consulta para avaliar o quadro de referência proposto pelo *WHR 2000*, a OPS propôs que uma definição apropriada e uma delimitação adequada dos SS devem estar vinculadas à noção de responsabilidade com a saúde da população, para além de identificar as diferentes dimensões dos Sistemas de Saúde (serviços de assistência médica, ações de saúde pública, ações inter-setoriais e qualquer outra voltada para a melhoria da saúde). Contrariamente ao que preconiza o *WHR 2000*, as ações dos serviços de saúde e ações intersetoriais não se traduzem diretamente em melhoria da saúde da população, existindo várias mediações que devem ser consideradas – acesso físico, custo, utilização, eficácia e qualidade, sendo difícil estabelecer relações causais específicas. Nessa perspectiva importa dimensionar “onde se quer chegar” e não a diferença entre “o que se fez” e “o que se poderia ter feito”, como propõe a OMS no *WHR 2000*.

Como conclusão a OPS recomenda que, uma vez que as definições e os objetivos dos sistemas de saúde variam entre países, a avaliação de desempenho não deve ser um fim em si mesma e nem ser encaminhada como um exercício puramente acadêmico, mas deve voltar-se para orientar o desenvolvimento de políticas, estratégias e programas dos SS, além de estar centrada na avaliação quantitativa e qualitativa do grau de realização de objetivos e *goals* dos SS. A avaliação de desempenho implica considerar as diferentes funções do sistema – geração de recursos; financiamento, prestação de serviços e condução (*sterwarship*); além de incorporar, desde o início, os vários níveis de análise (nacional, intermediário e local); as diferentes funções do sistema de saúde e os diferentes atores envolvidos. E a eficiência deve ser considerada apenas como uma entre outras dimensões do desempenho, tais como, equidade, efetividade, aceitabilidade, satisfação etc. Os métodos e indicadores de avaliação devem ser estabelecidos por consenso e requerem a medição de distintas dimensões do desempenho geral do sistema (indicadores finais ou macro) e dos diferentes componentes do sistema (indicadores intermediários, instrumentais ou micro);

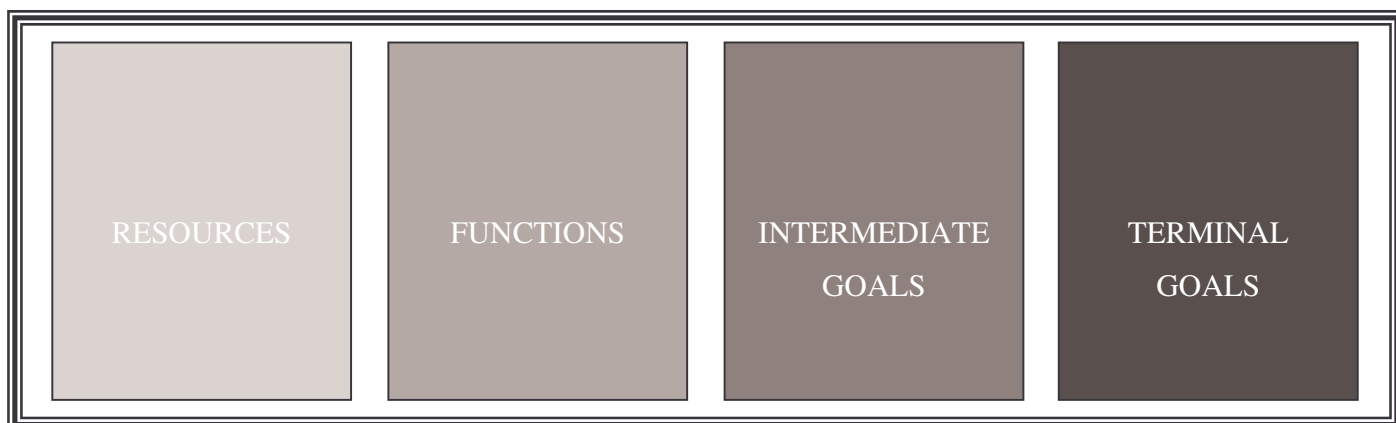
Propõe-se desenvolver um modelo teórico que oriente a avaliação de Sistemas de Saúde, levando em consideração a noção de responsabilidade, os recursos disponíveis, as funções do Sistema de Saúde, os resultados ou objetivos intermediários e objetivos finais do sistema. As figuras 10, 11 e 12 sintetizam esse modelo.

**Figura 10 - Defining the health system**



**Fonte:** PAHO/WHO (2001) Health Systems Performance Assessment and Improvement in the Region of the Americas. Washington, D.C.:PAHO/WHO.

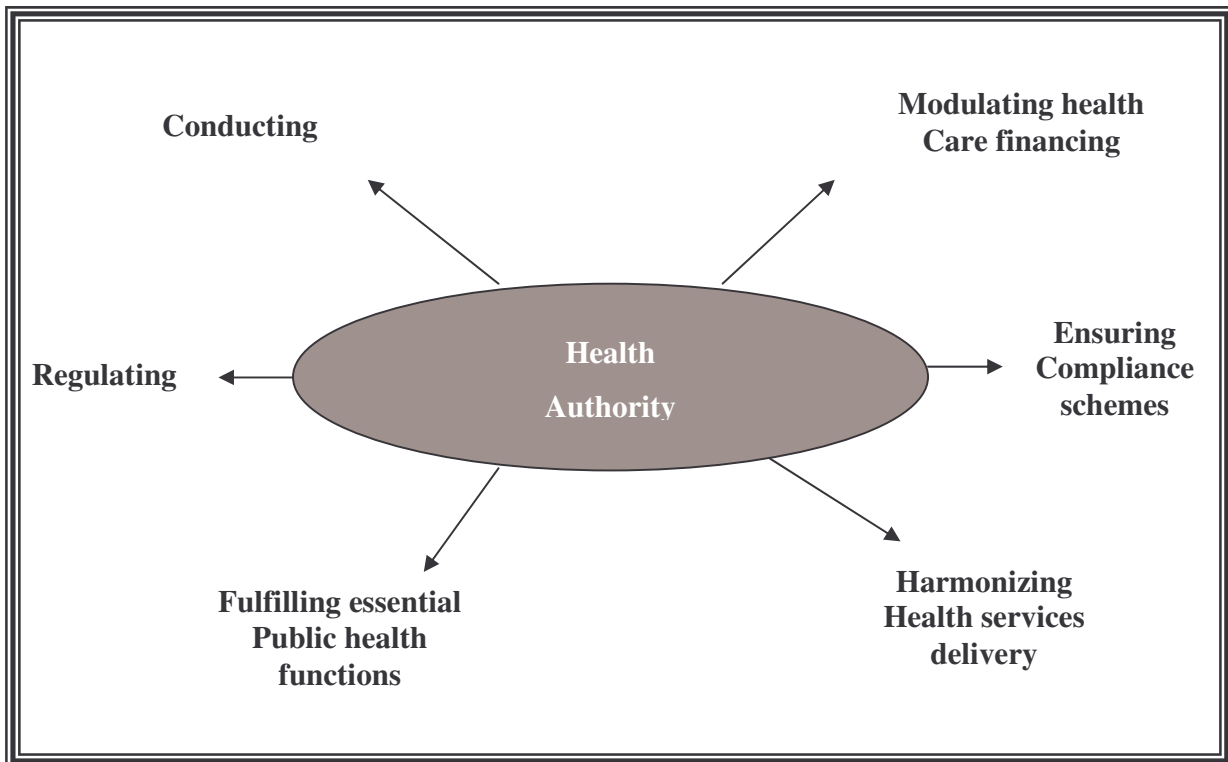
**Figura 11 - A Possible Way to Characterize Health Systems Performance Assessment**



**Fonte:** PAHO/WHO (2001) Health Systems Performance Assessment and Improvement in the Region of the Americas. Washington, D.C.:PAHO/WHO.



**Figura 12 - Stewardship**



**Fonte:** PAHO/WHO (2001) Health Systems Performance Assessment and Improvement in the Region of the Americas. Washington, D.C.:PAHO/WHO.

A OPS propõe ainda considerar as mudanças “desejáveis” e as “possíveis”, definidas em bases realistas, e as diferentes alternativas para a medida dos *outcomes* ou do cumprimento de metas, tais como: *Alternativa 1* – definição dos indicadores parciais (intermediários) de desempenho do sistema (alcance de metas) a partir de hipóteses sobre as relações causais entre intervenção e seus efeitos; e *Alternativa 2* – não considerar na seleção dos indicadores de resultado (alcance de *goals*) a atribuição causal, seja esta do sistema de saúde ou de outros determinantes, medindo-se o resultado e *a posteriori* buscar as causas, através de procedimentos estatísticos multivariados. Também foi proposto: introduzir uma nova dimensão de análise, denominada *Cobertura Eficaz*, entendida como “obter atendimento e se beneficiar do cuidado recebido”, elaborando-se indicadores pertinentes para medi-la; e proceder a uma cuidadosa seleção de indicadores, com base em consultas sucessivas, definição prévia das funções a serem avaliadas e disponibilidade de informação de qualidade e com custos compatíveis, identificando-se um conjunto mínimo de indicadores a serem monitorados rotineiramente pelos países.

#### **6.4. Os países estudados: Reino Unido, Canadá, Austrália e EUA.**

Vários países membros da OECD estão desenvolvendo quadros de referência e indicadores de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde (AIHW,2000; CIHI, 2001; DH/NHS, 2002; US/DHHS, 2000) . Da análise dessa literatura, três experiências foram estudadas em maior profundidade (Reino Unido, Austrália, Canadá) porque são sistemas de saúde estruturados segundo princípios de universalidade e responsabilidade pública pela saúde de suas respectivas populações, o que os aproxima da proposta do SUS. Além disso, são os que apresentam uma trajetória histórica que desembocou em propostas concretas de avaliação de desempenho. Quanto aos EUA, está sendo estudado por contraste quanto ao modelo de atenção, mas também pelos possíveis avanços na avaliação de desempenho dos serviços oferecidos pelos planos de saúde privados.

A dinâmica recente desse processo de discussão em alguns países é ilustrativa: cada vez mais o debate tem enfatizado os aspectos políticos das políticas de saúde (Smee, 2002) e tem suscitado a revisão dos objetivos dos sistemas de serviços – o que se quer com as reformas? A questão do desempenho dos serviços de saúde, ponto central dessa agenda, tem obrigado a reflexão sobre o que se entende por sistema de saúde (Wolfson & Alvarez, 2002:134) e quais objetivos do sistema que se pretende priorizar. Essa dinâmica tem apontado para a mudança de foco nos controles, monitoramentos e mecanismos de indução.

As diferenças entre eles, sobretudo entre Reino Unido e Canadá, são elucidativas de diferentes opções sobre os objetivos e dimensões dos Sistemas de Saúde que são objeto de avaliação de desempenho.

##### **6.4.1. Reino Unido**

O *National Health Service (NHS)* do Reino Unido, historicamente se caracteriza pela condução centralizada do sistema de saúde, mesmo após a reforma conservadora de 1989 que introduziu a separação entre financiamento e provisão e elementos descentralizadores (contratualização em diferentes níveis do sistema), além de novas responsabilidades regulatórias e de gerenciamento do desempenho para o nível central. Desde 1997 (*The New NHS*), o foco da avaliação de desempenho se deslocou das atividades realizadas e da eficiência para a questão da qualidade e da avaliação de resultados. Embora o *NHS* tenha um longo percurso de definição e implementação de medidas e desempenho,

desde 1997 o governo trabalhista formulou e vem implementando uma nova concepção (*Performance Assessment Framework-PAF*, 1997, e *NHS Performance Indicators*, 2001), que parte da experiência acumulada anteriormente e da sua análise crítica (Smee, 2002). O sistema anterior colocava ênfase no controle interno dos gerentes locais e não na responsabilização pública ou gerenciamento de desempenho propriamente dito; os indicadores eram desenhados a partir do conjunto existente de dados administrativos de rotina, estavam centrados exclusivamente em atividades e custos, dando pouca ou nenhuma atenção a resultados ou eficiência. Tinham utilidade limitada para avaliação das regiões e da responsabilização pública pelo sistema, além de despertar pouco interesse dos políticos e da população. Alguns aspectos eram positivos (ponderação das atividades segundo custos e estabelecimento de medidas de listas de espera) e outros negativos (comportamentos inesperados, incentivos para redução ou transferência de custos independente do impacto na qualidade da atenção).

Vale mencionar também que o estabelecimento de medidas de produtividade de hospitais foi iniciado nos anos 80 concomitante à reforma do gerenciamento do sistema hospitalar (1983). Desde então passou a ser feita anualmente e registram-se aumentos progressivos da produtividade. Houve uma aceleração dessa taxa de aumento com a reforma de 1991, com a introdução de mecanismos competitivos (Mercado interno). Em 1995 o ganho em produtividade hospitalar (desde 1979) alcançou o ganho de produtividade da economia geral (indústria de serviços). Em 1996, surgiram dúvidas sobre a efetividade dessa medida, suspeitando-se que esse ganho em produtividade estava sendo feito às custas de piora da qualidade da atenção. Atualmente, o *NHS* está diminuindo os incentivos competitivos para hospitais e está introduzindo um conceito ampliado de eficiência hospitalar que inclui elementos de qualidade e equidade na atenção. As novas metas são estabelecidas utilizando essas medidas e incentivos na forma de “ganhos na autonomia gerencial”. O sistema de monitoramento do cumprimento da meta implantado anteriormente combinava a fixação de padrões com um “painel de sinalização” (vermelho, amarelo e verde), substituído posteriormente pelo sistema de “estrelas” (uma, duas ou três estrelas). As metas são ambiciosas, mas alcançáveis, definidas para áreas chave, fixando-se um padrão básico nacional para indicadores chave sobre estado de saúde, doenças, listas de espera, qualidade da atenção e eficiência. As *benchmarks* são revistas periodicamente.

O novo **quadro conceitual** foi definido como um conjunto de instrumentos gerenciais designados para assegurar um desempenho ótimo e sustentado do sistema de saúde, alinhado com os objetivos da política de saúde (Smith, Rice & Carr-Hill, 2001). O **objetivo central** é identificar como um sistema de medida de desempenho pode ser utilizado para maximizar os impactos favoráveis e minimizar as conseqüências adversas da operação do sistema de saúde. Está baseado no “*balanced score card*” (Kaplan & Norton, 1992), desenvolvido nos EUA, e partiu da identificação dos aspectos dos sistemas de saúde mais valorizados pelos diferentes atores presentes na arena decisória e de execução, na perspectiva de avaliar aspectos do desempenho que fossem valorizados pelos usuários, *policy makers* e governantes (Plano Decenal do *NHS*, *NHS Plan 2000*).

As dimensões definidas no quadro de referência foram:

1. Melhora da saúde (*health status*)
2. Acesso equitativo
3. Provisão de assistência médica efetiva e apropriada
4. Eficiência
5. Experiências dos pacientes e dos profissionais sobre o cuidado
6. Resultados da atenção prestada pelo *NHS*.

As Figuras 13 e 14 apresentam graficamente o quadro de referência formulado no Reino Unido para a avaliação de desempenho do *NHS*.

Figura 13 – Elementos chave na estratégia de qualidade da atenção no *NHS* (retirado do *A First Class Service*)

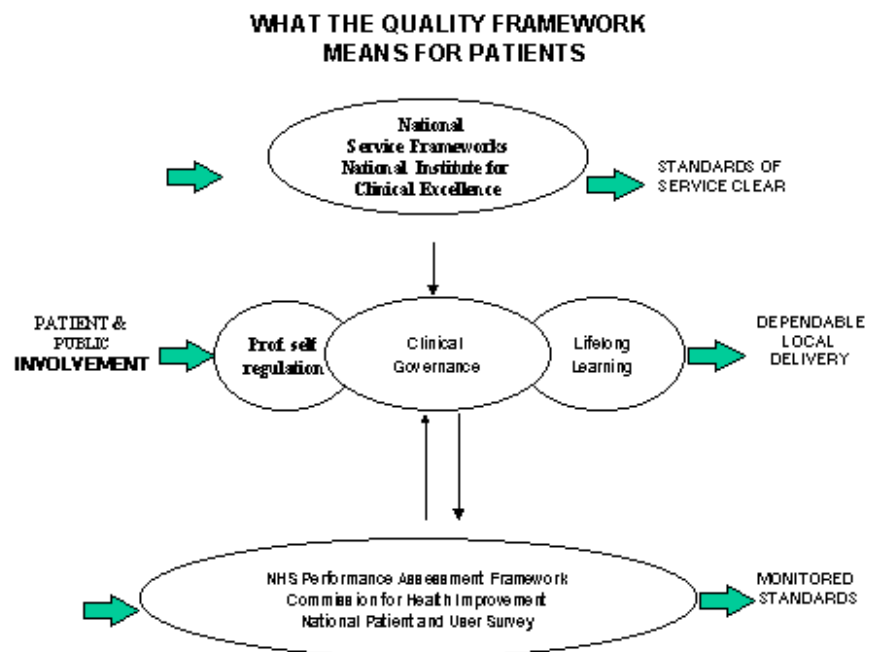
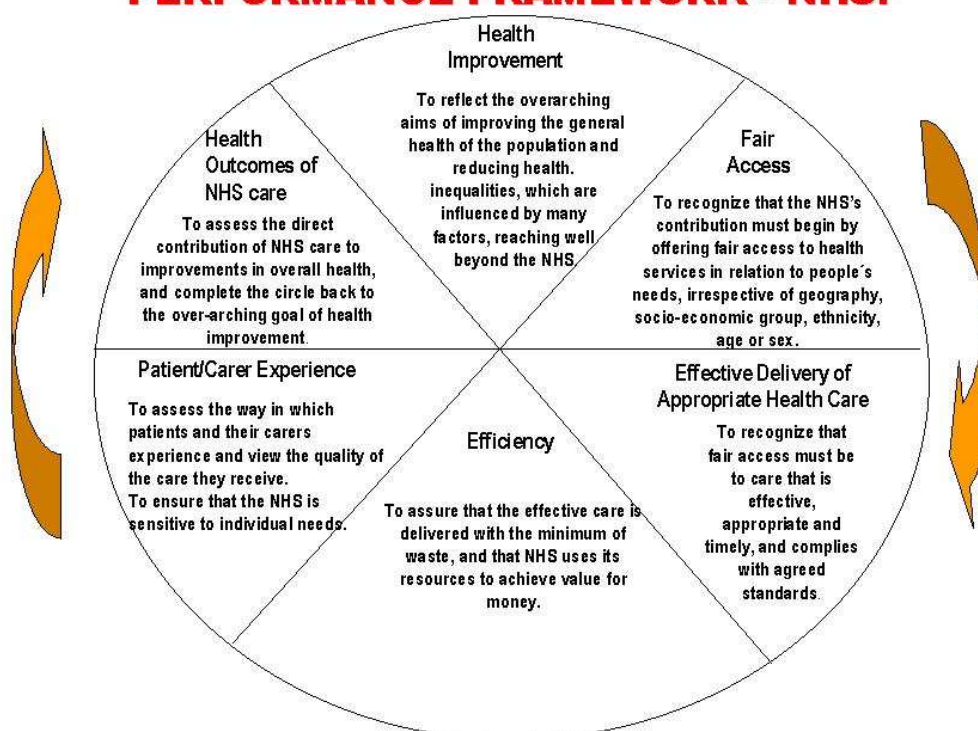


Figura 14 – Referencial teórico do Modelo de Avaliação do Reino Unido

## PERFORMANCE FRAMEWORK - NHS.



Source: DH-NHS Performance Indicators: February 2002.  
<http://www.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators/2002/index.html>

Como monitoramento, comparação e avaliação de medidas de desempenho por si só não melhoram o desempenho, outras iniciativas políticas foram anunciadas concomitantemente, tais como definição de padrões, metas e incentivos para mudança de comportamento (fundos específicos, sistema de classificação, prêmios e punições, apoio especializado organizado em novas agências etc.), na perspectiva de utilizar as medidas de desempenho para impulsionar a melhora do desempenho.

Algumas iniciativas políticas foram anunciadas conjuntamente – 1997 (*The New NHS*) e 2000 (*The NHS Plan*) e uma análise do desenvolvimento do processo de avaliação (Smees, 2003) apontou para os seguintes tópicos:

1. Mecanismos para definição de padrões e metas que permitissem clara identificação de baixo desempenho, nos contratos de serviço público e de provisão de serviços.
2. Incentivos para mudança de comportamento para superar tendência usual ao conservadorismo:
  - *National Performance Fund*: recursos para incentivos desenhados e implementados localmente entre os serviços, dirigidos para superar desafios, fortalecer inovações, ajudar o sistema a funcionar integradamente e NÃO para premiar *staff* pelo que devem fazer normalmente.
  - Estabelecimento de um sistema de classificação de desempenho (*NHS Performance Rating System, 2002*), baseado no cumprimento de metas-chave e no *balanced scorecard* construído com medidas de aspectos dos pacientes, clínicos e do *staff* (0-3 estrelas). Esse ranqueamento substituiu o “painel luminoso” anterior (luz vermelha, amarela e verde). A intenção foi melhorar a responsabilização pública e enfatizar os desempenhos positivos e negativos.
  - Estímulo à inovação local - definição de maior ou menor autonomia no acesso e uso dos recursos do Fundo, maiores ou menores controles centrais e possibilidade de transformar-se em projetos pilotos, obter apoios específicos etc. Aqueles serviços classificados com zero estrelas são submetidos a período de observação.
3. Novos contratos para médicos hospitalares e generalistas (em negociação).
4. Apoio para a mudança, sobretudo para aqueles que querem mudar, mas não sabem como fazê-lo: apoio de especialistas:
  - 1997 – o anúncio da “governança clínica” e estabelecimento *Comission for Health Improvement*: escrutínio independente dos esforços locais para melhora da qualidade e ajudar a direcionar/gerenciar os problemas mais graves.
  - 2000 – (NHS Plan) – disseminação de melhores práticas para facilitar intercâmbios e apoios, trabalhando conjuntamente com os serviços.

Segundo Smee (2003), a implementação dessas novas medidas está apenas começando e a experiência de utilizar esses indicadores no NHS é recente e muito menor que aquela de elaborá-los, mas alguns aspectos merecem destaque e já se configuram como um aprendizado:

1. Desenvolver e implementar medidas de desempenho para melhorar o desempenho do sistema é um longo e árduo caminho.

2. Desenvolver bons indicadores de desempenho é uma tarefa complexa e intensiva em termos de recursos (financeiros e técnicos).
3. Parcimônia: selecionar um conjunto pequeno e equilibrado de indicadores compostos ou sentinelas é mais efetivo que tentar cobrir todos os aspectos do desempenho (objetivos políticos da avaliação). O sistema de classificação de desempenho do *NHS* tem a metade dos indicadores do *PAF*.
4. Iniciar com os dados que estão disponíveis e o processo de desenvolvimento e utilização dos indicadores apontará para o que falta.
5. Requer um investimento pesado em dados de qualidade, relevantes e fidedignos; em tecnologia de informação; e em desenvolvimento de novas capacidades analíticas (treinamento).
6. Pensar em *outcome*, mas usar indicadores de *output* e processo nas etapas iniciais e *proxies* válidos e viáveis que possam representar resultados desejados/esperados.
7. Governos e administrações estão mais interessados em avaliar planos e unidades de financiamento e custos; mas a população, pacientes e usuários, estão mais interessados no desempenho de pequenos provedores e na assistência em condições particulares.
8. Diferentes *stakeholders* requerem diferentes conjuntos de dados, diferentes interesses e atividades: cuidado com as “camisas de força” (rigidez).
9. Para ganhar credibilidade e garantir utilização são necessárias consultas periódicas e com amplo espectro de *stakeholders*.
10. É necessário algum grau de estabilidade no tempo, para o engajamento em programas de melhora de desempenho.
11. Para que as medidas de desempenho sejam mais efetivas para a melhora do desempenho dois desenvolvimentos paralelos são necessários:
  - Responsabilização nacional e local → melhor investir em menor número de metas alinhadas com os objetivos políticos.
  - Maior ênfase na promoção de auto-comparações e *benchmarking*, particularmente para médicos e investir em indicadores desenvolvidos com a participação de profissionais e pacientes.
12. É importante descartar rapidamente os instrumentos que induzem ou geram incentivos perversos ou que se mostram inefetivos.



13. A efetividade das medidas de desempenho depende criticamente da forma de apresentação: a grande *midia* tem vantagens comparativas em relação aos tecnoburocratas; enfoques criativos, tipo de gráficos etc.

#### 6.4.2. Canadá

No caso do Canadá, país descentralizado por excelência, os objetivos do sistema de saúde são constitucionalmente nacionais, mas a responsabilidade pela saúde e pela provisão e gerenciamento de serviços é provincial, operada a partir de entidades regionais. O nível federal, por sua vez, tem papel fundamental na formulação da política de saúde e no *enforcement* de seus princípios, na pesquisa e na informação (CIHI, 2001; Wolfson & Alvarez, 2002). Nas últimas décadas, as revisões têm caminhado na perspectiva de consolidar a idéia de que saúde é mais do que assistência médica e provisão de serviços e, portanto, o sistema de serviços de saúde vai muito além de hospitais e médicos (Wolfson & Alvarez, 2002). A maior responsabilização perante o público, melhor gerenciamento dos recursos, ênfase na promoção da saúde e serviços centrados na comunidade são considerados fatores mais importantes que o aumento dos recursos financeiros. Uma nova perspectiva sobre avaliação de desempenho do sistema permeou todo esse debate trazendo como conseqüência a prioridade para a questão da informação necessária para um processo de tomada de decisões baseado em evidências e a comparabilidade de resultados em todos os níveis.

É preciso lembrar que o Canadá vem desenvolvendo um processo longo de construção de um sistema nacional de avaliação de desempenho nacional há quase duas décadas e pelo menos seis diferentes quadros de referência foram elaborados (Green, 2003). Várias comissões foram instituídas em nível nacional, com participação de diversos atores, e produziram relatórios e propostas sobre o tema. Pela própria natureza do federalismo e do sistema de saúde canadense, que contempla grande autonomia das províncias, o governo central tentou implantar mecanismo que vinculavam o repasse financeiro ao cumprimento dos padrões de desempenho pré-fixados. Essa iniciativa não funcionou e algumas províncias implantaram sistemas independentes de avaliação de desempenho em dimensões específicas. Mais recentemente, foi retomada a proposta nacional, mas sem a vinculação ao

repassa, e o processo tem exigido permanentes negociações e trabalho conjunto com as províncias.

Historicamente as medidas de desempenho no Canadá eram definidas e motivadas por questões de controles de custo, capacidade de compra (*affordability*), necessidades de acreditação e controle de implementação de programas federais específicos (controle de tabaco, por exemplo); a informação utilizada focalizava na eficiência e nos *inputs*, os indicadores eram desenhados segundo recortes específicos ou “fotografias instantâneas” dos serviços em determinados momentos; a separação de informações sobre os serviços de saúde e sobre a saúde da população refletia o caráter desintegrado do sistema; e as variáveis sócio-econômicas eram amplamente ignoradas (Wolfson & Alvarez, 2002:138). O ambiente intelectual que se desenvolveu no Canadá, desde o Relatório Lalonde (1974), possibilitou a discussão e criação de quadros teóricos de referência sobre os amplos determinantes da saúde (*Canadian Institute for Advanced Research-CIAR* e Evans & Stoddart, 1994), além de que o *Population Health Program* enfatizou a necessidade de entender a saúde dos indivíduos ao longo de suas vidas (Wolfson & Alvarez, 2002). Todo esse processo levou a um Plano Estratégico endossado pelas províncias (1998) e à elaboração do *Health Information Roadmap* (CIHI & Statistics Canada, 1999), que teve como objetivo definir a seleção e interpretação de dados que refletissem acuradamente os elementos fundamentais do sistema de saúde que se pretendesse medir e, como consequência, surgiu um quadro de referência amplo (*comprehensive*) e enraizado na perspectiva dos determinantes de saúde, cujos antecedentes estão no relatório Lalonde (1974). A Figura 2 sintetiza o modelo de determinantes de saúde adotado como referência para o sistema de saúde canadense.

O início foi financiado pelo governo central e desencadeado pela realização da *Canadian Community Health Survey* (amostra de 130.000), respondendo a uma das principais demandas de uma consulta pública anterior: melhorar a parca disponibilidade de dados no nível local, sobretudo em relação ao estado de saúde e fatores de risco, com informação clara, coerente e acessível. Tanto a avaliação do desempenho do sistema quanto da saúde da população devem tomar em consideração um amplo conjunto de fatores que incluem, mas não se limitam à provisão de serviços. Em 1999 realizou-se a segunda reunião de consenso.

O “dashboard” proposto para o Canadá (Quadro 4) tem as seguintes dimensões e categorias:

1. Estado de saúde (condições de saúde, funções humanas, bem-estar e mortes).
2. Determinantes não-médicos da saúde (comportamentos, condições de vida e trabalho, fatores individuais/pessoais, fatores ambientais).
3. Desempenho do sistema de serviços (8 categorias baseadas na qualidade do cuidado e desenvolvidas pelo *Canadian Council on Health Services Accreditation* (1996):
  - responsividade – acessibilidade e aceitabilidade;
  - processos – continuidade, adequabilidade, competência e segurança;
  - resultados, relacionados a intervenções médicas ou de saúde – efetividade, eficiência.
4. Características da comunidade e do sistema de saúde (informações contextuais, geração de recursos, características populacionais – densidade, distribuição etária etc – e do sistema de saúde – nível de especialização, utilização etc).

A perspectiva da equidade corta transversalmente todas as dimensões e categorias, portanto, todas elas devem ser analisadas segundo essa perspectiva, utilizando as variáveis e indicadores mais apropriados a cada uma, que se resume no *framework* que se segue.

**Quadro 4 – Quadro de referência para avaliação de desempenho do sistema de saúde do Canadá**

E Q U I D A D E	<b>Estado de Saúde</b>			
	Condições de Saúde	Funções Humanas	Bem estar	Mortes
	<b>Determinantes de Saúde</b>			
	Comportamentos saudáveis	Condições de vida e saúde	Recursos Individuais	Fatores ambientais
	<b>Desempenho do Sistema de saúde</b>			
	Aceitabilidade	Acessibilidade	Adequação	Competência
	Continuidade	Efetividade	Eficiência	Segurança
	<i>Comunidade e características do sistema de saúde</i>			

**Fontes:** Hurst & Jee-Hughes (2000); Wolfson & Alvarez, 2002

A estratégia proposta para a implementação foi dupla:

1. Preencher o quadro de referência o mais completamente possível com informação disponível mesmo que não sejam ideais, constituindo conjunto inicial muito útil de indicadores.
2. Desenvolver iniciativas para construir uma infra-estrutura de dados mais coerente e integrada (*Canadian Community Health Surveys*), cujo sistema de informação e indicadores devem ser desenvolvidos de forma a fortalecerem-se mutuamente → analogia do *iceberg* para indicadores de saúde.

### 6.4.3. Austrália

O sistema de saúde australiano é um sistema complexo, com vários tipos de provedores e serviços e grande elenco de mecanismos de financiamento e regulação. É um sistema majoritariamente público, sendo que os estados e territórios são os principais responsáveis pela provisão e gerenciamento da atenção à saúde, incluindo as ações de saúde pública, e pela mediação das relações entre provedores, inclusive a regulação dos profissionais de saúde. Os recursos públicos federais (*Commowearth Government*) financiam grande parte da assistência médica e da pesquisa em saúde, a partir de dois esquemas nacionais básicos de subsídios: *Medicare* e o *Pharmaceutical Benefits Scheme*. Esses esquemas cobrem todos os cidadãos e subsidiam os pagamentos de assistência médica e grande parte das prescrições farmacêuticas. Os governos federal e estaduais financiam conjuntamente os hospitais públicos cujo acesso é gratuito para a população. Recursos federais, estaduais e municipais financiam ainda os serviços de saúde pública, os serviços comunitários e de ambulância, além de atendimentos especiais para idosos e descapacitados. Existem também os seguros privados de saúde e os pagamentos privados diretos, segundo opção do paciente. Esse arranjo estrutural do sistema de saúde propõe-se a provisão de serviços de saúde para todos os australianos, a custos aceitáveis ou sem qualquer custo e tornou-se um dos principais aspectos do sistema nos últimos 25 anos (AIHW, 2000; NHPC, 2000).

O primeiro contato do paciente com o sistema de saúde na maioria das vezes se dá a partir de um médico generalista (*General Practitioner*), de sua livre escolha, e são reembolsados totalmente ou em parte, segundo as taxas definidas pelo *Medicare*, dependendo dos arranjos de pagamento estabelecidos com os *GPs*. Para os cuidados especializados, os pacientes podem ser referidos para um médico especialista, para outros profissionais, para os hospitais ou outras organizações comunitárias. O acesso à emergência hospitalar é livre e gratuito, ou referenciado. Entretanto, o paciente pode escolher tratamento privado num hospital público e o *Medicare* subsidia os honorários médicos, assim como os planos de seguros privados. O sistema é regulado de várias formas.

Em 2000, foi criada a *National Health Performance Committee* (NHPC), por decisão da Conferência de Ministros de Saúde (1999), com o objetivo de desenvolver um quadro de referência para medir o desempenho do sistema de saúde. Anteriormente, o

*National Health Minister's Benchmarking Working Group* (NHMBWG) havia iniciado esse trabalho, concentrando-se inicialmente na assistência a doenças agudas.

Um *Discussion Paper* foi divulgado amplamente em fevereiro de 2000, entre as instituições do setor, organizações não-governamentais e a sociedade como um todo, e um primeiro seminário foi realizado em março de 2000, sob os auspícios do *National Public Health Partnership* (NPHP), para assessorar a NHPC em relação a questões populacionais que orientassem a elaboração do quadro de referência, assim como na elaboração de critérios para a seleção de indicadores de desempenho, levando em consideração o trabalho acumulado já existente (NPHP, 2000). Em julho de 2000 a NHPC realizou um segundo seminário para discutir o quadro de referência proposto. Uma força tarefa temporária foi criada com a participação conjunta da NHPC e a NPHP, chamada *Population Health Taskforce on Performance* (PopToP) para assessorar na produção de exemplos de indicadores a serem utilizados.

Durante o processo, cerca de quatro relatórios foram produzidos, com diferentes frameworks. Uma ampla gama de quadros de referência foram analisados: o *Australian Institute of Health and Welfare conceptual framework for health*; o *Healthy People 2010*, dos EUA; o quadro de referência para avaliação da qualidade do Reino Unido; e o do *Canadian Institute of Health Information*. Este último foi selecionado e adaptado para a Austrália, desenvolvido a partir da *Canadian Roadmap Initiative*, estabelecida em 1999 (NHPC, 2000).

Um esquema conceitual para o sistema de saúde foi também elaborado e apresentado em 2000, ilustrando as relações entre os componentes do sistema de saúde.

A Comissão recomendou e estimulou o uso do quadro de referência conceitual para medida de desempenho em todos os níveis do sistema. Fundamentalmente, o quadro de referência é uma estrutura que deve orientar a compreensão e a avaliação do SS. Consiste em três dimensões e um total de 18 categorias, assim distribuídas:

- Estado de saúde e resultados (condições de saúde, funções humanas, esperança de vida e bem-estar e mortes).
- Determinantes da saúde (fatores ambientais, fatores sócio-econômicos, capacidade comunitária, comportamentos em saúde e fatores individuais).

- Desempenho dos sistemas de saúde (efetividade, adequação, eficiência, responsividade, acessibilidade, segurança, continuidade, capacidade e sustentabilidade).

A equidade é uma dimensão considerada transversal a todas as demais, cujas medidas devem sempre tomá-la em consideração. O mesmo se define em relação à qualidade da atenção.

O dashboard proposto para avaliação do desempenho é, portanto, muito semelhante ao do Canadá. O Quadro 5 abaixo resume as dimensões e categorias propostas.

**Quadro 5 – Quadro de referência para avaliação de desempenho do sistema de saúde da Austrália**

<b>Estado de Saúde e Resultados</b>			
Quão saudáveis são os australianos? Saúde é o mesmo para todos? Quais as melhores oportunidades para melhorar?			
Condições de Saúde	Funções Humanas	Esperança de Vida e Bem-estar	Mortes
<b>Determinantes da Saúde</b>			
Os fatores determinantes da saúde estão mudando para melhor? São os mesmos para todos? Onde e para quem estão piorando?			
Fatores Ambientais	Fatores Sócio-econômicos	Comportamentos em Saúde	Fatores Individuais
<b>Desempenho do Sistema de Saúde</b>			
Quanto o sistema de saúde está colaborando para a provisão de serviços de saúde de qualidade para melhorar a saúde de todos os australianos? Esses resultados são os mesmos para todos?			
Efetividade	Adequação	Eficiência	
Responsividade	Acessibilidade	Segurança	
Continuidade	Capacidade	Sustentação	

Fonte: NHPC (2000).

De uma maneira geral, acredita-se que esse quadro de referência é um instrumento válido para identificar tendências e padrões de desenvolvimento do sistema, informar os

tomadores de decisão e avaliar os progressos conseguidos no enfrentamento dos desafios de saúde da população. Entretanto, ainda não houve tempo suficiente de implementação para qualquer conclusão sobre a sua utilização. Seriam três os principais desafios a serem enfrentados: a) insuficiência de dados clínicos confiáveis e válidos e limitações na qualidade e utilidade dos dados administrativos e dificuldades na sua articulação; b) dificuldades na identificação de um conjunto de indicadores significativos em escala nacional úteis para o monitoramento de atividades nos serviços; c) a desconfiança dos gestores quanto à utilização dos indicadores como instrumento para redução nos recursos a serem transferidos (McLoughlin et al, 2001).

#### **6.4.4. Estados Unidos**

Os EUA têm um sistema de saúde bastante complexo, majoritariamente privado, descentralizado e extremamente fragmentado. A cobertura de seguros de saúde privados é amplamente centrada no mercado formal de trabalho e, em consequência, nos empregadores, que recebem incentivos tributários para a provisão de cobertura de assistência médica para seus empregados. Cerca de 51,5% da população total dos EUA, em 2000, estava coberta por seguros privados de saúde vinculados ao empregador. De uma maneira geral, os empregadores contratam uma ou mais modalidades de planos de saúde para prover essa cobertura, que é extremamente variada entre as diferentes empresas, possibilitando escolha pelos empregados em alguns casos. Em 2000 cerca de 55% dos empregados do mercado formal podiam escolher o plano de saúde (em 1996 essa cifra era 50%).

Os programas públicos de saúde cobrem parcelas específicas da população, totalizando aproximadamente 34,5% da população total: O programa federal *Medicare* cobre 39 milhões de pessoas acima de 65 anos de idade e incapacitados; o programa conjunto *Medicaid* (financiado pelo governo federal e pelos estados, mas implementado basicamente pelos estados) cobre cerca de 41 milhões de pessoas de baixa renda (segundo uma linha de pobreza pré-definida). Existem outros programas federais dirigidos a grupos específicos, que cobrem 18 milhões de pessoas: o do Departamento de Defesa, do Departamento dos Veteranos de Guerra e o dos funcionários públicos federais. De uma maneira geral esses diferentes programas oferecem distintos planos de saúde (contratados



aos setores público ou privado, dependendo do local) e em algumas áreas podem ser escolhidos pelos beneficiários. Finalmente, ao redor de 39 milhões de norte-americanos (14% da população total) não possuem nenhum tipo de cobertura em saúde no ano 2000, tendo que pagar diretamente de seu próprio bolso, utilizar serviços beneficentes e de caridade ou outras opções (Reilly *et al*, 2002).

De uma maneira geral, os planos de saúde nos EUA são do tipo seguro de saúde ou *managed care*, tendo esta última modalidade crescido muito nos últimos anos, existindo ampla variedade desse tipo de plano que, em geral, impõe limites à livre escolha e utiliza incentivos para controle de custos, da demanda e utilização de serviços.

Historicamente, os esforços de avaliação de desempenho nos EUA estiveram fundamentalmente dirigidos para a provisão de informação que apoiassem a escolha de planos de saúde, seja pelos empregadores ou organizações governamentais, seja pelos consumidores.

Entretanto, na década de 90 o *U.S. Department of Health and Human Services (DHHS)* iniciou uma série de atividades para aprofundar uma definição de desempenho, definir medidas e estimular a responsabilização dos prestadores de serviços com esses objetivos. Vários trabalhos técnicos foram desenvolvidos e encontros regionais foram realizados, desde 1995, para definição de medidas de desempenho em programas selecionados. Antes e depois dessas reuniões o *DHHS* tem trabalhado em várias frentes, em nível estadual e local, visando a efetiva adoção dessas medidas.

O *DHHS* define as medidas de desempenho como uma forma de estimular os diferentes componentes dos sistemas (agências de saúde, públicas e privadas, e diferentes programas) a trabalharem na perspectiva do enfoque gerencial dirigido para a obtenção de resultados, a partir da cooperação e estabelecimento de parcerias entre os distintos *stakeholders* do sistema. A partir dessa iniciativa, vários estados e agências locais de saúde desenvolveram suas próprias propostas de avaliação de desempenho, mas de uma maneira geral, tanto o nível central, quanto os demais níveis de governo, têm encontrado inúmeras dificuldades e barreiras à implementação dessas medidas.

Essas mudanças do governo em relação à preocupação com resultados foram catalisadas principalmente por dois eventos, por iniciativa federal, mas que repercutiram nos demais níveis de governo:

1. Aprovação do *Government Performance and Results Act (GPRA, Public Law 103-62, 1993)*.
2. Implementação da *Vice President Al Gore's National Performance Review (NPR)*.

O *GPRA* é um mandato legislativo para melhorar a eficiência e efetividade dos programas federais, estabelecendo um sistema de metas de desempenho e medidas de resultados (Cozzens, 1995). O Ato apresenta um quadro de referência e um cronograma segundo o qual devem ser apresentados planos estratégicos e medidas de desempenho, de longo prazo e anuais. A Lei foi resultado de um trabalho comissionado pelo governo, com participação de várias agências, com o objetivo de reformar o modo de atuação do governo federal.

Desde o início dos anos 90, várias outras iniciativas vinham apontando nessa direção. Especificamente no campo da saúde pública, diversos relatórios publicados referiam-se à responsabilização com os resultados, mas nenhum aludia à avaliação de desempenho. Em 1994, por solicitação do *DHHS*, o *Institute of Medicine* indicou um comitê coordenador para realizar um estudo de dois anos com o objetivo de examinar como um sistema de monitoramento de desempenho poderia melhorar a saúde pública. O relatório de 1997 – *Improving Health in the Community: A Role for Performance Monitoring* – apresentou um quadro de referência conceitual sobre o tema. Ainda em 1997, sob a liderança do *DHHS*, foi criado o *Healthy People 2000 Consortium*, com 342 organizações-membro, que partindo da revisão do *HP 2000*, propôs o *Healthy People 2010*.

No âmbito do setor privado a questão da avaliação de desempenho tem um longo percurso e os inúmeros programas de avaliação de desempenho existentes são na sua maioria desenvolvidos por organizações privadas não lucrativas, coalizões de prestadores ou de empregadores, sendo altamente fragmentados e descoordenados, seja entre níveis de atenção, seja entre os setores público e privado. Geralmente são medidas vinculadas a sistemas de acreditação. Inicialmente centradas basicamente nos custos, essas avaliações, ganharam muito impulso após a generalização dos mecanismos de *managed care*, levando a uma diminuição na taxa de crescimento dos gastos com assistência médica.

Duas iniciativas são particularmente importantes (Reilly *et al*, 2002): o *Health Plan and Employer Data Information Set (HEDIS)* e o *Consumer Assessment of Health Plans*

*Study (CAHPS)*. O *HEDIS* é um conjunto de medidas padronizadas de desempenho que avaliam a qualidade da assistência médica e dos serviços prestados pelos planos de *managed care*. Foi desenvolvido pelo *Committee for Quality Assurance (NCQA)*, uma organização privada não-lucrativa, conjuntamente com prestadores públicos e privados. Define 8 categorias de medidas :

1. Efetividade do cuidado.
2. Disponibilidade de acesso.
3. Satisfação com o atendimento recebido.
4. Uso dos serviços.
5. Estabilidade dos planos
6. Custos da atenção.
7. Escolha informada da assistência.
8. Informação descritiva sobre os planos de saúde.

O *CAHPS*, por sua vez, é uma iniciativa para coletar e relatar as experiências dos consumidores com seus planos de saúde. Inclui um protocolo de enquete rigorosamente testado para a coleta de informação nos seguintes tópicos:

1. Acesso a especialistas.
2. Qualidade da interação médico-paciente.
3. Serviços de apoio ao consumidor.
4. Exigências razoáveis de documentação e aprovação de procedimentos.

O desenvolvimento do *CAHPS* foi feito pela *Agency for Healthcare Research and Quality*, com aplicação seja para a população vinculada ao *Medicare* e ao *Medicaid*, seja aos planos privados de saúde. O protocolo mostrou-se efetivo e foi adotado amplamente, tendo sido promovido inclusive pelo *Medicare* e por várias agências do *Medicaid*.

Os estudos sobre os efeitos da divulgação desses relatórios de desempenho não são animadores. De uma maneira geral relatam que não tiveram grande impacto nos consumidores e, embora sejam utilizados pelos compradores de planos de saúde, os resultados não são conclusivos (Reilly *et al*, 2002).

A publicização desses dados também pode apresentar resultados não esperados: em alguns casos (como cirurgia coronariana) a divulgação dos índices de óbitos por esse tipo de cirurgia fez com que os médicos passassem a recusar operar pacientes com taxas de risco cirúrgico maior; por outro lado, alguns hospitais reorganizaram melhor o atendimento

para esses pacientes. Aparentemente, a publicização dos dados de avaliação de desempenho funcionaria mais para os gerentes das *HMOs* que organizam a prestação de serviços e não para a população. Atualmente, o foco de atenção em escala nacional está voltado para a qualidade da assistência, com a difusão de estimativas alarmantes quanto ao número de mortes decorrentes da falta de qualidade no sistema de saúde americano (Leatherman & McCarthy, 2002). Muitos dos pagadores dos planos de saúde (principalmente empregadores) ainda se baseiam nos custos, e não na avaliação de desempenho, embora cada vez mais solicitem e paguem para a elaboração dessas avaliações, apenas como mais um documento que outorgue maior “credibilidade” ao serviço. Autores referem que existem problemas com a qualidade dos dados e nas análises dos riscos e benefícios das intervenções (segundo esses indicadores) que carecem de evidências empíricas (Hurst & Jee-Hughes, 2000). Uma dificuldade específica para a avaliação do sistema de saúde americano decorre da sua fragmentação em setores estanques mas que interagem mutuamente no que diz respeito aos efeitos na saúde da população, não havendo informações tanto clínicas como administrativas que permitam algum tipo de integração, bem com a existência de grupos populacionais com graves problemas no acesso a qualquer tipo de atenção, o que dificulta muito a interpretação de indicadores de saúde populacionais e sua articulação com indicadores de cobertura (McLoughlin et al, 2001).

#### **6.4.5. A proposta da OPS**

Como resultado da reunião do Grupo de Trabalho da Região das Américas sobre Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde, reunido em Ottawa, Canadá, de 4-6 de setembro de 2001, promovido pela OPS e composto por representantes de Brasil, Cuba, Canadá, Jamaica, México e EUA, além da OMS, que não pode comparecer, houve consenso sobre o uso da estratégia de construção de *dashboard* para a avaliação de desempenho dos SSs. As definições das dimensões a serem avaliadas devem estar conectadas com os objetivos do sistema que se quer avaliar, como também estar centradas nos campos de ação que vão assinalar as áreas cruciais de necessidade de informação. Da mesma forma, cada país deve desenvolver indicadores de prestação de serviços segundo os problemas de saúde mais importantes, com o objetivo de poder elucidar a contribuição do

SS para resolver os problemas prioritários de saúde. Da mesma forma, a questão da equidade deve estar contemplada.

Por outro lado, a OPS enfatiza ainda que a reforma do Estado e os processos de descentralização levaram à necessidade da priorização da redefinição dos papéis institucionais no sistema de saúde. As reformas setoriais na região das Américas enfrentam ainda a necessidade de fortalecer a função de condução do sistema (*stewardship*, em inglês, ou rectoría em espanhol), sendo que uma parte importante desse papel consiste em exercer as funções essenciais que correspondem ao Estado em nível central, intermediário e local (OPS, 2001:13). Sendo assim, coloca a necessidade de introduzir na avaliação de desempenho a medida das chamadas “Funções Essenciais de Saúde Pública”, como a base para a melhoria da prática em saúde pública e para o fortalecimento da liderança da autoridade sanitária em todos os níveis do Estado.

O *dashboard* proposto pela OPS (Quadro 6) está bastante centrado na proposta canadense, introduzindo, como novidade a categoria de *stewardship*. Contem 4 dimensões, com distintas categorias, como especificado no esquema a seguir:

**Quadro 6 – Enfoque do “painel de controle” para a avaliação do desempenho dos sistemas de saúde (OPS)**

<b>Estado de Saúde</b>			
Condições de Saúde	Funções Humanas	Bem-estar	Mortes
<b>Determinantes Não-Médicos da Saúde</b>			
Comportamentos Em Saúde	Condições de Vida e Trabalho	Recursos Pessoais	Fatores Ambientais
<b>Sistema de Saúde</b>			
<i>Stewardship</i>  /Papel de Condução (Formulação de Políticas, Regulação, Funções Essenciais de Saúde Pública) ↓	<i>Financiamento</i>  (Distribuição e Equidade, Exclusão ou Inclusão) ↓	<i>Asseguramento</i>  (Grau de Cobertura segundo um Portifólio de Titulação para diferentes Grupos da População) ↓	
<i>Provisão de Serviços de Saúde</i> (Assistência Clínica - agudos, Preventiva, Atenção a Crônicos)  Acessibilidade, Efetividade & Qualidade (Segurança, Aceitação, Continuidade, Competência, Adequação) Eficiência, Sustentação			
<b>Características da Comunidade e do Sistema de Saúde (Recursos)</b>			
Características Demográficas, humanas, financeiras e recursos materiais, <i>outputs</i> da provisão da assistência médica.			

Fonte: OPS, 2001:42.

## 6.5. Análise comparativa dos quadros de referência estudados

De uma maneira geral, os sistemas de avaliação que vêm sendo implementados por esses países têm como características comuns:

1. Definem diferentes quadros de referência (segundo os distintos objetivos dos SSs e metas a avaliar) e as mesmas dimensões de desempenho são articuladas de forma diferente, entretanto com algumas similitudes. A proposta canadense constitui-se em uma referência importante.
2. Preocupam-se mais com a facilidade de operacionalização dos conceitos enquanto as organizações internacionais (como OMS, OECD e OPS) preocupam-se mais com definições em nível macro.
3. Os processos de elaboração dos quadros de referência são longos e trabalhosos, em geral com participação multi-institucional e acompanhados da realização de várias consultas ou seminários para estabelecimento de “consensos” quanto ao quadro teórico e conceitual, definição de indicadores etc.
4. O desencadeamento desses processos parte de ações de governo, em geral por iniciativa do nível federal.
5. Atribue-se maior ênfase nas dimensões de estrutura e processo como *proxy* de *outcomes*.
6. Não incluem medidas mais gerais de eficiência.
7. A maioria das iniciativas de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde é recente e não apresenta ainda resultados conclusivos.

Quanto às dimensões e indicadores utilizados, são bastante diferentes entre si (sobretudo em relação à questão da qualidade e eficiência). Entretanto, alguns elementos comuns possibilitam identificar quais as dimensões que vêm sendo privilegiadas: confirma-se concentração da avaliação nas dimensões de melhora da saúde/resultados e responsividade; pouco desenvolvimento da área de avaliação da equidade e ausência de indicadores de eficiência macroeconômica.

Os indicadores de resultados (*outcomes*) estão referidos a mudanças no estado de saúde de indivíduos e populações determinadas pela ação dos sistemas de serviços de saúde. Apontam-se algumas dificuldades na sua operacionalização, uma vez que é difícil

trabalhar com indicadores de resultados de base populacional usando as estatísticas rotineiras, bem como identificar que resultados podem, inquestionavelmente, ser atribuídos ao impacto da ação dos SSs. Sendo assim, praticamente todos os indicadores propostos pelos países em seus sistemas de avaliação são *proxy* de *outcomes*, isto é, medidas de estado de saúde (morbi e mortalidade, desde que suscetíveis à atenção à saúde) e medidas de processo de atenção (principalmente utilização, desde que altamente correlacionada com resultados). Num conjunto de 13 indicadores de resultados mais comumente utilizados pelos países, apenas 5 podem ser considerados de fato medidas de resultados das ações dos SSs e todos os demais são *proxy* de resultados (Hurst & Jee-Hughes, 2001).

O conceito de responsividade também varia muito nos diferentes sistemas de avaliação e as dimensões também são variadas, mas em geral contem elementos de satisfação, aceitabilidade e experiência do paciente. Os dois primeiros são mais relacionados com a *expectativa* do paciente; e o último com características “objetivas” da provisão, tais como, a “livre escolha” do tratamento. Os países, em geral, estão trabalhando com diferentes dimensões e conjuntos de indicadores de responsividade. Estes indicadores seriam, supostamente, de mais fácil obtenção, pela grande quantidade de *surveys* que vêm sendo realizados nos distintos países, sendo que as dificuldades estão mais relacionadas com a coleta da informação – instrumentos (definição de perguntas do questionário relacionadas com o conceito de responsividade que se quer trabalhar), desenhos amostrais etc.

Para efeitos de elaboração de comparações internacionais, há necessidade de uma “harmonização” das bases de dados disponíveis nos países para permitir a comparação de indicadores de desempenho.

Quanto aos indicadores de avaliação da equidade, estes são muito pouco desenvolvidos e as dificuldades estão relacionadas tanto à formulação quanto à operacionalização do conceito de equidade nos SSs, uma vez que a construção de um conjunto de indicadores relevantes como medida de equidade requer considerável quantidade de dados de boa qualidade. Enfatiza-se, porém, que em geral a equidade é colocada como uma “dimensão transversal”, isto é, que deve ser considerada por todas as demais.

No que toca aos indicadores de eficiência, a maioria propõe indicadores de microeficiência e bastante específicos. A experiência do Reino Unido pode ser considerada



uma exceção no que diz respeito aos indicadores de eficiência hospitalar, que vem sendo desenvolvidos desde os anos 70, como forma de monitorar a produtividade desses serviços, sendo que vêm sendo periodicamente revisados, sobretudo a partir dos anos 90, em função da implementação da reforma chamada “Mercado Interno”.

Por fim, no gerenciamento do desempenho existem grandes diferenças nos modelos instituídos pelos países, dependendo dos arranjos institucionais, do *mix* público/privado e do tipo de coordenação do sistema – controle gerencial público (Reino Unido, Canadá, Austrália) ou centrado em incentivos de mercado (EUA). De uma maneira geral, pode ser centralizado (Reino Unido), descentralizado (EUA), ou misto (Austrália, Canadá).

A participação do profissional médico nesses processos de avaliação e gerenciamento de desempenho é importante e presente em todos os sistemas, mas explicita-se a necessidade de lidar com as questões relativas ao monopólio profissional sobre a prática médica, a auto-regulação profissional e a dominância desse profissional no que concerne à avaliação da qualidade técnica da atenção. Sugere-se que, além dos mecanismos de *peer review* e de auditorias médicas, tradicionalmente utilizados, estes sejam complementados com avaliações externas feitas por outros profissionais, tais como gerentes, administradores etc. As dúvidas persistem tanto em relação ao conteúdo dessas avaliações externas quanto sobre a quem elas seriam dirigidas.

Em síntese, algumas conclusões podem ser resumidas dessa revisão:

1. Não existe consenso nem acordos sendo construídos entre as organizações internacionais e os países sobre conceitos e medidas de desempenho, ainda que existam pontos de contato entre as distintas metodologias que vêm sendo propostas ou aplicadas.
2. O desenvolvimento dos indicadores está ocorrendo em diferentes dimensões de medidas de desempenho e com distintas velocidades:
  - relativamente pouco progresso nas medidas de resultados em nível populacional (*outcomes*);
  - desenvolvimento maior nos indicadores de responsividade, mas faz-se necessária uma padronização e construção de consenso internacional;
  - muito pouco progresso nos indicadores de equidade;
  - pouco progresso no desenvolvimento de medidas globais e agregadas de eficiência dos SS dignas de confiança;

- a assimetria de informação entre profissionais da saúde (médicos), de um lado, e “consumidores” e gerentes leigos, do outro, não está recebendo a devida atenção;
  - diferentes atores (*stakeholders*) e distintas ações necessitam diferentes conjuntos de indicadores de avaliação de desempenho, o que remete a que os relatórios de desempenho devam conter indicadores agregados e desagregados, de forma a atender a diferentes audiências e clientelas.
  - o estabelecimento de **padrões** (ou *benchmarks*) para o desempenho é outro ponto crítico.
3. Existem similaridades e diferenças entre os países no “gerenciamento do desempenho”:
- A centralidade do papel do profissional médico é comum a todos os sistemas, mas reconhece-se a necessidade de revisão das práticas de auto-regulação profissional combinando-as com “auditorias” externas, baseadas em evidências, enfoque conjunto com medidas de avaliação de qualidade. Alguns países estão iniciando esse processo (como o Reino Unido).
  - As instituições responsáveis pelas “avaliações externas” variam muito nos países e o papel dessas instituições *vis a vis* a atuação profissional não é clara. Permanecem dúvidas sobre quem deve ser o receptor desses indicadores e quais incentivos devem ser criados para atuar sobre eles.
  - Problemas com publicização de dados: tem pouco efeito nos consumidores ou compradores de serviços; em geral funciona mais quando dirigidos aos organizadores da provisão (Reino Unido) ou empregadores, que pagam a conta do seguro (EUA).
  - Existem efeitos não esperados.
4. A análise dos dados deve enfrentar as seguintes dificuldades:
- Como discriminar nas variações do desempenho o que é controlável e incontrolável, isto é, o que é resultado da ação dos SS (*outcomes*) e o que não o é.
  - Como identificar o que deve ser acionado para melhorar o desempenho.
  - Quando (ou se) deve ser utilizado indicador composto.
  - Como estabelecer padrões ou *benchmarks* para avaliar o desempenho .
5. Todos esses processos são de longo prazo e permanentes, para permitir ajustes sucessivos e contínuos, além de que, necessariamente, devem ser concertados

nacionalmente, sobretudo nos países com sistemas descentralizados e com grande diversidade regional e fragmentação do sistema.

## 7. A questão da Equidade

Como visto até aqui, todos os quadros de referência discutidos trazem implícita ou explicitamente a idéia da equidade.

A avaliação de sistemas de saúde requer a seleção de características ou atributos relevantes dos mesmos que viabilizem a abordagem do problema do ponto de vista metodológico (Vieira da Silva, 1999) Tendo em vista que a existência de diferenciais na distribuição da morbimortalidade é um fenômeno universal (Black et al., 1982; Kunst & Mackenbach 1994, Fox & Benzeval 1995, Backlund, 1996; Marmot et al. 1997; Cambois, 2000; Puigpinos et al., 2000) e que, por outro lado, principalmente nos países periféricos como o Brasil, essa diferenciação também existe em relação ao acesso e utilização dos serviços de saúde, a medida das diferenças passa a ser fundamental para qualquer avaliação que pretenda uma maior aproximação com o real<sup>3</sup>.

### 7.1. Diferenças, Disparidades, Desigualdades e Iniquidades

O termo mais utilizado nos trabalhos revisados é desigualdade (*inequality*). Esse termo aparece frequentemente no sentido matemático, do oposto a igualdade, em estudos empíricos que medem diferenças na morbi-mortalidade (Marmot, 2002; Sturm e Grezenz, 2002; Raphael, 2001; Turrel e Mathers, 2001; Middelkoop et al., 2001, Hart et al., 2001; Wamala, et al. 2001; Deaton e Paxon, 2001; Salgado et al. 2001).

Em 1990, Whitehead elaborou documento para a OMS que posteriormente foi publicado no International Journal of Health Services onde ela distinguia *diferenças* ou *disparidades* em saúde (*differences* or *disparities*) das *iniquidades* em saúde (*inequities*) (Whitehead, 1992). Para essa autora, as *iniquidades* são diferenças que além de evitáveis são também injustas (Whitehead, 1992). Em uma nota de rodapé, essa autora explica que ela e a OMS não iriam utilizar o termo “*desigualdade*” devido a ambiguidade presente no uso do mesmo na literatura.

Seguramente essa é a autora mais citada na literatura internacional nos trabalhos revisados que discutem conceitualmente a equidade. Contudo, observa-se que parte dos autores a citam de forma imprecisa pois referem que ela distingue *desigualdade* (*inequality*)

---

<sup>3</sup> Para uma revisão sistemática da bibliografia veiculada pela lista [equidade@listsev.paho.org](mailto:equidade@listsev.paho.org) ver Anexo 1

de *iniquidade* (inequity) (Braveman & Tarino 2002, Alleyne 2001, Bambas e Casas 2001, Berenguela, 2001, Evans et al 2000, Ossanaí 1994, Metzger 1996)<sup>4</sup>. Inclusive em alguns artigos que a própria Whitehead é co-autora (Evans et al. 2001, Diderichsen 2000). Ao agirem assim, esses autores consideram desigualdade como sinônimo de diferenças.

Uma outra distinção encontrada freqüentemente é aquela entre equidade horizontal que corresponderia ao tratamento igual de iguais e equidade vertical que corresponderia ao tratamento desigual de desiguais. Alguns autores atribuem essa distinção a Aristóteles (Belli, 2001) e outros a apresentam como própria (Macinko e Starfield (2002), Wagstaff (2002), Nunes et al. (2001), Stewart (2001), Alleyne (2001), Bambas e Casas (2001), Suarez Berenguela (2000), McIntyre e Gilson (2000), Van Doorslaer et al. (1999), Van Doorslaer et al. (2000) e Mooney e Jan (1997)<sup>5</sup>). Outros autores definem equidade como sinônimo de igualdade como Artells (1983) Mooney (1983) e Le Grand (1988). Para esses autores a equidade corresponderia a:

- 1) *Igualdade de recursos para necessidades iguais*: estabelece que, para obter distribuições equitativas, devem ser levadas em conta as diferentes necessidades sanitárias existentes, efetuando correções com base tanto no perfil demográfico quanto no epidemiológico.
- 2) *Igualdade de oportunidade de acesso para necessidades iguais*: que reconhece, além das diferentes necessidades determinadas pelo perfil demográfico e epidemiológico, a existência de desigualdades no custo

---

<sup>4</sup> Alguns autores, como Macinko e Starfield (2002), Nunes et al. (2001) e Leon e Walt (2001) definem iniquidade como desigualdades injustas, sem no entanto, citar Whitehead.

<sup>5</sup> Beli (2001: 62) afirma que os dois princípios foram primeiramente articulados por Aristóteles e posteriormente aplicados a diferentes áreas do saber. Segundo o autor, aplicados à saúde, eles são usualmente utilizados para referir que o acesso aos serviços de saúde deve ser baseado na necessidade não dependendo da condição socio-econômica ou de qualquer outra característica não associada à necessidade. Aplicados ao financiamento em saúde, eles são usualmente traduzidos como o princípio segundo o qual a contribuição para o financiamento dos serviços deve estar em relação direta com a capacidade de pagamento do usuário. A maioria dos autores que utilizam estes conceitos, no entanto, não fazem referência a sua origem utilizando –os com diferentes significados. Entre os autores que citam obras de referência para estes conceitos temos: Nunes et al (2001), que citam o economista West (1979), e Berenguela (2001:11) que cita Kakwani et al. (1997) para a aplicação destes conceitos na medida das iniquidades nos sistemas de saúde.

social do acesso (por exemplo, a distância aos serviços). *Igualdade de utilização para iguais necessidades*: que considera não só a distribuição da oferta e os custos sociais, como outros fatores condicionantes da demanda.

- 4) *Igualdade nas condições de saúde*: que tem por objetivo a igualdade nos indicadores de saúde.

Alguns trabalhos procuram então discutir o que seriam as diferenças evitáveis e injustas recorrendo principalmente a teoria da justiça de Rawls que propõe igualdade de oportunidades e também de distribuição de bens e serviços referentes a necessidades básicas (Nunes et al. 2001; Stepke 2001; Belli, 2001 e Bambas e Casas, 2001).

Na teoria da Justiça de Rawls, a sociedade é vista como um sistema cooperativo que almeja a obtenção de vantagens mútuas. No desenvolvimento de sua teoria, Rawls propõe considerar-se uma situação hipotética, sem realidade histórica onde as pessoas livres e iguais deverão abandonar simpatias e ódios, colocando-se numa situação de imparcialidade (véu da ignorância), na qual desconhecem tanto sua posição social original, quanto suas capacidades e preferências, mas conhecem os princípios da teoria econômica, as questões políticas, as bases da organização social e as leis da psicologia humana (Rawls, 1985). A partir dessa premissa, estabelece-se um contrato social baseado em dois princípios fundamentais: o princípio da liberdade e o princípio distributivo como se vê abaixo:

1- “... cada pessoa deve ter um direito igual ao sistema mais amplo possível de liberdades básicas; todos os societários têm direitos à mais extensa liberdade compatível com a liberdade dos demais”

2- “As desigualdades econômicas e sociais devem ser tais que:

- a) sirvam ao maior benefício dos mais desfavorecidos, dentro dos limites de um justo princípio de repartição;
- b) devem estar relacionadas a funções e posições abertas a todos, em acordo com o princípio de justa igualdade de oportunidades”(Rawls, 1985:82).

Apesar de Rawls afirmar que o princípio distributivo se refere apenas aos bens primários e que a saúde não estaria nessa categoria, alguns autores, considerando que a saúde está determinada por fatores como nível de renda, acreditam que sua teoria seria aplicável ao caso da saúde (Daniels et al, 2000). Porém, para Anand (2000), esses autores quando fazem uso da teoria rawlsiana para analisar as desigualdades em saúde, aceitam, implicitamente, que as diferenças em saúde são injustas apenas quando são resultados de

arranjos sociais injustos. Com isso, torna-se mais importante monitorar as desigualdades resultantes das políticas econômicas e sociais iníquas do que avaliar as desigualdades em saúde per si.

Essa afirmação de Anand decorre do pensamento de Amartya Sen, para quem a equidade em saúde é parte integrante do marco mais amplo da equidade geral, e suas especificidades relacionadas com a saúde são importantes para a avaliação da justiça em geral. Nesse sentido a saúde para Sen é fundamental para o exercício pleno da capacidade dos indivíduos exercerem as funções relevantes, entendendo capacidade como a possibilidade de transformar bens (alimentos, medicamentos etc) em funções (estar bem nutrido, ter boa saúde etc). Por outro lado, as capacidades estão determinadas pelas características biológicas e sócio-econômicas dos indivíduos, pelos bens existentes (serviços de saúde) e pelas características dos bens (qualidade da atenção). Assim, enquanto Sen tem uma abordagem multideterminante das funções de saúde, para Rawls os determinantes estão mais restritos às condições sócio-econômicas. Para Sen, embora “a magnitude da desigualdade em saúde não possa proporcionar informação suficiente para avaliar a equidade em saúde...”, a abordagem específica tem sua utilidade, mas não deve prescindir de um marco mais geral e inclusivo (Sem, 2002).

Sen, ainda, considera que as dificuldades na conceitualização da equidade em saúde podem surgir de quatro aspectos relacionados ao problema: 1) Da seleção das bases de informação para a medida da saúde; 2) Da escolha de um conceito apropriado acerca da vantagem individual na obtenção do cuidado em saúde; 3) Presunção no que diz respeito a extensão das possibilidades em medir o estado de saúde; 4) Determinação de um critério aceitável de equidade (Sen, 2001)

Outros autores consideram que incluir justiça no conceito de equidade traz problemas operacionais tendo em vista que impõe o recurso a “julgamentos de valor” (Macinko e Starfield, 2002). Esses autores revisaram sistematicamente a bibliografia indexada no Medline entre 1980 e 2001. Propõem o uso da definição de equidade adotada pela International society for Equity in Health (ISEqH) segundo a qual, a equidade corresponde a “ausência de diferenças sistemáticas potencialmente curáveis (*remediáveis*) em um ou mais aspectos da saúde em grupos ou subgrupos populacionais definidos socialmente, economicamente, demograficamente ou geograficamente”. Essa definição implica em não distinguir equidade de igualdade ao defini-la como “ausência de

diferenças”. Também, ao recusar entrar no debate sobre a justiça em saúde não enfrenta temas polêmicos sobre acesso e oferta de serviços, financiamento e formas de organização e controle de sistemas de saúde que são dilemas políticos concretos. O acesso aos serviços de saúde deve ser universal e assegurado pelo Estado ou somente para os excluídos? Em sendo universal e assegurado pelo Estado o que será considerado como “necessidades de saúde”? Ao não explicitar qual o sentido atribuído ao conceito de “necessidades iguais” cria alguns problemas conceituais e operacionais. Por exemplo, o que significa acesso igual para necessidades iguais? São as necessidades de serviços de saúde de um trabalhador rural iguais as de um executivo? O que significa oferecer cuidado de igual qualidade para todos que tenham igual necessidade? O trabalhador rural poderá se contentar com o atendimento e resolução do seu problema não importa o tempo de espera nem as condições materiais dos serviços de saúde. Já o empresário poderá exigir uma hotelaria cinco estrelas.

A definição do ISEqH tem, contudo, vantagens operacionais pois ao deslocar o problema das diferenças para o âmbito do controle técnico (diferenças curáveis) permite a melhor identificação do que seriam situações iníquas para fins de intervenção.

Uma questão freqüentemente trazida para o debate sobre equidade em saúde refere-se a separação, para fins de análise, da equidade relacionada com o acesso a serviços daquela referida aos desfechos na saúde (health outcomes) (Whitehead, 1992). Alguns estudos consideram fundamental a análise das diferenças ou desigualdade nos desfechos da saúde tendo em vista que a resolução dos problemas das desigualdades no acesso não resultou em redução das desigualdades na morbidade e mortalidade (Daniels, Kennedy, & Kawachi, 2000).



## **7.2. Comentários finais**

Verifica-se uma diversidade conceitual na literatura internacional sobre equidade em saúde. Além da diversidade há inconsistências em algumas formulações e, sobretudo, ausência de diálogo com conceitos importantes da filosofia do direito. Há, portanto, necessidade de desenvolvimento conceitual a esse respeito. Contudo, provisoriamente, para fins de um projeto para avaliação de sistemas de saúde, pode-se recorrer a alguns consensos que permitem a operacionalização do conceito de equidade. Esses consensos referem-se a existência de diferenças em saúde que são socialmente produzidas, evitáveis e portanto injustas. Que a promoção da equidade implicaria em promover uma redistribuição de bens e serviços determinantes da saúde de forma a dar conta dessas diferenças. Dessa forma, qualquer sistema para avaliação do desempenho de saúde deve procurar monitorar essas diferenças visando a possibilidade de subsidiar políticas equânimes.

## **8. Proposta de avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro.**

A reforma setorial e a criação do Sistema Único de Saúde - SUS significaram, no plano legal, uma mudança extremamente expressiva na política de saúde brasileira. Segundo a Constituição de 1988, o direito à saúde, em sentido amplo, é um direito de cidadania e um dever do Estado. Mas, apesar dos avanços conseguidos em uma década de reforma, a pergunta que permanece é: o direito legal de acesso universal e equitativo a ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade vem sendo assegurado a todo cidadão brasileiro como registrado na Constituição de 1988? Ou, em outras palavras, em que medida o processo de implementação do SUS tendencialmente está caminhando nessa direção?

### **8.1. Algumas experiências de avaliação em curso no Brasil**

Nos anos 90, a materialização dos princípios do SUS apontou para desafios e avanços em pelo menos três âmbitos de sua implementação: a descentralização, o fortalecimento das capacidades gestoras e as mudanças do modelo de atenção à saúde.

A descentralização tem sido uma tarefa complexa que vem levantando questões críticas de implementação do SUS, relacionadas a aspectos estruturais, como a marcante desigualdade social, as características do federalismo brasileiro e a permanência de traços do modelo médico-assistencial privatista, sob o qual o sistema de saúde foi construído.

Para tratar desses aspectos, tem-se buscado definir o papel das três esferas de governo do SUS, promovendo a transferência progressiva de responsabilidades, atribuições e recursos do nível federal para estados e principalmente municípios, além de estabelecer Comissões Intergestores (Tripartites e Bipartites — CITs e CIBs) como instâncias efetivas de negociação.

Com relação ao fortalecimento da capacidade gestora, foi elaborado um conjunto de estratégias voltadas para consolidar o caráter público da gestão do sistema, por meio da instrumentalização dos gestores estaduais e municipais para o desenvolvimento de funções como planejamento, programação, regulação, controle e avaliação, incluindo instrumentos de consolidação de compromissos entre gestores. Esta ação resultou na organização de

redes em diversos municípios e estados, com a expansão e qualificação da oferta de serviços para áreas até então ainda não assistidas.

Dentre as mudanças do modelo de atenção à saúde destacam-se a estratégia de priorização da atenção básica, com a criação do Piso de Atenção Básica em 1996, e a do Programa Saúde da Família (desde 1994), além da expansão do Programa de Agentes Comunitários, que recebem incentivos específicos para estruturação e implantação de módulos com equipes especiais. Esta estratégia tem como objetivo central a mudança do modelo de atenção, assumindo a integralidade da atenção e o vínculo com a população (ou comunidade adscrita aos programas) como eixos norteadores das práticas de atenção à saúde do indivíduo e seus familiares, pretendendo-se a melhoria dos indicadores de saúde em diversos pontos do país.

Na prática, ao longo dos últimos doze anos, o Ministério da Saúde transferiu às Secretarias Estaduais (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) a quase totalidade de seus hospitais, postos de assistência médica e centros de saúde, inclusive aqueles que, antes de 1990, pertenciam ao INAMPS. Também a maioria das SES transferiu às SMS grande parte de suas unidades assistenciais, principalmente as de atenção básica e de média complexidade. A contratação, controle e fiscalização dos serviços de terceiros foi integralmente transferida do Ministério da Saúde para as SES e, destas, progressivamente para as SMS. O movimento de adesão das SES, e especialmente das SMS, às responsabilidades de gestão dos sistemas loco-regionais definidas pelo processo de descentralização foi fortemente impulsionado com a publicação da NOB/SUS 01/96, que propiciou um rápido avanço da descentralização, sobretudo no que concerne à atenção básica.

Contudo, os avanços da descentralização a partir de então evidenciam novas questões críticas para a implementação do SUS, identificadas por vários documentos (MS, 2002; Levcovitz *et al*, 2001; Carvalho, 2001; Gerschman, 2001; Cordeiro, 2001; Noronha, 2001). No final da década de 90, acentua-se o debate sobre alguns problemas e desafios até então não equacionados no processo de descentralização. Os diversos atores envolvidos no processo de consolidação do SUS passaram a discutir as estratégias necessárias para enfrentá-los (CNS, 2002).

A publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde, em janeiro de 2001 (NOAS SUS 01/2001), é fruto de um longo processo de negociação que se pautou pela

análise dessas críticas, problemas e desafios. O objetivo geral da referida norma é “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção”. Para atingir esse objetivo, a NOAS adotou a regionalização como macro-estratégia fundamental para o aprimoramento do processo de descentralização, por meio de um Plano Diretor de Regionalização, coordenado pelo gestor estadual, com a participação do conjunto de municípios. Neste plano, prevê-se a organização da assistência, com ênfase na qualificação e melhoria da resolutividade da atenção básica, ações de média e alta complexidade em todos os municípios brasileiros, a partir da identificação de áreas estratégicas mínimas, relacionadas a problemas de saúde de abrangência nacional, que podem ser complementadas pelos gestores estaduais e municipais, segundo as especificidades locais.

Esse tipo de regionalização, incentivado pela NOAS SUS 01/2001, requer a articulação dos gestores municipais para a negociação e pactuação de referências intermunicipais, sob coordenação e regulação estadual, que deve se dar através da Programação Pactuada e Integrada (PPI). Além disso, é necessário o fortalecimento da capacidade gestora de estados e municípios para exercer as funções de regulação, controle e avaliação do sistema, em uma nova perspectiva.

Com a edição da NOAS-SUS 01/2002, reafirmam-se os princípios do comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e do fortalecimento da gestão dos estados sobre as referências intermunicipais. Essa norma delimita as responsabilidades de cada esfera de governo na gestão dos serviços de saúde, assim como redefine a alocação de recursos entre os gestores estaduais e municipais, fortalecendo os mecanismos de regulação do sistema.

Vale destacar que essas medidas vêm contribuindo para a consolidação do SUS, sobretudo no cumprimento dos seus princípios organizativos, entre os quais destaca-se a regionalização. Porém, outras ações foram realizadas no sentido de buscar garantir os avanços obtidos durante sua implantação, relacionadas ao financiamento e aos recursos financeiros destinados à operacionalização do sistema.

Esta breve análise sobre as mudanças ocorridas nas políticas de saúde nos anos 90 vem confirmar a complexidade do desafio representado pela implementação do Sistema Único de Saúde. Porém, esse desafio tem sido enfrentado cotidianamente com o desenvolvimento de experiências inovadoras em diversos estados e municípios, no sentido

de promover a mudança do modelo de gestão — adscrição de clientela, integralidade das ações, estabelecimento de vínculo — e geração de novas tecnologias assistenciais voltadas para o aprimoramento da qualidade e humanização da atenção básica de saúde. Essas experiências qualificam a discussão que se faz sobre a complexidade da área da saúde, seja na construção de instrumentos de avaliação dos resultados dos recursos aplicados, seja na disseminação de iniciativas que vinculem práticas de saúde às realidades locais e regionais.

No campo da gestão dos serviços de saúde, pode-se verificar inovações voltadas para o reforço da capacidade de regulação, sobretudo na relação entre o público e privado (viabilização de negociação e pactos com prestadores de serviço) e o estabelecimento de novos mecanismos para fortalecer o controle social sobre os serviços de saúde (criação de ouvidorias independentes). Já no campo do desenvolvimento de tecnologias assistenciais observa-se um conjunto de propostas relacionadas ao incremento da desospitalização (atendimento domiciliar e interdisciplinariedade das práticas), e desinstitucionalização (ênfase na atenção básica de saúde e ambulatorial) (MS, 2002).

Todas estas mudanças ocorreram no país em relativo curto espaço de tempo, exigindo a busca de novos instrumentos de intervenção, novas tecnologias e readequação dos sistemas de regulação. Elas geraram ainda alternativas diferenciadas para a solução de problemas, obedecendo às diferentes realidades do país. Essas alternativas vêm sendo desenvolvidas nos níveis estadual e municipal como resposta à especificidade local e regional. Muitas dessas experiências vêm sendo consolidadas e outras são apenas iniciativas, mas, de uma maneira geral, faltam suportes técnico e financeiro para uma sistematização dessas inovações, assim como para uma avaliação adequada.

Nesse sentido, apoiar as experiências inovadoras desenvolvidas pelas secretarias estaduais e municipais de saúde significa avaliar não somente os resultados positivos do processo de descentralização, mas auscultar os movimentos internos e externos de um processo dinâmico e rico, que envolve diferentes atores sociais na busca pela consolidação

do Sistema Único de Saúde<sup>6</sup>.

Entretanto, no que pese o esforço de mapeamento dessas inovações e tentativa de promover a sua difusão e avaliação (MS, 2002), diferente dos outros países analisados nesta pesquisa, não existe nenhuma iniciativa governamental no sentido de avaliar o seu impacto no desempenho do sistema em seu conjunto. Além disso, várias outras iniciativas locais, levadas adiante principalmente pelas SMS, se situam no plano da avaliação do processo de descentralização ou de programas específicos, mas o acesso a esses trabalhos não é fácil, uma vez que nem sempre estão disponíveis para consulta, seja por documentos escritos ou eletrônicos. Em âmbito federal, talvez a iniciativa mais próxima de desenho de um instrumento de avaliação que abarque pelo menos um determinado âmbito do SUS seja o Pacto da Atenção Básica.

Para os efeitos desta pesquisa foram analisados alguns trabalhos de avaliação desenvolvidos seja como projetos de pesquisa, seja como demanda específica das próprias SES ou SMS, na tentativa de identificar proximidades ou distâncias em relação à metodologia aqui proposta.

## **8.2. As avaliações selecionadas**

Foram analisados 10 trabalhos selecionados. A maioria deles (7) são pesquisas operacionais, ou pesquisas avaliativas, realizadas por diferentes grupos, financiadas pelo

---

<sup>6</sup> O Subprojeto Fomento, Análise, Avaliação e Disseminação de Experiências Inovadoras foi criado por intermédio da Secretaria de Assistência à Saúde/MS em conjunto com a Secretaria de Gestão de Investimentos do Ministério da Saúde, no âmbito do componente II do projeto Reforsus. O seu principal objetivo foi dar visibilidade, avaliar, tornar disponíveis, divulgar e apoiar as alternativas encontradas por municípios e estados para resolverem problemas prioritários, tanto através do desenvolvimento e/ou incorporação de novas tecnologias assistenciais, quanto na formulação e implementação de instrumental de gestão da rede de serviços. A estratégia de operacionalização consistiu na concessão de financiamento para desenvolvimento de propostas pelas Secretarias Estaduais e Municipais, no valor de R\$ 50.000,00 (cada uma) e de projetos pelas Instituições de Ensino Superior (bolsa de estudo). Essa concessão obedeceu critérios de elegibilidade para habilitação, sendo submetidos à seleção e aprovação de uma comissão especificamente criada para este fim. O objetivo foi o de financiar prioritariamente atividades de capacitação, desenvolvimento de *softwares*, elaboração de manuais, contratação de consultorias individuais e de empresas e realização de eventos. A princípio foram definidas duas áreas temáticas, consideradas prioritárias no âmbito do subprojeto, visando a apoiar as políticas governamentais no setor - Gestão da rede de serviços de saúde (GRS) e Desenvolvimento incorporação de novas tecnologias assistenciais (NTA). Em cada uma destas áreas foram delimitados campos de atuação que contêm ações inerentes à implementação de tais políticas, favorecendo o diálogo entre os técnicos dos três níveis de governo. Foram selecionadas 40 experiências, de 14 estados e 17 municípios, beneficiando todas as regiões brasileiras. A área temática I foram financiados 24 projetos e na II 16 experiências inovadoras.

Ministério da Saúde e “encomendadas” pela instituição a grupos específicos de investigadores (através do Projeto Reforsus, exceto uma) (Vieira da Silva & Hartz *et al*, 2002; Viana *et al*, 2002; Viana & Pierantoni, 2002; Escorel *et al*, 2001; Heimann *et al*, 2000; NEPP-UNICAMP, 2001); uma se constitui numa das experiências inovadoras selecionadas pelo MS no âmbito do sub-projeto “Fomento, Análise, Avaliação e Disseminação de experiências Inovadoras” (também projeto Reforsus) (Malta, 2001); dois são trabalhos rotineiros de avaliação elaborados pelo Tribunal de Contas da União (TCU), que contem dois tópicos referidos à saúde (Programa Médico de Família – PSF e monitoramento e prevenção da mortalidade materna, ambas realizadas em 2001), sendo que neste trabalho analisaremos apenas o primeiro; e uma é uma experiência elaborada numa universidade que foi posteriormente incorporada aos hospitais municipais locais (Yazlle Rocha, 2002).

Além dessas, o Pacto da Atenção Básica também foi analisado, uma vez que se constitui num instrumento de avaliação de cumprimento de metas fixadas pelo nível federal para uma política estratégica prioritária, a ser executada em nível local.

A análise apresentada a seguir estará centrada mais nos aspectos metodológicos de cada avaliação do que propriamente nos trabalhos em si e seus resultados. A proposta é apenas mapear algumas das avaliações que já foram produzidas e tentar identificar, em que medida, contém elementos que poderão ser aproveitados numa metodologia de avaliação de desempenho tal como proposta neste trabalho.

### **8.3. Comentários Finais**

No que pese o esforço de mapeamento dessas inovações e tentativa de promover a sua difusão e avaliação (MS, 2002), ao contrário do que foi observado para os outros países analisados nesta pesquisa, não existe nenhuma iniciativa governamental coordenada no sentido de avaliar o impacto na saúde da população do desempenho do sistema de saúde em seu conjunto. Além disso, várias outras iniciativas locais, levadas adiante principalmente pelas SMSs, se situam no plano da avaliação do processo de descentralização ou de programas específicos, mas o acesso a esses trabalhos não é fácil, uma vez que nem sempre estão disponíveis para consulta, seja por documentos escritos ou eletrônicos. Em âmbito

federal, talvez a iniciativa mais próxima de desenho de um instrumento de avaliação que abarque pelo menos um determinado âmbito do SUS seja o Pacto da Atenção Básica.

A maioria das pesquisas aporta mais para elementos de diagnóstico da situação, sobretudo no que se refere à atenção básica, apresentando algumas sugestões e recomendações.

Na realidade, apenas uma pesquisa (Viana & Pierantoni, 2002) propõe-se explicitamente a avaliar o desempenho de diferentes municípios no que toca à atenção básica, tendo como objetivo a elaboração de uma proposta de monitoramento. A análise está dividida em duas partes. A primeira trata da classificação dos 224 municípios com 100,000 ou mais habitantes segundo padrões do modelo da atenção básica em 2000. Esta classificação cria seis grupos distintos de municípios baseados na combinação de cinco fatores sintéticos (produção e oferta hospitalar, produção ambulatorial em atenção básica, cobertura das consultas e das ações básicas, gasto com PAB variável e capacidade instalada ambulatorial). Estes fatores sintéticos foram criados usando 15 indicadores de insumos, capacidade, produção, gastos, e cobertura. Os dados vêm do DATASUS para cada município em 2000. A análise fatorial foi empregada para reduzir os 15 indicadores aos cinco fatores sintéticos mencionados. Uma outra técnica (análise de agrupamentos) foi empregada para criar seis grupos de municípios segundo o padrão de valores definidos nos cinco fatores sintéticos. Esta técnica permitiu a criação dos agrupamentos baseados no valor e distribuição dos fatores, isto é, os grupos foram determinados pela distribuição dos dados segundo as técnicas estatísticas empregadas, em vez da utilização de critérios definidos pelos pesquisadores.

Na segunda parte da pesquisa as mesmas técnicas são empregadas para criar uma tipologia de modelos do PSF. Para isso, foram selecionados os municípios com programas de PSF e que tinham dados disponíveis (total de 136 municípios selecionados dos 162 municípios possíveis). Foram empregados 18 indicadores dos municípios, disponíveis em 2000, para criar 4 fatores sintéticos (gastos do PSF/PACS e cobertura do PSF no total da população, cobertura do PACS no total da população, cobertura do PACS na população cadastrada, cobertura do PSF na população cadastrada). Estes quatro fatores revelaram três agrupamentos distintos dos municípios.

As técnicas empregadas na análise têm vários pontos fortes, mas também algumas debilidades.



A fortaleza principal é que os agrupamentos e fatores foram criados baseados nos próprios dados secundários dos municípios, ou seja, os agrupamentos foram criados segundo a variabilidade dos indicadores disponíveis. Para uma proposta de monitoramento é essencial poder replicar a análise facilmente, permitindo monitorar a dinâmica de melhora ou piora dos indicadores. Sendo assim, o uso de dados secundários disponíveis é o procedimento mais lógico e econômico para monitoramento. E esta metodologia possibilita uma análise mais objetiva do desempenho dos municípios.

Mas existe também fragilidade metodológica nessa mesma técnica estatística, porque a interpretação dos grupos não utiliza categorias operacionais normalmente empregadas na administração de programas sociais. Além disso, apesar das fortalezas consideráveis mencionadas e dos resultados interessantes da pesquisa, como proposta de sistema de monitoramento, a pesquisa apresenta vários pontos que ainda necessitam de aprimoramento.

Assim, por exemplo, ao não justificar a seleção dos indicadores fica-se com a possibilidade de terem sido selecionados apenas os indicadores que seriam mais facilmente agrupados e não os indicadores mais importantes, relevantes, confiáveis ou válidos. A exclusão de vários indicadores das análises fatoriais também não está bem justificada. Teria sido melhor comparar os resultados obtidos com o conjunto de todos os indicadores com os resultados apresentados na pesquisa. Não existe consideração do impacto da exclusão de tantos indicadores, possivelmente importantes, que não fizeram parte da pesquisa porque alguns dados foram “esquecidos ou perdidos”, constituindo um *bias* sistemático entre os indicadores ou municípios.

Não existe um modelo de análise teórico ou explicativo que justifique as técnicas estatísticas utilizadas. Existem várias técnicas para este tipo de análise estatística, mas não se encontra a justificativa para a seleção das técnicas empregadas. Não existem referências para os testes utilizados e as limitações das técnicas empregadas não são discutidas.

Algumas perguntas permanecem sem resposta na pesquisa: Qual é a relação entre a primeira e a segunda parte da pesquisa? Existe uma correlação entre o modelo de atenção básica e a tipologia dos modelos de PSF?

Muitos dos indicadores propostos (os fatores sintéticos) são pouco operacionais. Por exemplo, não fica claro se é bom ou ruim o fato de um município mudar de um agrupamento para outro. É mais ou menos óbvio que quando o movimento é de um grupo

que tinha um desempenho ruim em todas as categorias, mas no conjunto das categorias não fica claro qual a importância dos fatores quanto ao grupo à colocação do município em um ou outro grupo. Mesmo que fosse possível obter essa informação seria importante poder discriminar em que aspecto (indicador) teria que haver um melhor desempenho para alcançar um nível mais alto de implantação do programa ou da atenção básica.

Como os indicadores não são necessariamente estáveis, a técnica de análise fatorial talvez não seja a melhor para o monitoramento de um programa ao longo do tempo, porque os indicadores sintéticos mudarão toda vez que se usarem novos dados do programa. Por exemplo, um município pode mudar de uma categoria a outra somente por causa de uma mudança no sistema hospitalar, sem qualquer outra mudança no sistema de atenção básica.

Não é demonstrada nenhuma correlação entre os indicadores (fatores sintéticos) e os resultados do programa. O propósito dos programas é melhorar a saúde da população. Indicadores de monitoramento devem ter esse fato em consideração. Se a cobertura e outros indicadores aumentam, mas isso não tem impacto na saúde da população o programa não pode ser considerado um sucesso. Um teste da validade dos indicadores seria a sua habilidade de medir esta relação. A pesquisa não apresenta estas informações nem discute esta limitação, que é bastante considerável.

Em relação ao “**Pacto da Atenção Básica**”, foi criado para avaliar o alcance da estratégia prioritária do governo de privilegiamento da atenção básica, a partir da implementação do Piso da Atenção Básica (PAB) e de programas especiais (PSF e PACs) e, mais amplamente, o impacto dessas modificações na organização da atenção básica e, nível local e nos resultados da ação dos serviços de atenção primária nos indicadores epidemiológicos e demográficos da população nesse nível. Assim, “Pacto de Indicadores da Atenção Básica” é um instrumento nacional de monitoramento das ações e serviços de saúde de atenção básica. Pretende-se através dele estabelecer formalmente uma negociação entre gestores das três esferas de governo, que tem por objeto metas a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde previamente acordados. Ao fim de cada ano, municípios e estados têm seu desempenho avaliado em função do cumprimento das metas pactuadas.

Uma avaliação da proposta do Pacto da Atenção Básica para 2002, permite algumas considerações sobre a validade desse instrumento para o cumprimento dos objetivos propostos:

O Pacto constitui uma forma de obter uma visão ampla e ambiciosa sobre o sistema de atenção básica, podendo ser considerado um tipo de *roadmap*.

Utiliza os sistemas de informação existentes, tentando articular as distintas fontes num único sistema de monitoramento (SIMPACTO). Foi concebido como uma ferramenta a ser utilizada por gestores de todos os níveis, estando disponível também em nível local.

Muitos indicadores são bem específicos, válidos e relevantes para uma avaliação da atenção básica (ex. indicadores de diabetes). Outros são indicadores de condições sociais, acesso e uso de serviços, e mudanças nesses indicadores não podem ser consideradas como devidas exclusivamente à atenção básica. E ainda outros (como mortalidade por câncer) não são especificamente ligados à atenção básica. Não é claro, portanto, porque foram incluídos.

A importância e sucesso do Pacto dependem de vários e diferentes atores, herdando, portanto, as fortalezas e fraquezas de cada um dos seus componentes.

Os indicadores estão disponíveis principalmente por Internet e o programa é de fácil utilização. Entretanto, os dados utilizados para o cálculo dos indicadores nem sempre estão disponíveis, fazendo com que o nível local dependa do nível central para verificação e análise da informação para construção dos indicadores.

Embora inclua dimensões distribucionais (homogeneidade da cobertura vacinal) ou geográfica (por município) ou ainda acesso por grupo populacional, muitos dos dados não estão disponíveis de maneira desagregada (por sexo, grupos sociais, idade, etnia etc), o que dificulta a análise da equidade

A maioria dos indicadores são bem conhecidos como válidos para medir aspectos críticos dos sistemas de saúde. Mas, são poucos os indicadores de processo (importante para esse tipo de avaliação) e, para alguns deles, existe pouca evidência científica sobre sua validade e confiabilidade.

A idéia do Pacto é desenvolver indicadores de longo do prazo (séries históricas) que permitam identificar necessidades de mudanças na atenção básica. Mas os indicadores têm mudado de um ano a outro e alguns têm diferentes definições, o que dificulta a construção dessas séries históricas.

Não há evidência clara sobre o uso dos indicadores do Pacto no cotidiano dos gestores no processo de tomada de decisões. As avaliações disponíveis sugerem que ainda não é usado pela maioria dos gestores em nível local.

A documentação do Pacto define os indicadores (fórmula), mas não indica claramente porque esses indicadores e não outros. As explicações sobre o uso e interpretação são pouco claras. Por exemplo, não se indica que alguns indicadores são *proxies* de acesso, ou de qualidade etc.

Em síntese, o Pacto não é um sistema de vigilância, nem permite pesquisas detalhadas. É uma ferramenta que permite ter uma idéia geral do sistema, em vários níveis. Permite gerar hipóteses sobre possíveis problemas existentes, mas não permite dar respostas a esses problemas.

Em relação à experiência da SMS/SP, de criação de um O Painel de Monitoramento das Condições de Vida e Saúde e da Situação dos Serviços de Saúde, como um amplo e sintético panorama da atuação dos serviços de saúde municipais e dos principais problemas a ser enfrentados, é uma experiência interessante que merece atenção. Ao mesmo tempo em que pretende subsidiar os gestores da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS/SP) e constituir-se como um instrumento de acompanhamento da sua prática cotidiana e avaliação das ações sob sua coordenação num nível estratégico, pode constituir-se ainda num poderoso instrumento de democratização da informação sobre objetivos, metas e resultados alcançado pela SMS/SP, ao tornar públicos e transparentes as avaliações realizadas. Pretende-se total democratização e transparência na divulgação dos indicadores, tornando-os públicos e acessíveis aos Conselhos de Saúde, trabalhadores da saúde e população em geral.

A proposta busca ainda contemplar as prioridades do SUS definidas na política nacional e estadual e, especialmente, na municipal, produzindo um elenco de indicadores que contribuam para informar sobre o andamento dos projetos conduzidos pela SMS/SP.

Entretanto, o material ao qual tivemos acesso não detalha quais os indicadores que integram o painel, nem a metodologia de seu funcionamento, o que impossibilita qualquer outro comentário. De qualquer forma vale o registro e seria importante, caso o Painel continue a ser utilizado, uma vez que recentemente houve mudança do Secretário Municipal de Saúde, tentar estudá-lo em maior profundidade e acompanhar sua implementação.

Por fim, a experiência de Ribeirão Preto também traz uma interessante contribuição no que se refere ao monitoramento da atenção hospitalar, já que inclui todo o conjunto de hospitais, públicos e privados da região, que tem permitido uma bem sucedida relação entre

a academia e os serviços, aliados num trabalho conjunto para enfrentar os problemas dos sistemas de serviços de saúde da população.

#### **8.4 Definição das dimensões da avaliação de desempenho**

Levando em consideração os elementos discutidos anteriormente, um sistema de avaliação de desempenho do SUS, teria que ser pautado por um quadro de referência que levando em consideração a sua concepção legal, a forma como vem sendo implantado e os problemas de saúde priorizados, permitisse avaliar de que forma seus princípios e objetivos estão sendo cumpridos.

Desde a década de 80, gestores no campo da saúde deparam-se frente ao desafio de encontrar soluções para a organização e o funcionamento dos sistemas de saúde face ao aumento das despesas com assistência médico-hospitalar e seus efeitos sobre o bem estar da população, as mudanças demográficas e epidemiológicas e o progresso contínuo das tecnologias médicas. Neste contexto, a análise do sistema e dos serviços de saúde e a criação de sistemas de monitoramento do desempenho ganham destaques. Compreender os fatores que influenciam o desempenho de sistemas e serviços de saúde é importante para explicar diferenças no acesso, na utilização, na qualidade do cuidado, na satisfação do consumidor e nos resultados dos cuidados e, conseqüentemente para subsidiar a formulação e o acompanhamento de políticas que encorajem uma apropriada utilização de recursos, desestimulem o uso inadequado de procedimentos, serviços ou tecnologias e promovam a prestação de cuidados de saúde com maior eficiência, efetividade e equidade.

A revisão dos modelos de avaliação internacionais e nacionais indica que um possível caminho a ser tentado para o caso brasileiro seja o de iniciar um processo de discussão nacional, a exemplo do que foi feito no Reino Unido, Canadá e Austrália, através da formulação de um quadro conceitual a partir do qual seriam definidos indicadores adequados para a avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. O relatório aqui apresentado poderia se constituir, nesse sentido, em texto de referência quando da implementação dessa discussão.

A experiência internacional voltada para a melhoria do desempenho dos sistemas de saúde baseia-se na construção de um quadro de referência composto por elementos que, em linhas gerais, capturam: o estado de saúde, os determinantes não médicos da saúde, o

desempenho do sistema de saúde e as características gerais do sistema de saúde e dos recursos da comunidade. A abordagem no formato de um painel de controle (“*dashboard*”) proposta pelo Canadá foi recomendada pela OPS (2001), para aplicação nos países da região das Américas. Segundo a OPS cada país deveria desenvolver indicadores referentes aos cuidados de saúde prestados para responder aos problemas de saúde prioritários, no sentido de se certificar se o sistema de saúde está produzindo adequadamente os serviços necessários para resolver tais problemas de saúde. Os indicadores deveriam ainda enfatizar a distribuição dos serviços produzidos entre classe social, sexo e idade, requerendo que a avaliação da equidade seja compreendida como uma dimensão transversal, perpassando todas as outras dimensões do desempenho avaliadas.

Numa primeira aproximação, nossa proposta tem como entendimento que o desempenho do sistema de saúde brasileiro, deve ser analisado em um contexto político, social e econômico que traduza a sua história e sua conformação atual procurando-se definir seus objetivos e prioridades (Figura 15).

Dentro desse contexto seriam identificados os determinantes de saúde associados aos problemas de saúde tidos como prioritários, que por sua vez também devem ser evitáveis e passíveis de intervenção. Sua apreciação deveria ser feita considerando-se o seu impacto em diferentes grupos sociais. A caracterização desses problemas de saúde em termos de morbidade, mortalidade, limitação de atividade física e qualidade de vida associada, conformaria uma segunda dimensão da avaliação, que permitiria conhecer a magnitude dos problemas e sua expressão em diferentes regiões geográficas e grupos sociais. Esse perfil de morbi-mortalidade, que expressa as necessidades de saúde, deveria orientar a estrutura do sistema de saúde (condução, financiamento e recursos), que por sua vez condicionaria as possibilidades de melhor ou pior desempenho do sistema de saúde, objeto principal da avaliação.

A partir desse marco conceitual seria possível pensar um conjunto de metodologias analíticas capazes de responder a algumas indagações sobre a qualidade dos serviços prestados, sua variação entre áreas geográficas e grupos sociais, oportunidade de melhorar o desempenho do sistema e da saúde da população, adesão de sua conformação à legislação existente, sua contribuição para a melhoria de saúde da população (ver Figura 16).

É importante considerar que a metodologia proposta deve permitir a avaliação de sistemas regionais de saúde ou de programas específicos, levando em conta as

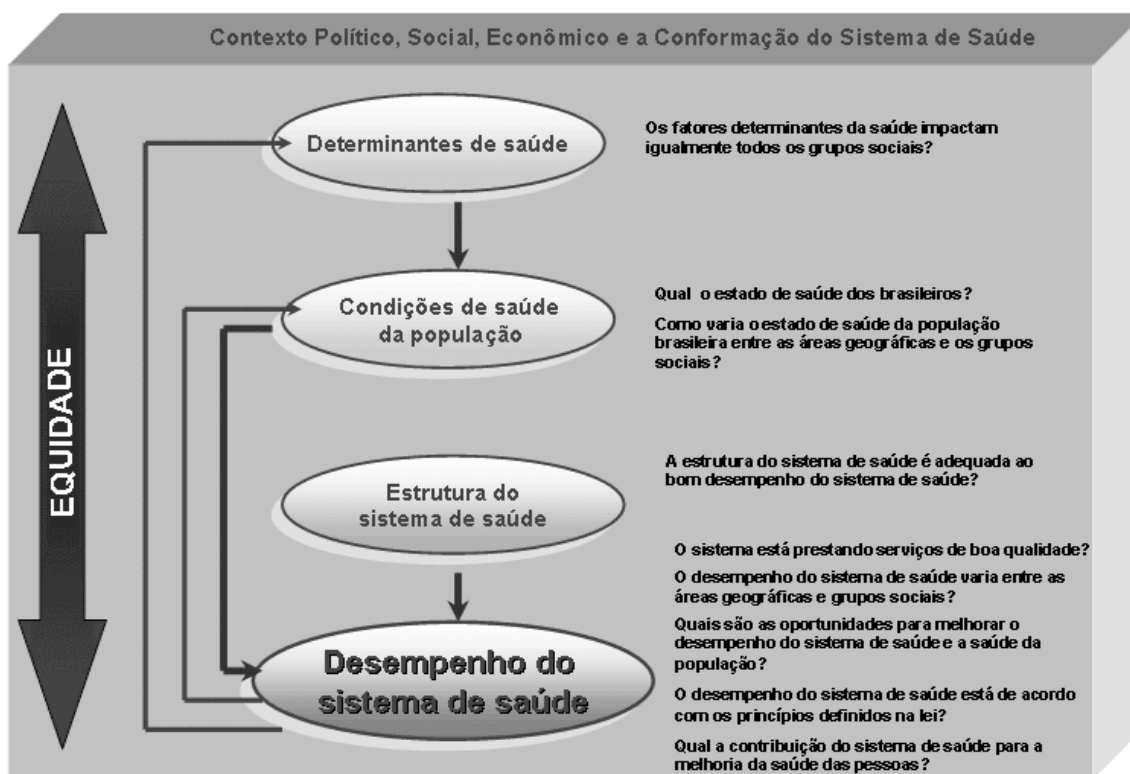
desigualdades no desempenho do segmento estatal e privado do Sistema Único de Saúde.

E, finalmente, é fundamental levar em conta a exequibilidade e sustentabilidade organizacional e financeira da proposta, pois é da sua continuidade e operacionalidade que depende a efetividade e impacto de qualquer proposta de avaliação de desempenho de sistemas de serviços de saúde.

**Figura 15 – Modelo explicativo do desempenho de sistemas de saúde**



Figura 16 – Modelo explicativo do desempenho de sistemas de saúde: algumas perguntas .



Embora a proposta de avaliação aqui apresentada se nutra, principalmente de elementos das propostas canadense, australiana e da OPS existem diferenças importantes que merecem ser destacadas:

- a) Enquanto no Canadá a inclusão dos determinantes da saúde é feita para ampliar o escopo da atuação do sistema de saúde e de sua avaliação (Evans & Stoddart, 1990), no nosso caso sua inclusão parte do pressuposto que as condições de saúde da população sofrem o impacto de fatores sociais econômicos e ambientais, que podem intervir de forma importante nos resultados do desempenho do sistema de serviços de saúde. Nesta perspectiva, o modelo de avaliação proposto está centrado fundamentalmente no desempenho dos sistemas de serviços de saúde.



- b) A “estrutura do sistema de saúde”, foi uma dimensão introduzida na proposta recomendada pela OPS e incorporada no modelo proposto para o Brasil, mas não é uma dimensão explorada separadamente pelos modelos canadense, australiano e inglês. Por outro lado, as categorias de análise foram redefinidas, principalmente o “financiamento”, e também foi introduzida a categoria “recursos”.
- c) O arcabouço político social e econômico e a conformação do sistema de saúde adquirem na nossa proposta um caráter contextual, enquanto que no Canadá é uma das dimensões da avaliação do desempenho do sistema de saúde. No caso australiano esse aspecto é abordado como uma das categorias dos determinantes da saúde.
- d) O modelo canadense assume o monitoramento das condições de saúde e do desempenho do sistema de serviços de saúde como dois objetivos que devem ser perseguidos. No caso australiano o foco está na avaliação do desempenho do sistema de saúde, o que também é o objetivo maior da nossa proposta.
- e) Diferentemente dos outros casos, onde várias dimensões são colocadas num painel sem a articulação entre elas, propõe-se que o foco da avaliação esteja no desempenho dos serviços de saúde, que por sua vez está relacionado com os determinantes das condições de saúde, que definem de forma importante as necessidades. Por outro lado, são as necessidades de saúde que devem orientar o financiamento e os recursos materiais e humanos necessários ao bom desempenho do sistema, do qual dependerá em parte a melhoria das condições de saúde da população.

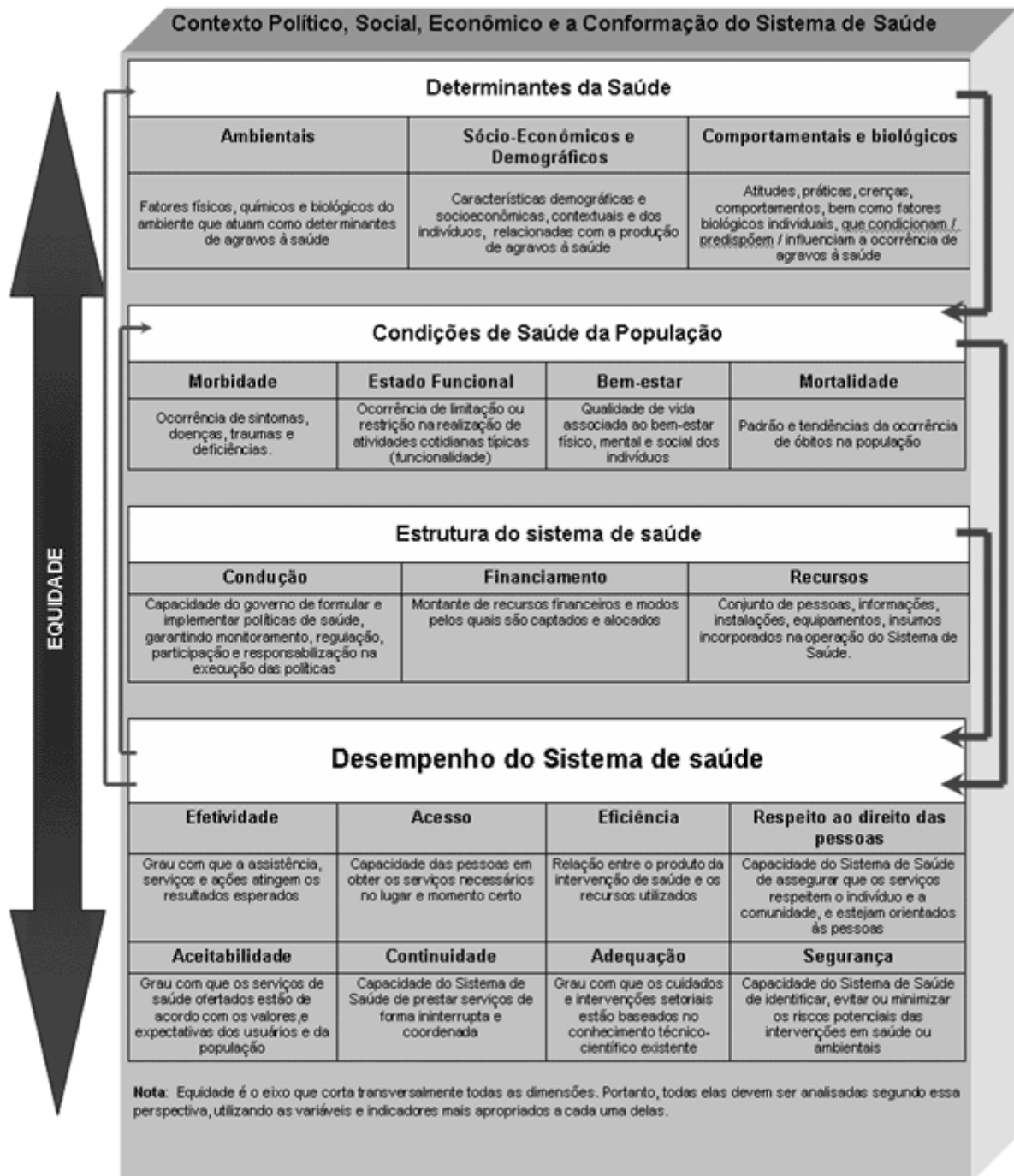
## **8.5. Desenvolvimento da Matriz de Avaliação**

Uma vez decididas as grandes dimensões da avaliação, foi desenvolvido um processo de detalhamento para cada uma delas, com a criação de novas categorias, sempre partindo da revisão feita sobre as metodologias de avaliação utilizadas no Canadá, Austrália, Reino Unido e as diretrizes propostas pela OPS. Esse processo foi realizado através de discussões presenciais com todos os participantes do projeto e o que se segue é considerado o consenso até o momento conseguido com relação aos conceitos das categorias de cada dimensão, a revisão dos indicadores trabalhados nos diferentes países, e

sugestões de dimensões que mereceriam o desenvolvimento de indicadores no caso brasileiro.

É importante destacar que os itens incluídos como *Proadess* não são indicadores na sua maioria, mas dimensões a serem eventualmente estudadas através de indicadores a que deverão ser desenvolvidos levando em conta uma série de quesitos como validade interna e externa, confiabilidade, consistência, capacidade de discriminação, além da viabilidade e o custo da obtenção dos dados/informações necessários. Cabe apontar que as sugestões *Proadess* em muitos casos são mais abrangentes do que os indicadores utilizados pelos demais países, e nesses casos deve-se entender que a dimensão foi considerada relevante, mas não se chegou a optar por nenhum dos indicadores. Além disso, como os indicadores ainda não foram selecionados, não há nenhuma consideração com relação às escolhas a serem feitas sobre eventuais fontes de dados, seja no que se refere ao uso de sistemas de informação existentes ou a realização de inquéritos específicos.

Figura 17 - Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde



### 8.5.1. Determinantes da Saúde

Os **determinantes de saúde** abrangem os efeitos combinados dos meios físicos e sociais sobre os indivíduos e as comunidades. A saúde dos indivíduos e da população é influenciada por fatores de diferentes ordens entre os quais incluem-se: o lugar onde vivemos, as condições ambientais, os fatores genéticos, a renda dos indivíduos e o nível educacional e a rede de relações sociais.

As informações sobre os determinantes da saúde possibilitam explicar a tendência da saúde de um grupo populacional específico e entender as diferenças das condições de saúde entre os diferentes grupos sociais que compõem uma determinada sociedade.

O Relatório Lalonde (1974) é um dos documentos de grande contribuição para a discussão sobre os determinantes da saúde. Nele, o campo da saúde pode ser dividido em quatro importantes elementos que interrelacionados influenciam nas condições de saúde dos indivíduos, quais sejam: biologia humana, ambiente, estilo de vida (ou comportamento dos indivíduos) e a organização dos serviços de saúde. As análises realizadas neste relatório partem do suposto que, as categorias estilo de vida, biologia humana e ambiente estabelecem relações específicas que contribuem para o adoecimento. Consideram os investimentos realizados nestas três áreas como importantes componentes que de forma intensa contribuem de forma importante para a melhoria da saúde humana, mais do que propriamente a expansão do sistema de serviços de saúde.

Nas décadas seguintes, os desenvolvimentos na área da epidemiologia social demonstraram que o risco individual de doença não pode ser considerado de forma isolada do risco de adoecer na população ao qual pertence o indivíduo e que os comportamentos não se distribuem de maneira aleatória nas sociedades, sendo que as escolhas dos indivíduos ocorrem em contextos sociais (Evans & Stoddart, 1994; Berkman & Kawachi, 2000).

Entende-se que a biologia e o comportamento individual influenciam a saúde através de sua interação e da interação entre eles e o meio físico e social. Biologia refere-se a herança genética individual, história familiar (que pode sugerir risco de doença) e problemas de saúde física ou mental adquiridos ao longo da vida.

Comportamentos são respostas ou reações individuais a estímulos internos ou externos, podendo ocorrer uma interação entre os fatores comportamentais e alterações biológicas.

As escolhas pessoais e o meio físico e social em que vivem os indivíduos podem modelar comportamentos. O meio físico e social inclui todos os fatores que afetam a vida dos indivíduos, positiva ou negativamente, muitos dos quais não estão sob seu controle imediato ou direto.

O meio social inclui interações com família, amigos, colegas de trabalho e outros indivíduos na comunidade. Ele também compreende as instituições sociais e a presença ou ausência de violência na comunidade. O meio social tem um profundo efeito na saúde dos indivíduos assim como na saúde da comunidade como um todo e é singular devido aos costumes culturais, linguagem, crenças espirituais, religiosas e pessoais. Ao mesmo tempo, indivíduos e seus comportamentos contribuem para qualidade do meio social.

O meio físico pode ser pensado como tudo que pode ser acessado através dos sentidos, bem como outros elementos menos tangíveis tais como as radiações e o ozônio. O meio físico pode prejudicar a saúde dos indivíduos e da comunidade, especialmente quando estes estão expostos a substâncias tóxicas, irritantes, agentes infecciosos e riscos físicos nas residências, escolas e locais de trabalho.

Políticas e intervenções podem ter um importante efeito positivo na saúde, cujos exemplos incluem: campanhas de promoção à saúde para prevenção do fumo, uso de cinto de segurança e outras medidas assemelhadas em automóveis; serviços de prevenção de doenças, tais como imunização de crianças, adolescentes e adultos; e serviços clínicos de atenção. Políticas e intervenções que promovem a saúde individual e coletiva podem ser implementadas por uma variedade de agências governamentais (tais como transporte, educação, energia, habitação, trabalho, justiça) e organizações civis.

A saúde dos indivíduos e da coletividade depende também do acesso a serviços de saúde de qualidade. Expandir o acesso é importante para eliminar disparidades em saúde e aumentar a qualidade e os anos de vida saudável. Cuidado de saúde em um sentido amplo inclui não apenas os cuidados recebidos nos serviços de saúde, mas também serviços e informação de saúde recebidos em outros locais na comunidade.

Dentre os países estudados neste projeto, a Austrália ressalta os determinantes da saúde que podem ser medidos no nível individual, como fatores biológicos; estilo de vida e

comportamentais; conhecimento, atitudes e crenças; fatores genéticos e os fatores ambientais e socio-econômicos. Esta dimensão está subdividida em quatro componentes: *fatores ambientais*; *fatores socio-econômicos*, tais como educação, emprego e renda; *capacidade da comunidade*, entendida como características da comunidade e das famílias tais como densidade populacional, distribuição etária, serviços de suporte comunitário, transporte; e *fatores individuais* – suscetibilidade genética para doenças e outros fatores tais como pressão alta, nível de colesterol, peso corporal.

No Canadá esta dimensão corresponde aos determinantes não médicos da saúde, subdividindo-se em quatro componentes: *fatores comportamentais de saúde*- aspectos do comportamento pessoal e fatores de risco que influenciam o estado de saúde; *condições de vida e trabalho*- características socio-econômicas e condições de trabalho da população que estão relacionadas com a saúde; *recursos pessoais*, como suporte social e nível de stress; e fatores ambientais.

No Reino Unido, embora o framework seja específico para avaliação do desempenho do sistema de saúde e não aponte para a discussão dos determinantes da saúde, há um claro entendimento de que a saúde está fortemente relacionada às circunstâncias sociais. Esta visão pode ser depreendida da leitura da atual política de saúde inglesa para a redução das desigualdades em saúde, intervindo nos determinantes da saúde, através de um conjunto de ações (educação, moradia, capacitação profissional, etc).

A proposta de monitoramento das condições de saúde nos EUA -Healthy People 2010- (US/DHHS, 2000) é baseada principalmente nos resultados alcançados quanto à melhoria da saúde e de seus determinantes.

Feitas essas considerações, decidiu-se que na metodologia para avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro os determinantes da saúde compreenderiam três grandes subáreas abrangendo os determinantes ambientais, determinantes sócio-econômicos e demográficos e os determinantes comportamentais e biológicos.

***a) Determinantes ambientais: fatores físicos, químicos e biológicos do ambiente que atuam como determinantes de agravos à saúde.***

A situação de saúde da população é fortemente influenciada pelas condições ambientais

de vida e trabalho. O ambiente é definido pela Organização Mundial de Saúde como “a totalidade de elementos externos que influem nas condições de saúde e qualidade de vida dos indivíduos ou de comunidades”. Essa definição reconhece uma separação entre os dados de saúde e os de ambiente, ao mesmo tempo em que reforça sua importância na caracterização do contexto em que se dão os problemas de saúde.

Gallopín (1997) define os indicadores ambientais como variáveis selecionadas para transmitir informações sobre as condições ou tendências de um atributo do sistema. Segundo a agência de proteção ambiental norte-americana (USEPA, 1995), os indicadores ambientais são medidas ou observações que possuem informações sobre padrões ou tendências no estado do ambiente, em atividades humanas que afetam ou são afetadas pelo ambiente.

Os principais objetivos do uso de indicadores sócio-ambientais são: detectar situações de risco relacionadas a problemas ambientais; monitorar tendências no ambiente e identificar riscos potenciais à saúde; monitorar tendências na saúde resultantes de exposições a fatores ambientais de risco; comparar condições ambientais e de saúde em diferentes áreas permitindo a identificação de áreas prioritárias; e avaliar o impacto de políticas e intervenções sobre as condições de saúde e ambiente (Briggs, 1999). A relação entre condições ambientais e situação de saúde é um pressuposto dos indicadores. O trabalho de seleção de indicadores parte, portanto, da busca de variáveis e fontes de informação que melhor representem essa relação (Pastides, 1995).

Alguns dos critérios usados para a seleção de indicadores são: a sensibilidade a mudanças das condições de ambiente e saúde; a reprodutibilidade segundo padrões metodológicos estabelecidos; a rapidez de reação a mudanças ambientais, o baixo custo e acessibilidade, bem como seu entendimento pela população leiga (Briggs, 1999). Esses critérios tendem a restringir a escolha de indicadores, que podem apresentar vantagens segundo um critério, mas sérias limitações segundo outro.

A revisão sobre os indicadores internacionais evidenciou que a grande preocupação dos países é o controle do uso de tabaco no interior dos domicílios e dos ambientes de trabalho. Entretanto nas reuniões foram sugeridas diversas áreas para as quais seria possível obter indicadores, junto aos órgãos estaduais de controle do meio ambiente, incluindo poluição ambiental, saneamento básico e condições climáticas (ver Quadro 8.1).

Esses indicadores foram incluídos devido à importância do saneamento básico como estratégia de prevenção de doenças no Brasil. Esse quadro se reflete no peso, ainda considerável, das doenças infecto-parasitárias no padrão de morbi-mortalidade e como causa de internação e consultas ambulatoriais.

**Quadro 8.1 - Revisão de literatura de indicadores de determinantes ambientais e sugestões de indicadores propostos pelo projeto**

Indicadores de Determinantes Ambientais	Fonte
Proporção de menores de 15 anos que vivem com pais fumantes	Austrália Canadá
Notificação de infecção pelo vírus Ross River	Austrália
Proporção de pessoas expostas ao ozônio	USA
Proporção de não fumantes expostos a fumaça do tabaco	USA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Poluição ambiental</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Concentração de material particulado em suspensão</i></li> <li><i>Concentração de ozônio (ppm)</i></li> <li><i>Emissões de CFC</i></li> <li><i>Automóveis por habitante</i></li> <li><i>Ônibus por habitante</i></li> <li><i>Emissões industriais</i></li> </ul> </li> <li>• <b>Saneamento básico</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Cobertura de rede de abastecimento de água</i></li> <li><i>Cobertura de rede de esgotamento sanitário</i></li> <li><i>Cobertura dos serviços de coleta de lixo</i></li> </ul> </li> <li>• <b>Condições climáticas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><i>Umidade</i></li> <li><i>Temperatura</i></li> <li><i>Precipitação</i></li> </ul> </li> </ul>	Proadess

**Fontes:** AIHW 2002; CIHI 2003; US/DHHS 2000.



A construção de indicadores, vitais para a identificação de riscos à saúde originados de condições ambientais, depende de um conjunto de sistemas de informação, compreendidos como meios que permitem a coleta, armazenamento, processamento e recuperação de dados. Enquanto os sistemas de informação de saúde passaram no Brasil ao longo da década de 1990 por um processo inegável de universalização, melhoria de qualidade, bem como de facilitação de acesso e análise através de sistemas computacionais simples, dados sobre condições ambientais são muitas vezes coletados e organizados de forma assistemática. A descontinuidade de coletas, baixa cobertura da rede de amostragem, atraso ou desatualização de dados, bem como as mudanças de metodologia podem prejudicar a identificação de tendências espaço-temporais dos fatores ambientais de risco.

Todos os indicadores de determinantes ambientais propostos inicialmente dependem de inquéritos, já que não vêm sendo coletados através de sistemas de informação. Os indicadores propostos pelo Proadess podem ser construídos a partir de sistemas de informação e censos, já existentes. Isso permite sua atualização permanente, além de promover uma comparabilidade mais fácil dos resultados.

O primeiro bloco de indicadores (concentração de material particulado em suspensão e concentração de ozônio) é permanentemente coletado como parte dos sistemas de monitoramento ambiental existentes nas grandes cidades do Brasil. Esses dados são de fácil acesso e são atualizados semanalmente. Também o número de automóveis e de ônibus por habitante, bem como a emissão industrial de poluentes, vêm sendo registrados pelas agências estaduais de meio ambiente.

Outro bloco de indicadores diz respeito às condições de saneamento básico, que são coletados a cada dez anos através do censo demográfico, organizado pelo IBGE. Esses dados são atualizados anualmente em pesquisas domiciliares (PNAD) que não permitem sua desagregação para o nível de município.

Os dados climáticos se mostram de grande importância para caracterizar as grandes diferenças ambientais existentes no Brasil. Essas características podem ser sumarizadas através de dados de umidade relativa do ar, temperatura e precipitação. Esses dados são coletados e divulgados diariamente, o que exige um tratamento estatístico para a sua síntese. Por outro lado, a concentração de estações meteorológicas em algumas cidades do país, não permite que se conheçam as características climáticas da totalidade dos municípios do país.

***b) Determinantes socioeconômicos e demográficos: características demográficas e socioeconômicas, contextuais e dos indivíduos, relacionadas com a produção de agravos.***

Os indicadores de determinantes sócio-econômicos listados abaixo são os propostos pela Austrália e principalmente pelo Canadá, cujo “dashboard” inclui as características da comunidade enquanto informações contextuais como uma das dimensões, além dos indicadores sócio-econômicos de condições de vida e trabalho associados à saúde, que estão situados nos determinantes não médicos da saúde.

As sugestões dos pesquisadores do projeto, assinaladas como *Proadess*, baseiam-se em indicadores tradicionalmente utilizados para alguns fatores sócio-econômicos, que são associados ao estado de saúde, e na sua maioria fazem parte dos IDBs (Indicadores e Dados Básicos para a Saúde) desenvolvidos pelos grupos de trabalho da RIPSA (Rede Interagencial de Informações para a Saúde).

Como ressaltado na análise do referencial teórico do Canadá, essa ênfase deve-se à necessidade sentida de avaliar o desempenho considerando a maior abrangência do sistema de saúde e a importância dos determinantes socioeconômicos nas condições de saúde. No nosso caso, interessa compreender o impacto dos determinantes socioeconômicos e demográficos sobre a saúde e o desempenho do sistema de saúde em distintos grupos sociais.

**Quadro 8.2 - Revisão de literatura de indicadores de determinantes socioeconômicos e demográficos e sugestões de indicadores propostos pelo projeto**

<b>Indicadores de Determinantes Sócio-Econômicos e Demográficos</b>	<b>Fonte</b>
Diferenciais nas taxas de mortalidade segundo quintís sócio-econômicos	Austrália
População de 12 anos ou mais que relata ter certificado de nível médio.	Canadá
População de 25-54 anos que obtiveram um diploma de nível secundário.	Canadá
Número médio de anos de escolaridade para a população de 25-54 anos.	Canadá
Taxa de desemprego - Força de trabalho <sup>7</sup> de 15 anos ou mais (e para os mais jovens, de 15 a 24 anos) que não tiveram um emprego durante o período de referência <sup>8</sup> .	Canadá
Força de trabalho de 15 anos ou mais que não tiveram emprego durante qualquer época do ano atual ou prévio.	Canadá
População (famílias econômicas <sup>9</sup> e indivíduos) com renda abaixo do limite estabelecido pelo órgão de estatística do Canadá (low-income cut-off / LICO).	Canadá
População de crianças menores de 17 anos vivendo em famílias econômicas com renda abaixo do limite estabelecido pelo órgão de estatística (Statistics Canada) do Canadá (low-income cut-off / LICO).	Canadá
Renda média per capita de pessoas com 15 anos ou mais que referem algum tipo de renda.	Canadá
Moradores (proprietários, locatários e total) gastando 30% ou mais da renda total com despesas de moradia <sup>10</sup>	Canadá
Grau de controle que trabalhadores de 15 a 74 anos atualmente empregados tem sobre suas circunstâncias de trabalho	Canadá
Proporção de renda pertencente aos residentes com rendimentos abaixo da mediana de renda da população.	Canadá
Proporção de todas as rendas que provém de transferências governamentais (p.e., Plano de Pensão, Seguro Desemprego) para a população de 15 anos ou mais	Canadá
Percentual de residências privadas nos quais os proprietários vivem (excluindo residências coletivas).	Canadá
Número de ofensas ao Código Penal expressas como uma taxa por 100.000 pessoas, por crimes violentos <sup>11</sup> , crimes contra propriedade e total de crimes.	Canadá

<sup>7</sup> Pessoas atualmente empregadas e pessoas desempregadas mas que estiveram disponíveis para trabalhar no período de referência e que buscaram trabalhos nas últimas 4 semanas.

<sup>8</sup> Período de referência refere-se ao período de uma semana (de domingo a sábado) e que inclui o 15º dia do mês.

<sup>9</sup> Família econômica refere-se a um grupo de 2 ou mais pessoas que vivem no mesmo domicílio e estão relacionadas por consanguinidade, casamento, união consensual ou adoção.

<sup>10</sup> Despesas de moradia incluem eletricidade, água e outros serviços municipais, gás, carvão ou outros combustíveis, pagamentos de hipotecas, taxas de propriedade, taxas condominiais e de aluguel.

<sup>11</sup> Crimes violentos incluem homicídios, tentativas de assassinato, assaltos sexuais e não sexuais, seqüestros, e roubos.

Número de jovens (12 a 17 anos) e adultos (18 anos ou mais) acusados de ofensas ao Código Penal expressas como uma taxa por 100.000 jovens ou adultos, por crimes violentos, crimes contra propriedade e total de crimes.	Canadá
Número de habitantes de uma região por sexo e idade.	Canadá
Número de habitantes/Km2.	Canadá
Relação entre população de crianças (0-14) e de idosos (65 anos ou mais) combinadas e a população em idade produtiva (15-64 anos).	Canadá
Pessoas vivendo em áreas urbanas.	Canadá
População aborígine por área geográfica	Canadá
Todos os imigrantes que chegaram a uma area geográfica e número de imigrantes que chegaram em um período de tempo determinado (1981-1996).	Canadá
Percentual de pessoas que viviam em uma região/municipalidade diferente na época do censo prévio ou 1 ano antes de censo corrente	Canadá
Percentagem de famílias com apenas um dos pais entre total de todas as famílias	Canadá
População pertencente a um grupo de minoria visível <sup>12</sup> .	Canadá
Número absoluto e taxa de gestações por mil mulheres de 15-19 anos	Canadá
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Distribuição de renda</b> <i>distribuição de renda segundo quintis</i> <i>razão de renda</i> <i>proporção de pobres</i> <i>renda familiar mensal per capita até meio salário mínimo</i> <i>proporção de famílias de baixa renda</i></li> <li>• <b>Escolaridade</b> <i>número médio de anos de estudo</i> <i>taxa de analfabetismo</i> <i>níveis de escolaridade</i></li> <li>• <b>Emprego</b> <i>taxa de desemprego</i></li> <li>• <b>Ocupação</b> <i>variável criada a partir das variáveis setor de atividade e posição na ocupação (Censo)</i></li> <li>• <b>Demográficos</b> <i>fecundidade</i> <i>distribuição etária</i> <i>número médio de pessoas por cômodo (IBGE)</i> <i>proporção da população em habitações subnormais</i></li> <li>• <b>Outros</b> <i>incidência de delitos e homicídios e número de jovens acusados de delito</i></li> </ul>	Proadess

**Fontes:** AIHW 2002; CIHI 2003

<sup>12</sup> Não-caucasianos na raça e não-brancos na cor.

**c) Determinantes comportamentais e biológicos: atitudes, práticas, crenças, comportamentos, bem como fatores biológicos individuais, que favorecem a ocorrência de agravos à saúde.**

Evans e Stoddart (1994) avaliam que os modelos propostos baseados em Lalonde, acabaram por dar excessiva ênfase ao *Estilo de Vida* como um dos determinantes da saúde, levando a uma concepção que privilegia fatores de risco individuais e que atribui ao paciente a culpa por seu estado de saúde. Estes autores propõem um novo referencial em que a dimensão de “*respostas individuais*” (um dos determinantes da doença), que inclui respostas biológicas e comportamentais (o estilo de vida), é determinado/condicionado pelo “ambiente social”, o que conduz a uma reconceitualização do “estilo de vida”.

A revisão dos indicadores usados nos países analisados demonstra claramente a importância que é dada a alguns comportamentos como o hábito de fumar, consumo de bebidas alcoólicas, consumo de drogas, comportamentos alimentares, sedentarismo, ao lado de indicadores que estariam também bem situados entre os indicadores de condições de saúde, como a proporção de sobrepeso, e hipertensão arterial.

A maioria dos indicadores é coletada através de inquéritos populacionais, sendo que em alguns países, como no Canadá, há inquéritos desenhados para coletar periodicamente não apenas esses indicadores, mas todos os incluídos no “*dashboard*”. No caso brasileiro as fontes que poderiam gerar informações para indicadores desse tipo são: a Pesquisa sobre Padrões de Vida (IBGE, 1996/7), o Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida por Agravos não Transmissíveis, coordenado pelo INCA, que está em campo em 19 mil domicílios das capitais do país, desde 2002, e a Pesquisa Mundial de Saúde, atualmente em campo em uma amostra nacional de 5 mil domicílios. Interessam, sobretudo, nesse caso os inquéritos populacionais já estabilizados e com base amostral definida, como os da PNAD do IBGE.

**Quadro 8.3 - Revisão de literatura de indicadores de determinantes comportamentais e biológicos e sugestões de indicadores propostos pelo projeto.**

<b>Indicadores de Determinantes Comportamentais e biológicos</b>	<b>Fonte</b>
Proporção de pessoa com 14 anos ou mais que se declaram fumantes.	Austrália USA
Proporção de adolescentes fumantes	USA
População de 12 anos ou mais que relata ser tanto um fumante (diário ou ocasional) como um não fumante (nunca ter fumado/ter parado).	Canadá
População de 12 anos ou mais que relata ser um fumante corrente ou passado segundo a idade em que fumaram o primeiro cigarro.	Canadá
População de 12 anos ou mais que relata que fumava (seja em uma base diária quanto ocasional) em um dos inquéritos mas que tinha parado no inquérito subsequente (intervalos de 2 anos).	Canadá
População de 12 anos ou mais que relata ser um bebedor habitual e que refere ter bebido 5 ou mais doses em pelo menos uma ocasião nos últimos meses.	Canadá
Proporção de adultos que participaram de concursos de ingestão de bebidas alcoólicas nos últimos 30 dias	USA
População de 12 anos ou mais que relata algum nível de atividade física.	Canadá
Proporção de adolescentes que não usaram drogas ilícitas ou álcool nos últimos 30 dias	USA
Proporção de adultos que não usaram drogas ilícitas nos últimos 30 dias	
Proporção de adolescentes em abstinência sexual ou que usam preservativos corretamente, caso sexualmente ativos	USA
Proporção de pessoas sexualmente ativas que usam preservativos	
Proporção de adultos que exercem regularmente atividade física moderada por pelo menos 30 minutos por dia	USA
Proporção de adolescentes que exercem regularmente atividade física vigorosa por pelo menos 20 minutos por dia no mínimo 3 vezes por semana	USA
Proporção de crianças nascidas nos três anos prévios de mães entre 15 e 49 anos que foram amamentadas ao seio.	Canadá
Duração da amamentação de crianças nascidas nos três anos prévios de mães entre 15 e 49 anos que foram amamentadas ao seio.	Canadá
População de 12 anos ou mais segundo número de vezes por dia que consome frutas e vegetais.	Canadá
Proporção de pessoas insuficientemente ativas	Austrália
Proporção de pessoas com sobrepeso	Austrália
Proporção de adolescentes com sobrepeso ou obesos	USA
Proporção de adultos com sobrepeso ou obesos	USA
Proporção de pessoas com pressão arterial elevada	Austrália
Proporção de crianças com baixo peso (<2.500g)	Austrália

<i>Proporção de adultos fumantes</i> <i>Proporção de adolescentes fumantes</i> <i>Proporção de menores de 15 anos que vivem em domicílios com fumantes</i> <i>Proporção de adultos e adolescentes que fazem uso de drogas lícitas e ilícitas por adultos e adolescentes</i> <i>Proporção de adultos/adolescentes que consomem regularmente bebidas alcoólicas</i> <i>Proporção de adultos que executam atividade física regularmente</i> <i>Proporção de pessoas sexualmente ativas que usam preservativo</i> <i>Padrão alimentar</i> <i>Composição calórico protéica da ingestão alimentar</i>	<i>Proadess</i>
---	-----------------

**Fontes:** AIHW 2002; CIHI 2003.

### 8.5.2. Condições de Saúde da População

O estado de saúde da população é uma das dimensões fundamentais na compreensão e análise do sistema de cuidados à saúde. Os serviços de saúde constituem um dos determinantes do estado de saúde, ao mesmo tempo em que representam também uma resposta socialmente organizada ao estado de saúde prevalente.

Para Castellanos (1997) o campo da situação/condição de saúde incluiria “tanto os perfis de necessidades e problemas como as respostas sociais organizadas frente aos mesmos. Da interação entre ambos resulta um conjunto de fenômenos (aparentes) que é conhecido, em geral, como perfil de *morbimortalidade, incapacidades e insatisfações*, conjunto que constitui a parte emergente e visível, ao nível fenomenológico, dessa estrutura latente que é o complexo de necessidades, problemas e respostas sociais.” Entendendo que a situação de saúde expressa, ao nível individual e coletivo, o processo de reprodução social, o autor conclui que, correspondendo a cada momento reprodutivo do processo de reprodução social, as necessidades de saúde poderiam organizar-se em necessidades predominantemente biológicas, ecológicas, de consciência e conduta ou econômicas.

Essa dimensão é vista principalmente pela OMS e pela OECD como elemento fundamental de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, dada a importância atribuída por esses organismos ao impacto do SS sobre as condições de saúde da população. Já com relação aos países analisados, sua inclusão nos “dashboards” se daria pela necessidade de simultaneamente avaliar o desempenho do sistema de saúde e monitorar as condições de saúde (Canadá), ou principalmente por esse último motivo (EUA).

A dimensão do estado ou condição de saúde passa a ser concebida como constituída por sub dimensões, que respondem ao avanço e complexidade do conceito de saúde, e essas subdimensões se expressariam em diferenciados indicadores e métodos de mensuração da saúde-doença.

Em todos os casos analisados, seja nos países que têm seus marcos conceituais apresentados em formato de painel de controle, como também no caso do NHS, essa dimensão engloba aspectos referentes à morbidade, funções humanas, bem-estar e mortalidade. As distinções correm por conta de que alguns indicadores podem estar incluídos em subdimensões distintas. Além disso, muitos deles também são utilizados como indicadores de outras dimensões (desempenho do sistema de saúde), como se verá mais adiante.

Autores têm diferenciado entre as medidas de quantidade de saúde e as de qualidade (goodness) de saúde (Brock, 2002; Broome, 2002). Também diferenciam entre indicadores de saúde de populações e indicadores de saúde de pessoas e entre medidas de qualidade de vida versus instrumentos para medir qualidade de vida em saúde (McDowell & Newell 1996).

Instrumentos que medem dimensões específicas da saúde, especialmente a saúde mental, também são utilizados nas avaliações de estado de saúde. Por exemplo, o SRQ 20 permitiria avaliar o percentual de pessoas livres de distúrbios psiquiátricos menores, ou mesmo trabalhar com um escore médio da população (WHO,1994). Este instrumento desenvolvido sob patrocínio da OMS vem gerando várias publicações brasileiras (Ludemir & Melo Filho, 2002). Trata-se de questionário reduzido, com pequeno tempo despendido em sua aplicação e que poderia ser utilizado em um futuro inquérito de abrangência nacional no Brasil.

***a) Morbidade: ocorrência de sintomas, doenças, traumas e deficiências.***

Persistindo como uma das mais importantes fontes de informação sobre saúde, os dados de mortalidade foram historicamente os primeiros a constituir indicadores de saúde válidos e extensa e intensamente aplicados. A importância destes dados foi reconhecida antes do desenvolvimento do conceito de saúde pública, já nos séculos XVI e XVII e por muito tempo a caracterização da saúde das populações se baseou essencialmente nas



informações derivadas dos óbitos (OPS, 2002). No entanto, a mortalidade deixou, cada vez mais, de dar conta do espectro total dos problemas de saúde que afetam as populações em decorrência do declínio intenso das taxas e da mudança do perfil de morbidade. Esta nova situação requer que indicadores de morbidade, de prevalência e incidência de doenças e lesões, e de prevalência de deficiências físicas sejam obtidos para que o estado de saúde das populações possa ser aquilatado. Indicadores que levem em conta as comorbidades são necessários para avaliar o impacto de morbidades múltiplas presentes nos indivíduos (Charlson, 1994).

Mas, a presença da doença ou de seu diagnóstico não é suficiente para caracterizar o “grau de saúde” dos pacientes e das populações, nem de detectar a magnitude do impacto que as patologias prevalentes acarretam na vida das pessoas e das coletividades. Medidas de limitações e de incapacidades provocadas pelas doenças passam a ser fundamentais para medir o estado de saúde. O desenvolvimento de indicadores da preservação das *atividades da vida diária* permitem mensurar, para além da presença de doenças e diagnósticos, o significado e efeito da doença no cotidiano das pessoas (incluindo *activities of daily living* (ADL) e *instrumental activities of daily living* (IADL)). Os instrumentos se diferenciam entre os que objetivam a avaliação global do estado de saúde e aqueles dirigidos a mensurar dimensões específicas: bem estar psíquico, bem estar social, dor, incapacidades para atividades da vida diária, etc.(McDowell & Newell ,1996). Amplia-se, assim, o elenco de instrumentos voltados à mensuração do estado de saúde. As várias dimensões da qualidade de vida em saúde passam a ser escrutinadas e quantificadas com instrumentos validados e traduzidos para diferentes idiomas. Entre os instrumentos para avaliação global da qualidade de vida em saúde alguns passam a ter utilização mais ampla como o WHOQol extenso (WHOQOL group, 1998), o WHOQol abreviado, (ambos já com versão em português e aplicados no Brasil) e o SF36 (*Short Form 36*) também já validado, traduzido e aplicado no Brasil (Ciconelli, 1997). Os instrumentos para a avaliação global da saúde possibilitam ou a geração de um *índice único* ou de vários índices que mensuram diferentes dimensões do estado de saúde produzindo um *perfil de estado de saúde* como o *MOS – 36 item Short Form (SF36)*, por exemplo (McDowell & Newell ,1996).

No quadro 8.4 estão listados os indicadores na forma como foram propostos pelos diversos países, e que, evidentemente, destacam aqueles problemas de saúde considerados como de maior prevalência, ou gravidade, ou transcendência na sua população. Sugere-se

que seria interessante trabalhar com indicadores globais de base populacional e alguns indicadores relacionados à atenção básica tendo como referência a definição mais recente do PACTO, em que estão destacados os problemas de saúde selecionados pelos gestores brasileiros como prioritários (Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Hipertensão, Diabetes, Tuberculose, Hanseníase, Saúde Oral).

**Quadro 8.4 - Revisão de literatura de indicadores de determinantes comportamentais e biológicos e sugestões de indicadores propostos pelo projeto.**

<b>Morbidade</b>	<b>Fonte</b>
Anos de vida vividos com incapacidade segundo grupos de doenças.	Austrália
Índice de Massa Corporal- IMC	Canadá
Morbidade referida para Artrite/reumatismo em maiores de 12 anos	Canadá
Morbidade referida para Diabetes em maiores de 12 anos	Canadá
Morbidade referida para Asma em maiores de 12 anos	Canadá
Morbidade referida para Pressão Arterial alta em maiores de 12 anos	Canadá
Morbidade referida para sintomas de Depressão em maiores de 12 anos	Canadá
Percentual de RNs com <2500g ao nascer	Canadá
Taxa padronizada por idade de novos sítios primários de neoplasias por 100 mil hab para todas as neoplasias e para neoplasias específicas: coloretal, pulmão, mama feminina e próstata.	Canadá
Taxa padronizada por idade de Internações por causas externas por 100 mil hab	Canadá
Limitação de atividade por dor crônica em maiores de 12 anos	Canadá
Proporção de pessoas que refere dor crônica (intensa, moderada, leve)	Canadá
Proporção de pessoas de 12 anos e mais que referem lesões que provocam limitação nos últimos 12 meses	Canadá
Taxa de internações hospitalares por IRA em menores de 5 anos	PACTO
Gravidez em mulheres menores de 18 anos	Reino Unido
Número médio de dentes careados ou tratados em crianças de 5 anos	Reino Unido
<i>Restrição das atividades rotineiras nas duas últimas semanas por motivo de saúde.</i>	Proadess

**Fontes:** AIHW 2002; Brasil/MS 2003; CIHI 2002; UK/NHS 2001.

Caso se optasse por utilizar indicadores utilizados por outros países, inquéritos episódicos sobre Hipertensão arterial e Diabetes, poderiam ser utilizados como fontes de dados para estimar a prevalência dessas condições. Indicadores de morbidade referida poderiam ser obtidos através de suplementos de saúde da PNAD de 1998 e da Pesquisa Mundial de Saúde.

**b) Estado funcional: ocorrência de limitação ou restrição na realização de atividades cotidianas típicas.**

A diferenciação entre “doença” e “saúde e funcionamento”, discriminando a visão clínica, necessária às condutas médicas, da visão da própria pessoa sobre o efeito da doença em sua saúde, levando em consideração o impacto sobre a capacidade funcional em seus múltiplos aspectos, é uma das contribuições importantes do modelo de Evans & Stoddart.

O nível funcional pode ser usado como marcador de existência, gravidade e impacto de doenças cuja etiopatogenicidade não seja conhecida ou estejam num estágio em que não é possível medi-las. Além disso, medir o estado funcional também é uma forma conveniente de comparar o impacto de diferentes doenças em diferentes populações ao longo do tempo, e se mostra associado ao nível de consumo de serviços de saúde e prognóstico para a sobrevivência.

O documento da OMS, *International Classification of Functioning Disability and Health (ICIDH-2)*, define uma nomenclatura (*International Classification of Functioning - ICF*) que deve ser usada em associação com a CID.

Normalmente as alterações no estado funcional são medidas em 3 estágios sequenciais denominados pela OMS como *impairment* (deficiência), *disability* (incapacidade), e *handicap* (desvantagem).

Deficiência: significa uma redução na capacidade física ou mental e geralmente consiste em distúrbios de algum órgão, não sendo necessariamente visível e nem sempre tem conseqüências adversas.

Incapacidade: se os efeitos da alteração não são corrigidos, pode ocorrer uma restrição na capacidade da pessoa para realizar uma função de maneira considerada normal. A incapacidade pode ou não limitar o papel social dos indivíduos dependendo da sua gravidade e do que o indivíduo deseja fazer.

Desvantagem refere-se à desvantagem social que pode ocorrer devido a uma deficiência. Uma pequena lesão pode tornar um atleta incapaz, mas não restringir notavelmente uma outra pessoa. Vertigem pode ser uma incapacidade para um trabalhador na construção civil, mas não para um escritor.

Mais recentemente o ICIDH-2 passou a empregar o termo *funcionalidade* que engloba os termos função corporal, estrutura do corpo, atividade social e participação social

e ambiente e amplia seu significado para incluir experiências positivas registrando a potencialidade da pessoa portadora de deficiência (PPD) (Battistella & Brito, 2002). A funcionalidade indicaria aspectos positivos da interação entre o indivíduo (com determinada condição de saúde) e os fatores contextuais desse indivíduo (fatores ambientais e pessoais) (ICIDH-2).

Interessa aqui discutir os aspectos relacionados à incapacidade e deficiência, sinalizando também para o fato de que fatores ambientais impactam positiva ou negativamente a incapacidade. O termo desvantagem (handicap) já foi substituído pelo de *participation restriction* (restrição à participação) já que seu entendimento implica na forma como a sociedade reage diante de uma deficiência/incapacidade ou de um portador delas<sup>13</sup>.

**Quadro 8.5 - Revisão de literatura de indicadores de estado funcional e sugestões de indicadores propostos pelo projeto.**

Estado Funcional	Fonte
Restrição severa ou profunda de atividades por idade e sexo	Austrália
Restrição de atividades nas duas últimas semanas	Canadá
População de 12 anos ou mais que refere medidas gerais de saúde funcional incluindo visão, audição, fala, mobilidade, destreza, tato, cognição, memória e dor	Canadá
População de 12 anos ou mais que refere incapacidade, deficiência, ou limitação crônica (pelo menos 6 meses) devido a condição física, mental ou problema de saúde	Canadá
Expectativa de vida livre de incapacidade/limitação de atividade	Canadá
<i>Proporção de pessoas que têm limitação das atividades por dor crônica</i> <i>Proporção de pessoas que referem dor crônica</i>	Proadess

**Fontes:** AIHW 2002; CIHI 2002.

Diversos inquéritos de saúde internacionais e nacionais geram informações sobre restrição de atividades e sobre limitação de atividades. Algumas vezes os termos são usados indistintamente, mas, a rigor, o termo restrição é reservado para o caso das condições agudas e tem uma conotação transitória, enquanto a limitação refere-se a uma condição crônica com caráter mais permanente.

---

<sup>13</sup> Para uma revisão da legislação brasileira : <http://www.cedipod.org.br/dec3298.htm>

No Brasil, existem dados sobre limitação de atividades físicas no suplemento saúde da PNAD 98 e nas amostras dos Censos Demográficos, havendo nesses últimos também informações sobre deficiência mental.

**c) *Bem-estar: qualidade de vida associada ao bem estar físico, mental e social dos indivíduos***

O “bem-estar” segundo Griffin (2002) engloba diversos valores substantivos diferentes e não redutíveis que seriam: realização pessoal, profundidade das relações interpessoais, satisfação, entendimento do próprio lugar e possibilidades, e componentes da dignidade humana como a capacidade de ter e perseguir um projeto pessoal. Desta forma, o bem-estar não pode ser reduzido a “satisfação ou alegria” nem ser “somado” como períodos de satisfação ou adicionado entre pessoas para compor um “bem-estar” coletivo (Griffin, 2002).

O estado de saúde teria uma influência significativa na organização dos cuidados à saúde que se constitui, por seu turno, em um dos determinantes do estado de saúde, afetando o grau de bem-estar atingido pelas populações. Enquanto saúde é amplamente aceita como um dos componentes do bem-estar em geral das pessoas, autores discordam sobre a adequação de medir o impacto do estado de saúde sem considerar as diferentes condições de bem estar (Broome, 2002; Brock, 2002).

Medidas do estado de saúde das pessoas podem ser obtidas com o uso de inúmeros instrumentos já desenvolvidos, validados, traduzidos para diversos idiomas e avaliados em muitas aplicações realizadas em diferentes países. A gama de instrumentos existentes permite selecionar entre os que objetivam a avaliação global do estado de saúde e aqueles que medem dimensões específicas como bem-estar psíquico, bem-estar social, etc.(McDowell I & Newell C.,1996). A realização de inquéritos populacionais de saúde constitui fonte importante de indicadores de estado de saúde não disponíveis em dados de registros e nos bancos nacionais (Viacava, 2002).

Entre os instrumentos para avaliação global da qualidade de vida em saúde dispõem-se de vários como o WHOQol extenso, o WHOQol abreviado e o SF36 (Short Form 36), que, entre outros, já têm aplicações feitas no Brasil. Instrumentos que medem dimensões específicas como a saúde mental (SRQ 20, como exemplo) contribuiriam com indicadores relevantes para a subdimensão *bem-estar* da dimensão *condição de saúde*.

Indicadores “positivos” de saúde como peso adequado, saudável (BMI), capacidade pulmonar adequada, flexibilidade e força muscular, índices de qualidade da dieta entre outros também compõem o elenco de indicadores possíveis de serem utilizados na dimensão “saúde” ou “bem-estar”, no componente “condição de saúde”.

A auto avaliação da saúde, que tem sido usada como indicador de bem-estar, constitui uma auto classificação global do estado de saúde para a qual a pessoa considera além de possíveis doenças de que seja portadora, o impacto das patologias ou da ausência delas no seu bem estar geral: físico, mental e social. É considerado um excelente indicador da saúde pessoal. A literatura confirma a validade do indicador como preditor da mortalidade (Idler & Benyamini, 1997; Bellerose et al, 1994).

É um indicador de simples obtenção durante a realização de inquéritos. No Brasil, dados da PNAD 98 permitiram estimar que 79,1% de toda a população brasileira alvo da pesquisa avaliaram seu próprio estado de saúde como bom ou muito bom. Os percentuais diferiram segundo o gênero (mulheres apresentaram índices menores de satisfação que os homens, a partir dos 14 anos) e segundo a categoria de renda familiar: de 72,5% (um salário mínimo) a 90,1% (20 salários mínimos). O índice de avaliação de bom ou muito bom decresceu com o aumento da idade: de 92,0% em menores de 14 anos para 39,4% em homens e 34,2% em mulheres com idade superior a 64 anos.

Pesquisa de Quebec, de 92-93 aponta que 89% de toda a população com 15 anos ou mais considera a própria saúde como excelente, muito boa ou boa. Os índices de satisfação decrescem com o aumento da idade e são maiores no sexo masculino (diferença com significância estatística apenas no grupo de 15 a 24 anos) (Bellerose et al, 1994).

Também tem sido utilizado o indicador “proporção de pessoas que consideram seu estado de saúde como muito bom ou bom em duas pesquisas consecutivas” o que indicaria persistência de auto avaliação positiva do estado de saúde. É considerado bom, pela simplicidade para monitorar estado de saúde de populações e de segmentos demográficos e sociais. É considerado um bom preditor da mortalidade, especialmente em idosos (Idler & Benyamini, 1997).

Pesquisas realizadas em Quebec, apontam redução do percentual da população que avaliou a própria saúde como muito boa (de 40,9% para 34,4%) e aumento dos que a auto avaliaram como boa (de 29,1% para 37,2%), sem diferenças nas demais categorias,

considerando a pesquisa de 1992-93 e comparando-a com a de 1987 (Bellerose et al, 1994).

A comparação da auto-avaliação da saúde entre populações e subgrupos com diferentes padrões culturais implica considerações sobre o impacto dessas diferenças no perfil de respostas e na validade do indicador, o que vem sendo submetido à análise (Sadana, 2002).

Outro desenvolvimento importante nos últimos anos tem sido observado na proposta e aplicação de indicadores compostos que combinam mortalidade e morbidade e trazem novas possibilidades de quantificação da perda e da incapacitação produzidos por diferentes agravos. Entre esses indicadores ganha notoriedade os “Anos de vida ajustados para incapacidades” (DALY) que foi aplicado em vários países, inclusive no Brasil (Murray & Lopez, 1996).

**Quadro 8.6 - Revisão de literatura de indicadores de Bem-estar e sugestões de indicadores propostos pelo projeto.**

Bem estar	Fonte
Proporção de doença na carga total de doença de áreas prioritárias	Austrália
Taxas padronizadas de mortalidade por sexo em grupos indígenas australianos	Austrália
Esperança de vida ao nascer por sexo	Austrália NHS-HA
Proporção de população segundo auto-avaliação do estado de saúde em maiores de 12 anos	Canadá
Pessoas com auto-avaliação muito boa ou excelente em dois ou mais ciclos longitudinais	Canadá
Auto-estima em maiores de 12 anos	Canadá
Nível de <i>stress</i> crônico referido pela população de 18 anos ou mais	Canadá
Nível de suporte pessoal percebido relatado pela população de 12 anos ou mais	Canadá
<i>Proporção de população com muito bom/bom estado de saúde segundo a auto-avaliação do estado de saúde em adultos.</i>	Proadess

**Fontes:** DH/NHS-HA 2001; AIHW 2002; CIHI 2002

No Canadá, os indicadores de “bem estar” referidos são: auto-avaliação de saúde; auto avaliação de saúde como muito boa ou excelente por dois ou mais inquéritos consecutivos e nível de auto estima, avaliado pelas respostas dadas a um conjunto de questões auto-aplicadas. Níveis de stress e de suporte social, que também poderiam ser



indicadores de Bem-estar, estão incluídos em “determinantes de saúde”, no componente “fatores pessoais”.

Na Austrália, os indicadores para Bem-estar são: dados globais de bem-estar físico, mental e social e outros indicadores como o DALE (expectativa de vida ajustada para incapacidades). Entretanto, a discriminação dos indicadores por dimensão aloca em “Condições de saúde”: o componente não fatal da carga da doença para os principais grupos de doenças (o que na verdade é incapacidade por morbidade) e para a sub-dimensão “esperança de vida e bem-estar” são referidos 3 indicadores: Taxa de mortalidade (SMR) segundo gênero e etnia, Esperança de vida ao nascer segundo gênero e Carga total de doenças e lesões em áreas prioritárias. Portanto, este país não utiliza, embora proponha, indicadores globais de bem-estar físico, mental e social.

A Escócia, a Inglaterra e os EUA não incluem indicadores de “bem estar” entre os selecionados para avaliar os sistemas de saúde. Nos Estados Unidos, entre a relação dos “*Leading Indicators for Healthy People 2010*”, selecionados para avaliar os objetivos prioritários de saúde, observa-se a inclusão de alguns indicadores “positivos de saúde” como: flexibilidade e força muscular e atividade física (como componentes do indicador: *Aptidão e atividade física*); crescimento e peso, consumo de alimentos e nutrientes (componentes do indicador: *Nutrição e sobrepeso*); aleitamento materno (*Saúde materno infantil e da criança*) e melhoria do estado de saúde mental (item do indicador *Saúde e doenças mentais*).

***d) Mortalidade: padrão e tendências da ocorrência de óbitos na população.***

O conjunto de medidas subjetivas de saúde que vem se incorporando para melhor avaliar a situação de saúde das populações não anulam a importância dos dados de óbito como informações relevantes de saúde. Dados de mortalidade passam a ser trabalhados com outras abordagens, além dos indicadores já consolidados. Conceitos de morte precoce ou prematura, mortes evitáveis e mortes excessivas inspiram o desenvolvimento de indicadores de Anos Potenciais de Vida Perdidos, as listas de mortes evitáveis, a aplicação do SMR (standardized mortality ratio) na mensuração das diferenças de mortalidade que atingem populações ou subgrupos. A contribuição de cada causa de morte nas mudanças da esperança de vida é analisada com os Anos de Esperança de vida perdidos por causas (OPS,



2002) e é desenvolvida a esperança de vida livre de incapacidades. Esses novos instrumentos têm sido aplicados com abrangência nacional, regional ou em estudos localizados; em pesquisas de base populacional que incluem o conjunto da população ou segmentos específicos de idade e sexo, ou em pesquisas de pacientes com objetivos clínicos.

**Quadro 8.7 - Revisão de literatura de indicadores de Mortalidade e sugestões de indicadores propostos pelo projeto.**

Mortalidade	Fonte
Taxas de mortalidade por causa específicas	Austrália Canadá
Mortes por suicídio e lesões auto infligidas por sexo	Austrália Canadá
Taxa padronizada de mortalidade por suicídio e lesões em que se ignora de foram acidental ou intencionalmente provocadas	Reino Unido
Taxa padronizada de mortalidade por todas as causas por 100 mil hab	Canadá
Taxa de mortalidade padronizada para acidentes não intencionais por 100 mil hab	Canadá Reino Unido
Número absoluto, taxa de mortalidade e taxa de mortalidade padronizada por todos tipos de câncer e neoplasias selecionadas	Canadá
Número absoluto, taxa de mortalidade e taxa de mortalidade padronizada para doenças respiratórias e doenças selecionadas	Canadá
Número absoluto, taxa de mortalidade e taxa de mortalidade padronizada para AIDS por 100 mil hab.	Canadá
Esperança de vida ao nascer	Canadá
Esperança de vida aos 65 anos	Canadá
Taxas padronizadas por idade de mortalidade por neoplasias em menores de 75 anos	Reino Unido
Taxa de mortalidade, padronizada por idade, por todas as doenças vasculares circulatórias em menores de 75 anos	Reino Unido
Taxa de mortalidade perinatal	Canadá
Taxa de mortalidade infantil	Canadá PACTO Reino Unido
Taxa de mortalidade neonatal	PACTO
Anos potenciais de vida perdidos antes dos 75 anos, por 100 mil hab.	Canadá
Anos potenciais de vida perdidos por câncer antes dos 75 anos	Canadá
Anos potenciais de vida perdidos por doenças ap. circulatório antes dos 75 anos, por 100 mil hab.	Canadá
Anos potenciais de vida perdidos por doenças ap.respiratório antes dos 75 anos, por 100 mil hab.	Canadá

Anos potenciais de vida perdidos por acidentes não intencionais antes dos 75 anos, por 100 mil hab	Canadá
Anos potenciais de vida perdidos por suicídio antes dos 75 anos, por 100 mil hab.	Canadá
Taxa de mortalidade materna	PACTO
Taxa de mortalidade por câncer de colo de útero	PACTO
Taxa de mortalidade por câncer de mama	PACTO
Taxa de mortalidade por doenças cérebro-vasculares	PACTO
Taxa de mortalidade por Tuberculose	PACTO
<i>Taxa de mortalidade infantil</i> <i>Mortalidade proporcional por doenças diarréicas em menores de 5 anos</i> <i>Taxa de mortalidade por causas externas</i> <i>Taxa de mortalidade por doenças aparelho circulatório</i> <i>Taxa de mortalidade por neoplasias malignas.</i>	Proadess

**Fontes:** AIHW 2002, CIHI 2003, DH/NHS 2002; Brasil/MS 2003.

Partiu-se dos indicadores de mortalidade definidos pela RIPSa aproveitando-se de todo o processo de acúmulo de discussão sobre a viabilidade de obtenção, definição da base de dados a ser utilizada e esforço para sua conceituação e padronização.

Do conjunto de indicadores existentes optou-se pela indicação de menor número de indicadores, mas que, ao mesmo tempo, pudessem exprimir a diversidade do perfil epidemiológico da população do país, considerando o estágio incompleto da transição epidemiológica, além de serem suficientemente sensíveis para apreender os diferenciais regionais existentes.

Esta seleção teve ainda por objetivo a escolha de indicadores que podem refletir diferentes níveis de demanda em relação aos serviços de saúde, incluindo indicadores que espelham a necessidade de consumo da rede básica de saúde ou do programa de saúde da família e de indicadores que estão relacionados ao consumo de serviços de saúde de alta complexidade.

### **8.5.3. Estrutura do Sistema de Saúde**

A atenção à saúde no Brasil é realizada através de dois sistemas: o público, o Sistema Único de Saúde/SUS e o privado, o sistema de assistência suplementar. O sistema público envolve simultaneamente prestadores públicos e privados, sendo que boa parte dos prestadores privados atende simultaneamente ao sistema público e ao sistema supletivo (OPS,2001). Parte dos estabelecimentos privados são remunerados, total ou parcialmente, pelas empresas de seguros de saúde ou por desembolso direto dos pacientes. Considera-se que em torno de 25% da população brasileira está inserida no sistema de assistência suplementar, com grandes variações regionais (chegando a quase 50% no Estado de São Paulo), mas parte importante dessa população utiliza também a rede pública, para procedimentos complexos e de maior custo.

Uma das características importantes adicionais do sistema de saúde no Brasil é sua desigualdade na distribuição dos estabelecimentos de saúde nas diferentes regiões brasileiras, e na distribuição das tecnologias médicas, situação essa que as taxas de crescimento dos diferentes tipos de estabelecimentos nos últimos anos não alteraram de forma significativa (Viacava & Bahia, 2002). Programas com atuação específica sobre determinados problemas de saúde e investimentos continuados têm sido considerados efetivos (AIDS, doenças imunopreveníveis, atenção ao pré-natal, parto e recém-nascido), mas persistem problemas importantes na articulação entre os processos de reforma do SUS e melhorias consistentes na qualidade da atenção, tanto ambulatorial quanto hospitalar.

As características do sistema de saúde brasileiro dificultam muito a utilização de indicadores baseados em taxas médias de cobertura de serviços e tecnologias, pois elas encobrem perfis de acesso, utilização e qualidade na atenção muito diferenciados, o que, por sua vez, prejudica a possibilidade de sua associação, de forma válida, com indicadores populacionais de saúde. Os estudos clínicos já indicam a grande dificuldade metodológica existente em atribuir resultados observados a procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados, mesmo em situações de pesquisa bastante controladas, e essa dificuldade se multiplica enormemente quando se busca estudar a efetividade de processos complexos de atenção médica sobre grupos de pacientes (Klazinga et al, 2001, Zaslavsky AL, 2001).

**a) *Condução (stewardship): capacidade do governo de formular e implementar políticas de saúde, garantindo monitoramento, regulação, participação e responsabilização na execução das políticas.***

Segundo a OMS (WHR,2000), a *Condução (stewardship)* consiste no gerenciamento cuidadoso e responsável do bem-estar da população, a verdadeira essência do bom governo, sendo uma responsabilidade do governo, usualmente dos Ministérios da Saúde. Não significa que o Estado deve financiar e prover todas as intervenções, pelo contrário, algumas tarefas podem ser delegadas, dependendo de como o sistema de saúde está organizado.

A responsabilidade sobre diferentes aspectos pode ser dividida entre as autoridades centrais e sub-nacionais, como também entre outros ministérios, mas o Ministério da Saúde é o principal responsável pelo sistema de saúde.

A OMS identifica três amplas “tarefas” na condução do sistema de saúde: proporcionar visibilidade e direção para o sistema de saúde; coletar e usar informação (*intelligence*); e exercer influência (*enforcement*) a partir da regulação e outros meios.

Saltman & Ferroussier-Davis (2000) consideram que, em sua definição mais geral, o termo alude ao cumprimento desinteressado de um dever pelos poderes públicos ou seus agentes, em nome de uma instância superior (funcionário público como agente).

Idealmente a *Condução* poderia facilitar um princípio de organização do poder na sociedade que transcendesse o econômico e estivesse baseado no interesse comum, revigorando o sentido de finalidade social e restabelecendo a confiança na função do Estado e sua legitimidade, assim como recuperando e modernizando a idéia de bem comum, de um conjunto de valores coletivos.

Atualmente nenhum país ilustra de forma operativa e satisfatória os princípios que fundamentam a idéia de *Condução*, mas há elementos dela, por exemplo nos Estados de Bem-Estar da Europa setentrional.

Travis et al.(2002) assumem a definição do WHR 2000 e trabalham as diferenças conceituais em relação aos conceitos de governabilidade e Funções Essenciais de Saúde Pública.

Uma possível definição extraída da discussão dos autores poderia ser: Capacidade de formular e implementar políticas relevantes, garantindo *oversight*, regulação e

*accountability*, na perspectiva de influenciar o comportamento dos diversos atores setoriais, assegurando a “boa governabilidade” do sistema de saúde.

Os elementos-chave, centrais, da boa governabilidade seriam transparência, *accountability* e participação (*Commonwealth Secretariat*, 2000). E Kaufman et al. (1999) identificam aspectos da governabilidade que refletem o processo de escolha de governo, a capacidade do Estado de implementar políticas relevantes e o respeito – do cidadão e do Estado – pelas leis e normas que regulam a interação entre o Estado e a sociedade.

Ambas – *condução* e governabilidade – dizem respeito em parte à forma como as coisas são feitas, mas os princípios da governabilidade permeiam todo o sistema social, incluindo saúde. A “qualidade” da governabilidade afeta o ambiente no qual o sistema de saúde opera e o condutor (*steward*) do sistema de saúde tem a responsabilidade de assegurar que este opere segundo os princípios da governabilidade. Ambos também se referem a um conjunto de ações, mas muitas não têm saúde como primeira intenção. Sendo assim, as ações de *Condução* na saúde estão todas relacionadas com a melhora da saúde da população.

No que se refere à avaliação da *Condução*, existem diferentes visões. Uma delas consiste em descrever o que é feito em nome da *stewardship* e determinar o que deve ser considerado “bom” analisando suas associações com diferenças no desempenho de objetivos intermediários ou resultados. Os que defendem esta visão partem do princípio de que faltam evidências sobre qualquer julgamento sobre o conteúdo ou qualidade das atividades de *stewardship*.

Outros sugerem caracterizar alguns componentes centrais da *stewardship*, propor algumas noções de “bom” desempenho nessas áreas e investigar se são justificadas examinando a associação com objetivos e resultados intermediários. Este enfoque não pressupõe que certos instrumentos são usados, mas simplesmente que certas responsabilidades são executadas efetivamente.

Como se trata de um novo conceito, não existem instrumentos que avaliem todos os aspectos da *Condução*. A falta de enfoques rigorosos e de medidas padronizadas limitam a comparabilidade. O crescente número de trabalhos para medir governabilidade (*surveys*) pode ajudar a aprofundar essa questão.

No setor saúde, sugere-se também usar o instrumento das Funções Essenciais de Saúde Pública, desenvolvido em grande parte para medir o papel condutor dos Ministérios

da Saúde (11 funções, 48 indicadores, 120 medidas, aproximadamente 700 perguntas); um indicador composto é formulado para cada uma das 11 FESP. Foi aplicado em 20 países, mas testes de validade e confiabilidade do instrumento ainda não foram realizados (Travis et al 2002).

A OMS tem explorado os aspectos da governabilidade que estariam associados às duas medidas de eficiência. Encontrou-se correlação positiva entre saúde e medidas amplas de eficiência e o “índice de efetividade do governo” (Kaufmann et al, 1999); e também correlação positiva, mas menor, com o índice “*voice and accountability*”. O trabalho da OMS na definição e medida da *responsiveness* tem estimulado o debate sobre se esse enfoque pode ser adaptado para a avaliação da *Condução*. A proposta é desenvolver um *survey* específico.

Com base nas dimensões/sub-funções, alguns elementos para a construção de possíveis indicadores de *Condução* seriam:

1. Graus de utilização dos sistemas de informação no processo de decisão.
2. Existência de prioridades estratégicas na política de saúde.
3. Composição e funcionamento do Conselho Nacional de Saúde.
4. Existência de instâncias reguladoras do sistema, em suas diferentes dimensões e níveis governamentais (Agências, Comissões de gestores).
5. Número de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde em funcionamento.
6. Existência de sistemas de auditoria, nos diferentes níveis governamentais.

No quadro 8.8 sugerem-se alguns indicadores para avaliar a condução do sistema de saúde levando em conta a definição proposta.

**Quadro 8.8 - Indicadores de Condução (“stewardship”) e sugestões de indicadores propostos pelo projeto**

Condução	Fonte
<i>Grau de utilização dos sist. de inform. para decisão: % de SES e de SMS com sistema de custos implantado</i>	Proadess
<i>Grau de implantação dos Conselhos de Saúde: número de CES / número de estados número de CMS / número de municípios</i>	
<i>Grau de funcionamento dos Conselhos de Saúde: número de reuniões do CMS, CES e CNS / ano (é necessário definir a faixa desejável: &gt;12)</i>	
<i>Proporção de conselhos de saúde (CNS, CES) que fazem mais que 10 reuniões / ano % de estados com COSEMS em funcionamento</i>	
<i>Participação dos usuários nos Conselhos de Saúde: % de reuniões dos CMS com 50% de usuários % de reuniões dos CES com 50% de usuários</i>	
<i>Existência de instâncias regulatórias do sistema: grau de funcionamento da CIB e da CIT % de estados com pelo menos 12 reuniões CIB/ano número de reuniões da CIT/ano (padrão: 12 a.a.)</i>	
<i>Existência de prioridades estratégicas: (grau de adesão) % de municípios que enviam informações exigidas pelo Pacto de Atenção Básica % de municípios por níveis de gestão</i>	
<i>Existência de sistemas de treinamentos em áreas necessárias para aumentar a capacidade de implementação de políticas em nível estadual e local</i>	
<i>Existência de mecanismos de verificação de cumprimento de leis e normas referentes à proteção e garantia da saúde da população</i>	
<i>Existência de mecanismos de coersão ou sanção em caso de não cumprimento de leis e normas referentes à proteção e garantia da saúde da população.</i>	
<i>Existência de uma política de Recursos Humanos para suprir as necessidades do sistema de serviços de saúde</i>	
<i>Existência de uma política de Ciência &amp; Tecnologia para atender às necessidades de inovação dos serviços de saúde e apoio à resolução de problemas</i>	

**b) *Financiamento: montante de recursos financeiros e modos pelos quais são captados e alocados.***

Como foi mencionado anteriormente, a dimensão “estrutura do sistema de saúde”, que inclui o “financiamento”, foi uma dimensão da avaliação do desempenho introduzida nesta proposta e também está sinalizada nas recomendações da OPS, mas não é uma dimensão explorada pelos modelos canadense, australiano e inglês. A exceção é o modelo canadense, que incorpora exclusivamente indicadores relacionados com: gastos totais em saúde, gastos *per capita*, gasto como percentual do PBI, e gastos do setor público como percentagem do gasto total.

Entretanto, entendemos que as características do financiamento do sistema traduzem financeiramente as políticas de saúde implementadas e devem ser levadas em conta para uma melhor avaliação do desempenho dos serviços de saúde.

Assim, assumimos que a análise do financiamento do setor saúde envolve 3 macro-questões: (i) a do Nível de Gasto em Saúde executado por cada sociedade, (ii) a do modelo de Captação de Recursos destinados ao setor e, finalmente, (iii) a do sistema de Alocação de Recursos no âmbito do sistema de saúde.

A primeira, o **Nível de Gasto em Saúde**, diz respeito à importância atribuída à promoção, prevenção e recuperação da saúde por uma determinada sociedade, o qual tem um impacto sobre o próprio sistema de saúde.

A segunda, referente ao modelo de **Captação de Recursos**, informa acerca da composição das fontes de financiamento do sistema (público x privado; públicas: tributos diretos x indiretos) e, ainda, acerca da distribuição do ônus do financiamento entre classes de renda, permitindo a análise do financiamento do setor saúde desde a perspectiva da equidade vertical.

Finalmente, o sistema de **Alocação de recursos** possibilita analisar a distribuição regional do gasto público em saúde *vis-à-vis* a distribuição das necessidades de saúde e, ainda, permite analisar as prioridades atribuídas aos diferentes tipos de ações (promoção, prevenção e recuperação) de saúde e, ainda, aos distintos programas executados.

### **1. Gasto em Saúde**



No quadro abaixo figuram indicadores relativos a esta macro-questão. Note-se que, além dos indicadores da RIPSA, e considerando que no caso brasileiro o financiamento público é responsabilidades das três esferas de governo, consideramos importante incluir indicadores do gasto em saúde dos governos estaduais e municipais.

Por outro lado, em função da importância do gasto privado em relação ao gasto total em saúde (estimado pelo IPEA em aproximadamente 50% do gasto total em saúde), foram incorporados indicadores que possibilitariam conhecer sua participação e composição: gasto privado como percentagem do gasto nacional com saúde, gastos com planos e seguros de saúde e gasto direto “do bolso”.

## **2. Modelo de Captação de Recursos para o financiamento setorial**

A OMS, no WHR-2000, adota o conceito de equidade horizontal, através do qual um sistema justo é aquele no qual todos os indivíduos exibem a mesma relação gasto em saúde / renda disponível. Portanto, na aceção do modelo proposto pela OMS, um sistema, no qual os mais ricos aportem proporcionalmente mais do que os mais pobres para o financiamento setorial, é injusto.

Diferentemente dessa concepção, propomos analisar o modelo de captação de recursos a partir da aceção de Equidade Vertical, mediante a qual assume-se que, em esquemas solidários de financiamento setorial, este último exerce um impacto redistributivo na renda. O índice de Kwakwani, que mede a diferença entre a curva de concentração da renda e a curva de concentração da “renda pós-financiamento do sistema de saúde” (renda familiar – gasto privado – pagamento de tributos que financiam o sistema público de saúde), é um indicador ilustrativo do impacto do financiamento setorial sobre a distribuição da renda. (Wagstaff, 2001). Esta é a proposta que assumimos para a análise da equidade na captação de recursos destinados ao sistema de saúde (considerando impostos e contribuições sociais que financiam o setor público do sistema de saúde e, ainda, o gasto privado em serviços e planos de saúde e medicamentos, dentre outros), tendo em vista que ela possibilita conhecer a distribuição do ônus do financiamento por classe de renda e, portanto, o impacto do financiamento setorial sobre a distribuição da renda.

## **3. Sistema de alocação de recursos no âmbito do sistema de saúde**

O principal objetivo do grupo de indicadores desta macro-questão diz respeito ao grau de equidade na alocação geográfica dos recursos. Esses indicadores têm especial relevância no caso brasileiro dadas as reconhecidas desigualdades existentes no país.

O indicador proposto para avaliar o grau de equidade na alocação geográfica é “Porcentagem de unidades geográficas que recebem recursos SUS federais per capita equivalentes aos valores *per capita* estimados em função das necessidades de saúde”. Nesse sentido, cabem alguns comentários em relação às estimativas para determinar os valores *per capita* em função das necessidades de saúde. Partindo das experiências internacionais (Rice & Smith, 1999) foi possível verificar que toda alocação equitativa entre unidades

geográficas deve ser realizada a partir de sucessivos ajustes da base populacional levando em conta o perfil demográfico, as desigualdades entre os custos dos tratamentos requeridos por cada segmento populacional e as desigualdades entre as necessidades de saúde. Também se identificou a existência de diferentes propostas metodológicas para estimar necessidades relativas de saúde. Algumas bastante simples como a fórmula RAWP, que estima as necessidades relativas a partir de um único indicador epidemiológico, foi utilizada na Inglaterra de 1976 a 1994. Outras de maior nível de complexidade, como o método que vem sendo desenvolvido e adotado na Inglaterra desde 1996, que estima as necessidades a partir de um modelo de utilização de serviços de saúde.

Cabe destacar, que também existem propostas desenvolvidas no Brasil que estimam necessidades de saúde a partir de um conjunto de variáveis epidemiológicas e sócio-econômicas, criando, através procedimentos de análise estatística multivariada, um índice composto de necessidades relativas (Porto et al. 2001).

Para monitoramento da alocação dos recursos financeiros a partir das necessidades no caso brasileiro, ao menos inicialmente, seria recomendável utilizar, para estimativa das necessidades relativas de saúde, usar a fórmula RAWP. Esta escolha justifica-se por dois motivos: 1- a simplicidade na sua aplicabilidade, 2- por entender que se essa metodologia permitiu estimar desigualdades entre as necessidades relativas de saúde em um país onde as desigualdades são significativamente menores, certamente daria conta de avaliar as necessidades no caso brasileiro.

#### **Quadro 8.9 – Possíveis Indicadores de Financiamento sugeridos pelo projeto**

<b>Indicadores de Financiamento</b>	<b>Fonte</b>
Gastos em saúde em dólares correntes, gastos per capita, percentual do PBI, gastos do setor público como percentagem do gasto total.	Canadá
<i>Gasto nacional com saúde, como percentual do produto interno bruto (PIB)</i>	Proadess
<i>Gasto nacional per capita com saúde</i>	
<i>Gasto público com saúde, como proporção do PIB</i>	
<i>Gasto público per capita com saúde</i>	
<i>Taxa de crescimento anual do gasto público em saúde</i>	
<i>Gasto federal com saúde, como proporção do PIB</i>	
<i>Gasto federal com saúde, como proporção do gasto federal total</i>	
<i>Gasto federal per capita com saúde</i>	
<i>Gasto público federal como percentagem do gasto público com saúde</i>	
<i>Gasto público estadual como percentagem do gasto público com saúde</i>	
<i>Gasto público municipal como percentagem do gasto público com saúde</i>	

<i>Gasto público com saúde como percentagem do gasto nacional com saúde</i>
<i>Gasto privado como percentagem do gasto nacional com saúde</i>
<i>Gastos com fármacos como percentagem do gasto nacional com saúde</i>
<i>Gasto com planos e seguros de saúde como percentagem do gasto privado</i>
<i>Gasto direto “do bolso” com saúde como percentagem do gasto privado</i>
<i>Despesa familiar com saúde, como proporção da renda familiar</i>
<i>Despesa familiar com fármacos como proporção da renda familiar</i>
<i>Gasto (SUS) com internações hospitalares como percentagem do gasto SUS</i>
<i>Gasto (SUS) com atenção ambulatorial como percentagem do gasto SUS</i>
<i>Gasto médio (SUS) por atendimento ambulatorial</i>
<i>Gasto médio (SUS) por internação hospitalar</i>
<i>Gasto público com saneamento, como proporção do PIB</i>
<i>Gasto federal com saneamento, como proporção do gasto federal total</i>
<i>Distribuição do ônus do financiamento do sistema de saúde segundo classes de renda</i>
<i>Participação percentual dos tributos diretos no financiamento do SUS</i>
<i>Participação percentual dos tributos indiretos no financiamento do SUS</i>
<i>Porcentagem de unidades geográficas que recebem recursos SUS federais per capita equivalentes aos valores per capita estimados em função das necessidades de saúde</i>

**Fonte:** CIHI 2003

**c) Recursos: conjunto de pessoas, informações, instalações, equipamentos, insumos incorporados na operação do Sistema de Saúde.**

São considerados recursos “físicos” todos aqueles elementos que dão sustentação aos processos assistenciais nos sistemas de serviços de saúde. Sem esses recursos os serviços não realizam as suas funções, mas é sempre bom lembrar que eles se constituem em condição necessária, porém não suficiente, pois se não estiverem integrados em processos concretos de organização tecnológica, não existirão resultados a serem medidos. É interessante observar que indicadores para a quantificação dos recursos existentes nos sistemas e serviços de saúde são praticamente inexistentes nas propostas de avaliação de desempenho aqui analisadas. Talvez por se considerar que as condições mínimas necessárias ao adequado funcionamento dos serviços estejam sempre presentes nesses países, ou por considerarem o que foi apontado acima, que isoladamente não significam muita coisa em termos de resultados, apesar de isoladamente serem responsáveis pelos elevados e crescentes custos da atenção à saúde.

No Brasil, a situação é bastante diversa e, associada ao acesso extremamente desigual e iníquo da população brasileira aos recursos existentes; persistem áreas em que os

recursos minimamente necessários não existem, justificando-se assim ainda a utilização de indicadores capazes de dimensionar essas condições.

**1. Recursos Humanos:** consideram-se dois tipos de recursos, o primeiro que leva em conta o pessoal ocupado nos serviços e o segundo que se refere à quantidade de profissionais com formação na área de saúde.

**Pessoal Ocupado:** É o conjunto de pessoas ocupadas nos estabelecimentos que prestam serviços de saúde. Podem ser categorizados segundo diferentes dimensões:

- por *esfera administrativa*, que pode ser definida como a entidade mantenedora à qual o estabelecimento está vinculado : pública ( federal, estadual e municipal ) ou privada.
- por *regime de atendimento* de acomodação dos pacientes, se dividem em três modalidades: *com internação* (estabelecimentos que possuem leitos; *sem internação*: (são os serviços ambulatoriais ou de emergência/urgência) ; e *o apoio à diagnose e terapia* – estabelecimentos que auxiliam a determinação do diagnóstico e/ou complementam o tratamento e a reabilitação de doentes, tendo como responsável um profissional de nível superior ( por ex: as clínicas radiológicas, laboratórios, etc..).
- por *vínculo com o estabelecimento* segundo a relação de trabalho, podendo ser : *próprio* que se refere ao contrato direto com o estabelecimento; *o intermediado* , o contrato é feito através de empresa, cooperativa ou outro tipo de entidade diferente do estabelecimento; e *outros*, onde se incluem as formas de contratação terceirizadas, como o prestador de serviço e o autônomo.
- por *jornada de trabalho semanal* : *integral* – carga horária mínima de 40 horas semanais, incluindo os regimes de plantão; *parcial* - carga horária inferior a 40 horas semanais; e *indefinido* - carga horária variável.

As ocupações estão agrupadas em quatro categorias, a saber: nível superior - médico anestesista, assistente social, bioquímico, farmacêutico, cirurgião, clínico geral, enfermeiro, engenheiro clínico, físico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, ginecologista-obstetra, médico de família, nutricionista, odontólogo, pediatra, psicólogo, psiquiatra, radiologista, residente, sanitarista e outras especialidades médicas de formação superior; nível técnico e auxiliar - agente de saneamento,

auxiliar de consultório dentário, auxiliar de enfermagem, fiscal sanitário, técnico de enfermagem, técnico e auxiliar de farmácia, técnico e auxiliar em hematologia/hemoterapia, técnico e auxiliar em histologia, técnico e auxiliar em nutrição e dietética, técnico e auxiliar em patologia clínica, técnico e auxiliar em reabilitação, técnico em vigilância sanitária e ambiental, técnico em citologia/citotécnica , técnico em equipamentos médico-hospitalares, técnico em higiene dental, técnico e auxiliar em prótese dentária, técnico em radiologia médica e outros. nível elementar - guarda de endemias, agente de controle de zoonoses, agente de controle ao vetor, parteira e outros. O conjunto das três primeiras categorias é denominado pessoal de saúde, ou seja, lidam diretamente com os serviços de saúde. E o nível administrativo que engloba o *pessoal* que se insere exclusivamente nas atividades da área administrativa.

**Profissionais de Saúde:** são todos aqueles que independentemente de trabalharem ou não no setor saúde detêm formação profissional específica ou capacitação prática ou acadêmica para o desempenho de atividades ligadas diretamente ao cuidado ou às ações de saúde. O importante na definição do profissional de saúde é sua formação/capacitação, a qual é constituída por competência técnica e um conjunto de habilidades cognitivas com vistas a atuar no setor, independentemente do vínculo de ocupação (ocupado ou desocupado) ou ligação funcional. Nesta pesquisa trabalhamos com indicadores que medem a disponibilidade dos profissionais no mercado através de registros administrativos dos conselhos federais das categorias.

## **2. Recursos materiais: podem ser caracterizados segundo diferentes dimensões**

### **Serviços de Saúde**

Podem ser categorizados segundo diferentes dimensões:

*Setor ao qual se vincula e forma de financiamento:* público, privado/SUS; privado/nãoSUS; *tipo de atenção:* individual: ambulatorial, hospitalar, unidades de apoio à diagnose e à terapia, e *coletiva:* vigilância epidemiológica e sanitária, ações educativas não vinculadas à atenção individual;

*Nível de atenção:* primária, secundária, terciária, quaternária (se associa a padrões de incorporação tecnológica e níveis de resolutividade diagnóstica e terapêutica).

### **Equipamentos**

Podem ser categorizados segundo:

- *Tipo:* diagnósticos, terapêuticos, diagnósticos e terapêuticos;
- *Inserção nos processos de atenção:* específica e especializada (exemplo: tecnologias de imagem, endoscopias) ou integrada em processos ampliados e multiprofissionais (exemplo: equipamentos para laboratórios de análises clínicas ou unidades de terapia intensiva);
- *Produção:* nacional, importado, “misto”;
- *Dimensões tecnológicas envolvidas:* elétrico, eletrônico, radioativo, eletromagnético, físico/químico etc (relacionadas com a vigilância sanitária e biosegurança).

### **Insumos**

Categoria que inclui um grande número de produtos, muito diversificados entre si e com importante diferenciação interna.

São eles: medicamentos, imunobiológicos, kits diagnósticos, órteses/próteses, sangue e hemoderivados.

**Quadro 8.10 Revisão de literatura sobre Indicadores de Recursos Humanos e Físicos e indicadores sugeridos pelo projeto.**

Recursos Humanos e Físicos	Fonte
Número de clínicos gerais (incluindo especialistas não certificados) ou de médicos de família / 100.000 hab. Médicos especialistas (certificados como especialistas)/ 100.000 hab.	Canadá
Número de profissionais de saúde (profissões selecionadas <sup>14</sup> )/100.000 hab.	Canadá
Proporção de GPs e outros profissionais médicos com mais de 50 anos	Austrália
<i>Número de médicos por 1000 habitantes</i> <i>Número de enfermeiros por 1000 habitantes</i> <i>Número de odontólogos por 1000 habitantes</i> <i>Número de nutricionistas por 1000 habitantes</i> <i>Número de fisioterapeutas por 1000 habitantes</i> <i>Número de empregos de nível superior por 1000 habitantes</i> <i>Número de empregos de nível técnico por 1000 habitantes</i> <i>Número de empregos de nível auxiliar por 1000 habitantes</i> <i>Proporção de médicos com menos de 45 anos</i> <i>Número de enfermeiros por leito por 1000 habitantes</i> <i>Leitos UTI (neonatal, adulto e pediátrico) por 100.000 habitantes</i> <i>Número de estabelecimentos c/ leitos de alta complexidade</i> <i>Número de leitos SUS hospitalares por 1000 habitantes</i> <i>Habitantes por número de estabelecimentos</i> <i>Habitantes por número de estabelecimentos ambulatoriais</i> <i>Habitantes por número de estabelecimentos hospitalares:</i> <i>Habitantes por número de estabelecimentos de diagnose:</i> <i>Habitantes por número de estabelecimentos de grande porte (mais de 150 leitos)</i> <i>Número de equipamentos por 1000 habitantes</i>	Proadess

**Fontes:** CIHI 2002; AIHW 2002

#### 8.5.4. Desempenho dos Serviços de Saúde

Desempenho refere-se a uma avaliação que demonstra o grau de realização (execução) de objetivos e metas. Segundo o dicionário Houaiss (2001), desempenho é definido por: “Maneira como atua ou se comporta alguém ou algo, avaliada em termos de eficiência, rendimento, atuação”. Dito de outra forma, desempenho refere-se à situação geral ou posição de uma organização em relação a seus competidores ou em relação a padrões próprios ou externos.

<sup>14</sup> Enfermeiras, auxiliares de enfermagem, farmacêuticos, psicólogos, dentistas, higienistas dentais, quiropráticos e oculistas.



Desempenho é um conceito multidimensional, geralmente está associado à economia, à efetividade e à eficiência. Existem vários modelos de desempenho que ressaltam diferentes visões da organização. A variedade de modelos de desempenho descrita na literatura reflete a complexidade da questão e, por conseqüência, a diversidade de definições, das dimensões englobadas, dos determinantes do desempenho, dos indicadores utilizados e dos critérios de julgamento (Sicotte et al. 1998).

Considerando a natureza complexa do produto e dos processos de trabalho empregados, esta discussão ganha mais dificuldade ao nível das organizações de saúde. A discussão de desempenho ao nível dos serviços de saúde, também, vem sendo tradicionalmente orientada pela preocupação com a eficiência e a efetividade (Long & Harrison, 1985). Entretanto, ao longo do tempo, houve mudanças no foco central. Atualmente observa-se uma priorização do enfoque sobre os resultados dos cuidados em saúde, incluindo neste campo a satisfação dos usuários. Neste contexto a análise comparativa de indicadores constitui um importante instrumento para a avaliação e o monitoramento do desempenho.

Indicadores de Desempenho (ID) aqui são compreendidos como medidas que indicam o “grau de realização” em cada dimensão do desempenho a ser avaliada e são utilizados como instrumento de monitoramento para salientar os processos, serviços ou profissionais que podem estar apresentando problemas e que necessitam de uma avaliação mais direta. São informações expressas através de um evento, uma taxa ou uma razão. Este tipo de informação tem permitido análises comparativas externas (isto é entre serviços, prestadores ou áreas geográficas) e internas (isto é compara o desempenho atual com o passado).

Os indicadores de desempenho podem medir tanto os recursos disponíveis (estrutura) e o processo de cuidado ao paciente, quanto seu resultado. A avaliação de desempenho presume uma comparação do resultado do Indicador de Desempenho (ID) - critério - com um padrão. Critérios e padrões são as bases para o julgamento do desempenho e da qualidade do cuidado. O critério é um componente da estrutura, processo ou resultado capaz de interferir na qualidade. O padrão é uma medida quantitativa específica e precisa que define boa qualidade (Donabedian 1985). Com base nos padrões constroem-se referências sobre: (1) os níveis mínimos aceitáveis; (2) os níveis de excelência; ou (3) o intervalo aceitável, relativos ao desempenho de um serviço. Os padrões

podem ser classificados em normativos e empíricos. Padrões normativos são desenvolvidos com base no consenso de especialistas e na evidência científica. Padrões empíricos representam aqueles obtidos na prática dos serviços.

Independente do modelo teórico ou quadro de referencia adotado, existem questões teórico-metodológicas centrais a ponderar na concepção de um sistema de avaliação e monitoramento do desempenho dos serviços de saúde. Estas se referem, particularmente, a falta de medidas robustas e pertinentes que permitam a avaliação do desempenho e dos resultados dos serviços e cuidados de saúde (Hurst, 2002). As dimensões e conseqüentemente os elementos a serem mensurados em cada uma devem estar em concordância com os objetivos do sistema de saúde. Determinar a validade de um indicador de desempenho é fundamental para o desenvolvimento destes indicadores. Imprecisões na validade de um indicador implicam em imprecisões na sua interpretação. O problema central no desenvolvimento de indicadores de desempenho não é desenhá-los, mas sim saber, de fato, o que eles expressam (O'Leary, 1995). Na prática, grande parte dos indicadores de desempenho possui apenas validade aparente (*face validity*) – o sentido das relações que devem indicar fazem sentido para especialistas (QRB, 1989). Estas ponderações têm levado ao reconhecimento da dificuldade existente para a criação de um único indicador composto que permitisse hierarquizar organizações, segundo seu desempenho. Muito desta dificuldade se explica pelo caráter multidimensional do desempenho de uma organização, implicando na possibilidade que uma organização tenha bom desempenho com relação a uma dimensão e contraditoriamente tenha mau desempenho com relação a outra dimensão.

A abordagem do painel de controle (*dashboard*) para monitorar o desempenho dos sistemas de saúde tem sido aplicada em países europeus, norte-americanos, Austrália e Nova Zelândia (ver Seção 6.4). Dos países que implementaram esta abordagem o Canadá e a Austrália vêm despendendo mais esforços para operacionalização desta estratégia. Particularmente com relação bloco: desempenho do sistema de saúde existem diferenças quanto as dimensões definidas. Diferentemente da Austrália o Canadá adotou as seguintes dimensões: aceitabilidade e competência. Por sua vez a Austrália definiu como dimensões responsividade, capacidade e sustentabilidade. As dimensões presentes em ambas experiências são: efetividade, eficiência, acesso, adequação, continuidade e segurança.

Examinado a abordagem implementada no pelos dois países, a proposta desenvolvida nesta pesquisa para construir um sistema de monitoramento do sistema de saúde brasileiro definiu como dimensões do desempenho dos serviços de saúde a serem inicialmente trabalhadas as seguintes: (1) efetividade; (2) acesso; (3) eficiência; (4) respeito ao direito das pessoas; (5) aceitabilidade; (6) continuidade; (7) adequação; (8) segurança.

*a) Efetividade: Grau com que a assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados.*

Nos quadros de referência desenvolvidos pelo Canadá e Austrália efetividade do sistema de saúde refere-se ao grau de alcance do resultado desejado pela intervenção ou ação. Para Vuori (1991) a efetividade do sistema de saúde pode ser verificada através da relação do impacto real do serviço com seu impacto potencial em uma situação ideal determinada. A Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) (1993) considera que a efetividade é o grau com que uma determinada intervenção ou tecnologia médica traz benefícios para indivíduos de uma população definida, sob condições regulares de uso. Para o Committee on Quality of Health Care in America (2001) a efetividade é um atributo do cuidado que é baseado no uso de evidências sistematicamente adquiridas para determinar se uma intervenção produz melhores resultados do que outras alternativas, incluindo a alternativa de não fazer nada. Por fim para a Cochrane Library Efetividade é o grau com que uma determinada intervenção faz o que ela se propõe a fazer, em circunstâncias ordinárias. Um conceito subjacente a esta dimensão é o de eficácia que é o grau com que uma determinada intervenção produz um determinado impacto em uma situação ideal (Donabedian 1990). Informação sobre a eficácia de uma intervenção é fundamental para se estabelecer a efetividade desta.

O quadro 8.11 apresenta os indicadores utilizados para aferir a efetividade do sistema de saúde no Canadá; na Austrália, nos Estados Unidos e na Inglaterra. Estão também indicados aqueles em uso no Brasil para avaliação do Pacto da atenção básica. Os indicadores de efetividade mais utilizados medem mortalidade e readmissão hospitalar, consumo de serviços preventivos e número de casos de doenças evitáveis por tecnologia disponível.

**Quadro 8.11- Indicadores de desempenho referentes a dimensão: Efetividade**

Efetividade	Fonte
Número de casos de coqueluche relatados em um dado ano.	Canadá
Número de casos de sarampo relatados em um dado ano	Canadá
Número de novos casos de tuberculose relatados em um dado ano.	Canadá PACTO
Número de novos casos de HIV positivos relatados em um dado ano. Informação baseada naqueles que foram testados para HIV.	Canadá
Número de novos casos de Clamidia relatados em um dado ano.	Canadá
Taxa de internações por pneumonia e influenza por 100 mil pessoas com 65 anos ou mais.	Canadá
Taxa de mortalidade para doenças medicamente tratáveis: infecções bacterianas, colo de útero, doença hipertensiva, pneumonia e bronquites não especificadas em pessoas de 5 a 64 anos	Canadá
Taxa de internações por doenças onde o cuidado ambulatorial apropriado deveria prevenir ou reduzir a internação hospitalar padronizada por idade, por 100 mil hab. (baseada na lista de códigos CID-9 desenvolvida por Alberta Health (250, 291,292, 300, 303-305, 311, 401-405, ou 493))	Canadá
Taxa de mortalidade hospitalar até 30 dias após uma internação com diagnóstico principal de Infarto agudo do miocárdio. (ajustada por risco levando em consideração idade, sexo e comorbidades).	Canadá
Taxa de mortalidade hospitalar até 30 dias após internação com diagnóstico principal de acidente cerebrovascular (ajustada por risco levando em consideração idade, sexo e co-morbidades).	Canadá
Taxa de readmissão não planejada após alta por IAM (ajustada por risco levando em consideração idade, sexo e co-morbidades).	Canadá
Taxa de readmissão não planejada após alta por asma (ajustada por risco levando em consideração idade, sexo e co-morbidades).	Canadá
Taxa de readmissão não planejada após alta por histerectomia (ajustada por risco levando em consideração idade, sexo e co-morbidades).	Canadá
Taxa de readmissão não planejada após alta por prostatectomia (ajustada por risco levando em consideração idade, sexo e co-morbidades).	Canadá
Taxa de internação por asma	Austrália
Taxa de internação por diabetes mellitus tipo 2	Austrália
Proporção de internações por diabetes sobre internações por todas as causas	PACTO
Taxa de sobrevivência para câncer.	Austrália
Proporção de mulheres de 20-69 anos que fizeram screening para anomalias colo de útero nos últimos 24 meses	Austrália
Proporção de mulheres de 25-59 anos que fizeram Papanicolau em determinado local e período	PACTO
Proporção de mulheres de 50-69 anos que fizeram screening para câncer de mama nos últimos 24 meses	Austrália

Proporção de crianças completamente vacinadas aos 12 e 24 meses de idade	Austrália
Porcentagem de municípios com cobertura vacinal por Tetravalente (3ª dose) maior ou igual a 95%	PACTO
Taxa de consultas de emergência por mil habitantes (todas as idades)	NHS-HA
Taxa de admissões de emergência para menores de 16 anos, devido a infecções no trato respiratório inferior, por 100 mil crianças residentes.	NHS-HA
Proporção de readmissões psiquiátricas de emergência de pacientes de 16 a 64 anos dentro de 90 dias de alta de cuidado por um psiquiatra	NHS-HA
Taxas de readmissão de emergência em 28 dias por fratura de fêmur, padronizadas por sexo e idade.	NHS-HA NHS-TR
Taxas de readmissão de emergência em 28 dias por acidente cerebrovascular padronizadas por sexo e idade.	NHS-HA NHS-TR
Taxas de sobrevida relativas de 5 anos para mulheres de 15 a 99 anos diagnosticadas com câncer de mama.	NHS-HA
Taxas de sobrevida relativas de 5 anos para mulheres de 15 a 99 anos diagnosticadas com câncer de pulmão.	NHS-HA
Taxas de sobrevida relativas de 5 anos para mulheres de 15 a 99 anos diagnosticadas com câncer de cólon.	NHS-HA
Taxa de mortalidade peri-operatória até 30 dias após admissões de emergência, padronizadas por sexo e idade.	NHS-HA NHS-TR
Taxa de mortalidade peri-operatória até 30 dias após revascularização do miocárdio padronizadas por sexo e idade.	NHS-HA NHS-TR
Taxa de mortalidade hospitalar até 30 dias de admissão de emergência por fratura de quadril (cabeça de fêmur), padronizada por sexo e idade (pacientes de 65 anos ou mais)	NHS-HA NHS-TR
Taxa de mortalidade hospitalar por acidente cerebrovascular até 30 dias de admissão de emergência padronizada por sexo e idade (de 35-74 anos).	NHS-HA NHS-TR
Razão entre casos novos de abandono de tratamento de Tb e casos novos diagnosticados	PACTO
Razão entre o número de casos de Hanseníase que não compareceram ao serviço durante o ano e o número de casos em registro ativo	PACTO
Número de casos novos de Hanseníase por 10 mil habitantes	PACTO
Proporção de casos novos diagnosticados e curados de Hanseníase	PACTO
Taxa de prevalência de Hanseníase por 10 mil hab	PACTO
Proporção de crianças que receberam todas as vacinas recomendadas por pelo menos 5 anos (poderia ser incluído também em acesso)	USA
Proporção de adultos não institucionalizados que são vacinados anualmente contra gripe e já foram vacinados contra doença pneumocócica	USA
Proporção do grau de incapacidade I e II em relação aos casos novos avaliados	PACTO
<i>Casos novos de tuberculose</i> <i>Casos novos de HIV</i> <i>Taxa padronizada de internações por pneumonia, influenza</i>	Proadess

<i>Taxa de morte intra-hospitalar por enfarto agudo do miocárdio</i> <i>Taxa de morte intra-hospitalar por acidentes vasculares cerebrais</i> <i>Readmissões não programadas</i> <i>Número de casos de sarampo em um dado período</i> <i>Mortalidade materna</i> <i>Baixo peso ao nascer</i>	
---	--

**Fontes:** UK/DH/NHS Health Authorities 2002; UK/DH/NHS-Hospital Trusts 2001; AIHW 2002; CIHI 2002; Brasil/MS 2003.

***b) Acesso: Capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e momento certo***

Acesso é definido como a liberdade ou capacidade de obter ou fazer uso de alguma coisa. No campo da saúde, acesso pode ser definido como o conjunto de circunstâncias, de diversas naturezas, que viabilizam a entrada de cada usuário ou paciente dentro da rede de serviços, em seus diferentes níveis de complexidade e modalidades de atendimento. Dito de outra forma representa as dificuldades ou facilidades em obter tratamento desejado, estando, portanto intrinsecamente ligada às características da oferta e disponibilidade de recursos. É a possibilidade de obter serviços necessários no momento e local adequados em quantidade suficiente e a um custo razoável, isto é, significa a remoção de obstáculos físicos e financeiros. Nesta definição está embutida uma sub-dimensão inerente a acesso, que se refere ao conceito de oportunidade (*timeliness*). Oportunidade é grau no qual o cuidado ou intervenção é prestado no tempo em que esta é mais benéfica ou necessária (JCAHO 1993).

Vuori (1991) considera que acesso diz respeito à remoção de obstáculos físicos, financeiros e outros para a utilização dos serviços disponíveis. Para JCAHO (1993) acesso refere-se ao grau com que o cuidado ou intervenção adequados está disponível para responder às necessidades dos pacientes. Donabedian (1973) denomina acessibilidade ao conjunto de fatores que intervêm entre a capacidade de produzir serviços e a produção de fato ou consumo de serviços. O acesso é um fator que intervém sobre o uso de serviços. Compreendido por outros autores como aquelas características dos recursos que os tornam mais ou menos utilizável, a concepção de Donabedian amplia este conceito. Assim acessibilidade é vista além da presença ou disponibilidade de recursos num dado lugar e tempo, sua definição englobará as características dos recursos que facilitam e obstruem o uso por clientes potenciais Esse autor vai subdividir acessibilidade em:

- a) Acessibilidade socio-organizacional: são aquelas características dos recursos, excluindo os atributos espaciais que facilitam ou aumentam esforços dos clientes na busca de cuidado, por exemplo; políticas de admissão formal ou informal que excluem pacientes em função de sua cor, situação econômica ou diagnóstico;
- b) Acessibilidade geográfica (aspectos espaciais da organização dos recursos): ou acesso a fonte de cuidado, centrando o foco sobre resistências criadas pelo espaço. Essa resistência pode ser medida por: distância linear; distância de locomoção, tempo de locomoção, custo da viagem. Com essa preocupação, vários estudos foram realizados para avaliar se o fato de, por exemplo, morar próximo ou longe de uma centro hospitalar aumenta ou diminui o uso destes serviços.

Para Frenk (1992), acessibilidade pode ser vista como a relação funcional entre o conjunto de obstáculos na busca e obtenção do cuidado (resistência) e as capacidades correspondentes da população de ultrapassar esses obstáculos (poder de utilização).

No quadro de referência da Austrália é utilizado o termo “(cuidado) acessível” com a seguinte definição: habilidade das pessoas para obter cuidado em saúde, no lugar certo e no momento certo, independente da renda, localização geográfica e condições sócio-econômicas. No Canadá adota-se o termo acessibilidade, referindo-se à habilidade dos clientes/pacientes para obter cuidado/serviço no lugar certo e no momento certo, baseado em necessidades. O Reino Unido trabalha com o termo acesso justo (*fair access*) com a seguinte definição: grau com que o sistema oferece acesso justo aos serviços de saúde, levando em conta as necessidades das pessoas e independentemente do grupo geográfico, socioeconômico, etnia, sexo ou idade.

Os indicadores empregados para monitorar o acesso aos serviços de saúde (Quadro 8.12) focam em geral em medidas de utilização de serviços preventivos (como mamografia ou imunização) e de emergência; uso de regular de serviço de saúde ou volume de consultas médicas anuais.

**Quadro 8.12 – Indicadores de desempenho referentes à dimensão: Acesso**

Acesso	Fonte
--------	-------



População de 12 anos ou menos (ou de 65 anos ou mais) que referem quando fizeram sua última imunização para gripe/influenza	Canadá
Proporção de adultos não institucionalizados que são vacinados anualmente contra gripe e já foram vacinados contra doença pneumocócica	USA
Mulheres de 50 a 69 anos que referem quando fizeram sua última mamografia para screening rotineiro ou outras razões.	Canadá
Mulheres de 18 a 69 anos que referem quando fizeram seu último preventivo ginecológico/Papanicolau.	Canadá
Dias de espera para admissão de cirurgia eletiva	Austrália
Número de estabelecimentos cuidado domiciliar e community aged care packages por mil pessoas com 70 anos e mais.	Austrália
Cobertura de screening (mamografia) para câncer de mama em mulheres de 50 –64 anos.	Reino Unido
Porcentagem de mulheres de 25 – 64 anos de idade que fizeram Papanicolau	Reino Unido
Taxa de cirurgia de revascularização do miocárdio e angioplastia coronariana transluminal percutânea em pacientes com doença coronariana padronizada por sexo e idade	Reino Unido
Taxa de prótese total de quadril e de joelho em pacientes com 65 anos ou mais padronizada por sexo.	Reino Unido
Taxa remoção de catarata em pacientes com 65 anos ou mais padronizada por sexo	Reino Unido
Número de médicos generalistas em tempo integral por 100 mil habitantes.	Reino Unido
Aumento percentual de usuários problemáticos de drogas ilícitas aos serviços de saúde, por mil residentes de 15-44 anos.	Reino Unido
Cobertura de primeira consulta odontológica por 100 habitantes	PACTO
Proporção de pessoas cobertas por seguro de saúde privado	USA
Proporção de mulheres grávidas que iniciaram o prenatal no primeiro trimestre da gravidez	USA
Proporção de adultos com depressão que recebem tratamento	USA
Proporção de pessoas que faz uso regular de um mesmo serviço de saúde	USA
Média anual de população coberta por procedimentos odontológicos coletivos (0 – 14 anos)	PACTO
<i>Cobertura vacinal na infância Internações por 1000 habitantes em municípios sem leitos hospitalares Consultas por habitante/ano por idade e por sexo Cobertura de exame Papanicolau em mulheres de 18 a 69 anos de idade Listas de espera para procedimentos cirúrgicos (atualmente o MS tem informações apenas para os transplantes) Distância média do local de residência e local de internação</i>	Proadess

**Fontes:** AIHW 2002; CIHI 2002; UK/NHS, 2001; Brasil/MS 2003.



*c) Eficiência: Relação entre o produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados*

Para Donabedian (1990) a eficiência é a relação entre o impacto real de um serviço ou programa em funcionamento (efetividade) e o custo deste. Diz respeito também a Capacidade de diminuir os custos sem diminuir o nível de melhoria para a saúde atingível.. A JCAHO (1993) entende que a eficiência do SS está na relação entre os resultados do cuidado ou intervenção de saúde e os recursos utilizados.

Para Austrália e Canadá a eficiência refere-se ao alcance de resultados desejados com maior custo-efetividade no uso dos recursos. Para o Reino Unido a eficiência está no cuidado ofertado com o mínimo de desperdício, gerando um retorno correspondente ao volume de recursos investidos. Entretanto a Austrália utiliza a seguinte tipologia: eficiência técnica e eficiência alocativa. A primeira refere-se ao grau com que se obtém o máximo de produção para um dado nível de investimento, enquanto a eficiência alocativa é medida pelo grau do impacto resultante, dado um determinado nível de investimento (Austrália, 2001). Os indicadores adotados para mensurar a eficiência remetem-se freqüentemente a medidas do custo ou preço médio e o tempo de permanência para diagnósticos e procedimentos selecionados (Quadro 8.13).

**Quadro 8.13 – Indicadores de desempenho referentes à sub-dimensão: Eficiência.**

Eficiência	Fonte
Percentual de pacientes internados em hospitais de agudos por condições e procedimentos que os especialistas dizem ser frequentemente realizados em base ambulatorial <sup>15</sup> sem precisar de hospitalização.	Canadá
Número médio de dias de internação ocorridos em hospitais de agudos comparados com a duração esperada da permanência <sup>16</sup> .	Canadá
Custo da internação ajustada pelo perfil de casos.	Austrália
Tempo médio de permanência das internações	Austrália
Gasto per capita com pagamento de serviços de atenção primária e secundária	Austrália
Taxa diária de 25 procedimentos selecionados (observados sobre esperados) com internação de 1 dia, controlado por casemix	NHS-HA NHS-HT
Relação entre tempo médio de permanência e tempo permanência esperado ajustado pelo perfil de casos.	NHS-HA NHS-HT
Número de genéricos prescritos como percentual de todos os itens da prescrição	NHS-HA
Proporção de pacientes ambulatoriais que não compareceram à primeira consulta	NHS-HA NHS-HT
Avaliação da qualidade dos dados subjacentes aos indicadores de performance	NHS-HA NHS-HT
Razão entre custo de procedimentos selecionados e custos médios nacionais	NHS-HT
<i>Nº médio de dias de internação em hospitais de agudos comparados com a duração esperada por diagnósticos e procedimentos selecionados. Custo médio das internações por diagnósticos e procedimentos selecionados. Razão de gasto hospitalar / gasto ambulatorial</i>	Proadess

**Fontes:** UK/DHNHS-HA., 2001; NHS-HT 2001; AIHW 2002; CIHI 2002; Brasil/MS 2003.

<sup>15</sup> Podem não requerer hospitalização: inserção de lentes, etmoidectomia, extração/restauração dentária, procedimentos de ouvido médio e externo, procedimentos nasais, miringotomia, tonsilectomia e adenoidectomia, sinusite, dor de garganta, aterosclerose, doenças valvulares adquiridas, hipertensão, desordens cardíacas congênitas, procedimentos ano-retais, procedimentos de hérnia unilateral, procedimentos de tecidos moles, procedimentos musculo-esqueléticos, procedimentos de mão e punho, artroscopia, dor lombar, biopsia e procedimentos transuretrais, hematúria, procedimentos de sistema reprodutivo masculino, laparoscopia ginecológica, falso trabalho de parto, disfunções e desordens sexuais, ligação de veias e esclerose.

<sup>16</sup> Exclui mortes, transferências e altas a revelia.

- d) **Respeito aos direitos das pessoas: capacidade do Sistema de Saúde de assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade, e estejam orientados às pessoas**

A dimensão respeito aos direitos das pessoas compreende as seguintes categorias:

- a) **Confidencialidade das informações:** Refere-se à salvaguarda das informações prestadas pelos indivíduos e aquelas referentes ao seu estado de saúde, exceto nos casos em que há necessidade de acesso às informações por parte de um profissional de saúde ou mediante consentimento explícito concedido pelo indivíduo.
- b) **Privacidade no atendimento:** refere-se à condução do atendimento em condições que protejam a privacidade e não exponham a pessoa a situações constrangedoras.
- c) **Direito à informação:** refere-se ao direito do indivíduo de obter informações esclarecedoras sobre as decisões médicas a respeito do seu tratamento bem como ter acesso ao prontuário que contenha informações a respeito do seu estado de saúde e tratamento.
- d) **Conforto:** refere-se aos aspectos de infra-estrutura do ambiente no qual o cuidado é provido, podendo incluir: ambiente limpo, móveis adequados, alimento saudável e comestível, ventilação suficiente, água potável, banheiros limpos, roupas limpas, procedimentos regulares de limpeza e manutenção da construção/prédio.
- e) **Autonomia:** Está direcionada para a liberdade, considerando a decisão entre tratamento alternativo, testes e opções de cuidados, incluindo a decisão de recusar tratamento, se o indivíduo estiver em perfeita condição mental.
- f) **Dignidade e cortesia:** Envolve o direito do indivíduo de ser tratado como pessoa mais do que meramente como paciente, já que a assimetria de informações e a incapacidade física dificultam o exercício do seu direito de ser tratado como sujeito.
- g) **Respeito aos valores das pessoas:** refere-se à noção de que os indivíduos têm diferentes desejos, necessidades e preferências. Assim o cuidado em saúde deve ser provido de maneira que considere as necessidades físicas e

emocionais de cada indivíduo, seus valores, julgamentos e decisões a respeito de sua própria condição de vida, saúde.

A JCAHO (1993) entende o respeito e cuidado ao pacientes como uma dimensão do desempenho, este termo é refere-se ao grau com que um paciente está envolvido na decisão sobre o cuidado e grau no qual os serviços prestados são realizados com sensibilidade e respeito às necessidades, expectativas e diferenças individuais dos pacientes. Para a OMS, o termo *responsiveness*<sup>17</sup> aplicado a avaliação do desempenho do SS busca capturar as expectativas da população no que se refere aos aspectos não médicos da atenção, que estão agrupados em dois eixos:

- Respeito às pessoas: respeito à dignidade na interação com o provedor (ser cortês e ter sensibilidade para evitar constrangimentos na relação com os pacientes), a autonomia individual sobre a saúde e a confidencialidade das informações pessoais de saúde;
- Centrado na pessoa: pronta atenção para as necessidades de saúde, amenidades básicas (limpeza na sala de espera, boa comida, leitos confortáveis), acesso para redes de suporte social durante o tratamento/recuperação e a livre escolha de provedores individuais do cuidado e secundariamente das instituições.

Respeito aos direitos das pessoas é uma dimensão do desempenho do SS de grande importância para pacientes e familiares. Estratégias derivadas da Gestão da Qualidade Total colocam os pacientes (clientes) no centro das organizações de saúde. Entretanto é muitas vezes uma dimensão negligenciada do desempenho dos serviços de saúde.

A Austrália utiliza o termo *responsive* com a seguinte definição: os serviços ofertados respeitam as pessoas e são orientados para o cliente. Inclui respeito, dignidade, confidencialidade, participação nas escolhas, imediatidade, grau das amenidades no relacionamento, acesso a redes de suporte social e escolha do provedor.

O Canadá não trabalha com esta dimensão. O Reino Unido não utiliza este termo, mas trabalha com a subdimensão **Patient/Carer Experience** que tem o seguinte sentido: a experiência no uso dos serviços de saúde e a visão dos pacientes e seus familiares sobre a

---

<sup>17</sup> Responsiveness incorpora as seguintes categorias: dignidade, autonomia, confidencialidade, pronta atenção, qualidade do ambiente do cuidado, escolha do prestador, acesso a rede de apoio social durante o cuidado.

qualidade do cuidado recebido e a maneira como qualificam o cuidado recebido. Busca verificar se o sistema de saúde é sensível às necessidades individuais.

A proposição de indicadores para mensurar a dimensão respeito ao direito das pessoas é relativamente menor que a lista de medidas referentes à, por exemplo: efetividade ou acesso (Quadro 8.14).

**Quadro 8.14- Indicadores de desempenho referentes da dimensão: respeito ao direito das pessoas**

Respeito ao direito das pessoas	Fonte
Tempos de espera em serviços de emergência	Austrália
Número de GP lotados em tempo integral por unidade de serviço	Austrália
Porcentagem de pacientes hospitalares que esperaram menos de 6 meses para serem internados	NHS-HA NHS-HT
Porcentagem de pacientes ambulatoriais que foram atendidos dentro de 13 semanas (primeiro atendimento) a partir do encaminhamento pelo GP	NHS-HA NHS-HT
Porcentagem de pacientes que foram atendidos no intervalo de 2 semanas após encaminhamento de emergência do GP para tratamento de câncer	NHS-HA NHS-HT
Proporção de pacientes de 75 anos ou mais que tiveram alta protelada	NHS-HA
Número de serviços que tem sistemas de marcação de consulta capazes de agendar atendimentos ambulatoriais com GP em dois dias úteis	NHS-HA
Número de pacientes admitidos por emergência que não ocuparam leito de enfermaria dentro de 4 horas.	NHS-HT
Porcentagem de reclamações por escrito que receberam resposta em 20 dias	NHS-HT
<i>Lista dos direitos do paciente (adotada pela SES-SP)</i> <i>Existência de Ouvidorias nos hospitais públicos</i> <i>Queixas registradas por pacientes nos CRM</i>	Proadess

**Fontes:** UK/DH/NHS-HA 2001; UK/DH/NHS-HT 2001; AIHW 2002.

**e) Aceitabilidade: grau com que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores, e expectativas dos usuários e da população.**

A Austrália não trabalha com esta sub-dimensão. Para o Canadá aceitabilidade significa que o cuidado/serviço provido está de acordo com as expectativas do cliente, comunidade, provedores e organizações pagantes.

Para JCAHO (1993), acessibilidade refere-se ao grau com que os cuidados prestados atendem as expectativas da clientela, comunidade, prestadores e organizações pagadoras.

Donabedian (1990), considera que a aceitabilidade refere-se à adequação dos cuidados em relação aos desejos, expectativas e valores das pessoas e suas famílias e nesse sentido é um conceito que engloba categorias como acesso, respeito aos direitos dos pacientes, aspectos ligados ao conforto, informação sobre as alternativas de tratamento e o valor a ser desembolsado em relação aos benefícios que serão obtidos. O mesmo autor sugere a utilização do termo legitimidade para definir a aceitabilidade do cuidado pela população.

**Quadro 8.15 Revisão de literatura sobre Indicadores de Aceitabilidade e indicadores sugeridos pelo projeto.**

Aceitabilidade	Fonte
<p><i>Para medir os aspectos da aceitabilidade implica na realização de estudos amostrais diretamente com os usuários</i>  <i>No aspecto satisfação talvez seja possível usar alguns inquéritos que o MS realizou</i></p>	<p>Proadess</p>

***f) Continuidade: Capacidade do Sistema de Saúde de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada entre diferentes níveis de atenção***

Austrália e Canadá definem continuidade como sendo a habilidade para prover cuidado ininterrupto e coordenado através de programas, profissionais (médicos) e ao longo do tempo.

A JCAHO (1993), define continuidade como sendo o grau com que o cuidado ou intervenção para o paciente é exercido de forma coordenada entre os prestadores, as organizações e ao longo do tempo.

Na Inglaterra, desde 1999 a continuidade do cuidado vem sendo discutida sistematicamente. Na revisão de literatura coordenada por Freeman & Shepperd (2001) concluiu-se que o conceito de continuidade do cuidado é multifacetado percorrendo desde a ultrapassagem dos limites das organizações que prestam serviços, do pessoal, da informação e entre diversos períodos. O NHS tem encomendado estudos dirigidos para grupos específicos de pacientes como os diabéticos, doentes mentais, pacientes que apresentam seqüelas por acidentes vasculares cerebrais focando nos aspectos acima

mencionados da continuidade do cuidado. Essas revisões terminam sugerindo procedimentos que devem ser adotados e estão disponíveis na WEB.

Starfield (2002), a continuidade do cuidado também tem como subjacente a idéia da sucessão ininterrupta do processo. A avaliação poderia ser feita a partir da análise das instituições – capacidade de organização dos serviços quanto a registros clínicos e pessoal responsável pelos atendimentos, e também pela percepção dos usuários sobre a extensão da continuidade da atenção. Essa autora também introduz o conceito de longitudinalidade, dada pela existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo.

**Quadro 8.16. Revisão de literatura sobre Indicadores de Continuidade e indicadores sugeridos pelo projeto.**

Continuidade	Fonte
Uptake of Medicare Benefits Schedule items for enhanced primary care	Austrália
<i>Com o Cartão SUS implantado talvez seja possível conhecer o processo da assistência aos pacientes desde o nível primário até o nível terciário. Sem este instrumento é muito difícil garantir as medidas de efetividade Manutenção da medicação para os transplantados N° pacientes tratados para tuberculose/ N° de abandono (adesão ao programa pode incluir vários outros como por exemplo pré-natal, puericultura)</i>	Proadess

Fonte: AIHW 2002.

***g) Adequação: Grau com que os cuidados prestados às pessoas estão baseados no conhecimento técnico-científico existente***

Austrália e Canadá utilizam o termo *Appropriateness* para o qual utilizam a seguinte definição: o cuidado, a intervenção, ou a ação são relevantes para as necessidades do cliente e baseados em padrões estabelecidos. Para Vuori (1991) que considera que a adequação das intervenções do SS deve ser verificada através do suprimento de número suficiente de serviços em relação às necessidades e à demanda.

O conceito de adequação adotado pela JCAHO (1993) considera o grau de relevância de uma intervenção ou cuidado prestado para as necessidades clínicas dos pacientes, dado o conhecimento existente. Esse foi considerado pelos membros do projeto

como um conceito mais objetivo e mais específico no sentido que estaria referido a aspectos técnico científicos do cuidado que não estão cobertos pelas outras categorias.

O conceito de adequação do cuidado pode apresentar relação com a eficácia. A principal diferenciação entre os conceitos está no reconhecimento de que algumas intervenções podem ser eficazes e disponíveis, mas um dos tratamentos pode ser mais relevante ou apropriado do que os demais, segundo as necessidades e características da pessoa envolvida no cuidado ou em relação aos objetivos da comunidade. Uma intervenção pode ser eficaz, porém inapropriada.

Para Long & Harrison (1985) deve haver uma aderência dos serviços ao conhecimento e às tecnologias disponíveis dentro de princípios éticos e das restrições dadas pelos recursos humanos, financeiros e de equipamentos disponíveis.

**Quadro 8.17 Revisão de literatura sobre Indicadores de Adequação e indicadores sugeridos pelo projeto.**

Adequação	Fonte
Proporção de mulheres que tiveram um parto por via vaginal após uma cesariana <sup>18</sup> .	Canadá
Proporção de mulheres que tiveram um parto por via cesariana.	Canadá Austrália
Taxas de internação por miringotomiae amigdalectomia	Austrália
Número de prescrições de antibiótico via oral para infecções do trato respiratório superior	Austrália
Porcentagem de crianças de 2 anos imunizadas contra difteria <sup>19</sup> e contra MMR	Reino Unido
Porcentagem de pessoas com 65 anos e mais vacinadas contra gripe	Reino Unido
Taxa de alta hospitalar dentro de 56 dias após admissão de emergência para AVC em pacientes com 50 anos ou mais.	Reino Unido
Taxa de alta hospitalar dentro de 28 dias após admissão de emergência para fratura de colo de fêmur em pacientes com 50 anos ou mais.	Reino Unido
Taxas de admissão em emergência, padronizadas por sexo e faixa etária, de Infecção em vias aéreas superiores, infecção renal/trato urinário e insuficiência cardíaca.	Reino Unido
Taxas de admissão em emergência, padronizadas por sexo e faixa etária, de asma e diabetes.	Reino Unido
Taxa padronizada por idade de prescrição de drogas antibacterianas	Reino Unido

<sup>18</sup> Existe considerável evidência que o parto vaginal é seguro para muitas mulheres que tiveram partos cesáreos prévios.

<sup>19</sup> Porcentagem de crianças que completaram curso completo de vacinação/3 doses



Taxa padronizada por idade de prescrição de drogas para tratamento de úlcera	Reino Unido
Número de doadores com batimento cardíaco dos quais pelo menos um órgão sólido foi retirado para transplante por 1 milhão de habitantes	Reino Unido
Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais	PACTO
<i>Proporção de baciloscopia em sintomáticos respiratórios</i> <i>Estudos de baciloscopia em meningite bacteriana</i> <i>Proporção de cirurgia sem utilização de UTI, considerando o porte da cirurgia</i> <i>Parto cesário</i>	Proadess

**Fontes:** UK/DH/ 2001; AIHW 2002; CIHI 2002; Brasil/MS 2003.

***h) Segurança: Capacidade do Sistema de Saúde de identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais das intervenções em saúde ou ambientais***

Para a Austrália a segurança do SS refere-se ao ato de evitar ou a redução para limites aceitáveis do dano atual ou potencial do gerenciamento do serviço de saúde ou do ambiente no qual o serviço de saúde é ofertado. Atualmente no Canadá define-se segurança como a capacidade de controlar o risco potencial de uma intervenção ou do ambiente no qual o serviço de saúde é ofertado.

A JCAHO (1993) define segurança como o grau com que o risco de uma intervenção e o risco no meio ambiente onde o cuidado é prestado são reduzidos para pacientes e outras pessoas, incluindo os profissionais de saúde. Para o Committee on Quality of Health Care in America (2001) a segurança do SS está na sua capacidade de evitar prejuízos ou danos causados aos pacientes em função do cuidado em saúde. Baseando-se nas publicações do Institute of Medicine, esse comitê ao entender que segurança do paciente significa evitar o dano acidental e reconhece que nem todos os erros provocam danos. O Institute of Medicine define dano acidental causado por erro o insucesso em uma ação planejada em chegar ao alcance pretendido, ou o uso de um plano errado para atingir um objetivo. Portanto, segurança diz respeito à prevenção ou diminuição das causas dos eventos adversos, associados com as ações de saúde realizadas. A pessoa que usa o serviço de saúde não pode ser prejudicada em função do cuidado que recebe. O ambiente do serviço de saúde deve ser seguro para os pacientes em todo processo do cuidado. Para garantir a segurança do cuidado também faz-se necessário que o paciente seja bem informado e participe amplamente do tratamento.



**Quadro 8.18 - Revisão de literatura sobre Indicadores de Recursos Humanos e Físicos e indicadores sugeridos pelo projeto.**

Segurança	Fonte
Taxa padronizada por idade de internação por fratura de quadril <sup>20</sup> / 100.000 hab. de 65 anos ou mais.	Canadá
Número de internações que geraram eventos adversos	Austrália
Reações adversas à vacinas	USA
Vigilância sobre controle de qualidade de vacinas	USA
Monitoramento de eventos medicos adversos	USA
Revisão de medicamentos tomados pelos pacientes	USA
Recepção de informação útil sobre prescrições das farmácias	USA
Aconselhamento sobre medicações por parte dos que as prescreveram e forneceram	USA
Doações de sangue	USA
<i>Taxa de infecção hospitalar e outras complicações</i> <i>Não existe hoje um sistema que apure os casos de infecção hospitalar</i>	Proadess

**Fontes:** AIHW 2002; CIHI 2002; US/DHHS 2000

<sup>20</sup> A taxa de internações pode superestimar a incidência de fraturas de fêmur na medida que alguns casos podem representar readmissões ou transferências entre serviços.

## 9. Critérios de seleção de indicadores para caso brasileiro

A exemplo dos demais países analisados, o processo de seleção de indicadores para as diversas dimensões da avaliação deve ser feito a partir de discussão liderada pelas esferas centrais que incorporam todos os possíveis usuários das informações. Em geral, cabe aos Ministérios da Saúde a definição dos objetivos e metas do SS e também a convocação dos fóruns políticos e técnicos de discussão.

Como foi apresentado no capítulo 6, no caso do Reino Unido a discussão iniciou-se na década de 80 com o estabelecimento de medidas de produtividade de hospitais, mas o sistema de avaliação se amplia em 1997 com o desenho do quadro referencial (PAF) pela Comissão for Health Improvement. Posteriormente, em 2000, uma série de medidas foram tomadas no sentido de melhorar a performance do sistema de saúde, e ao mesmo tempo foram revistos os indicadores propostos em 1997, sendo que quase metade deles foram excluídos. No Canadá, apesar da marcada descentralização do sistema, o nível federal também tem papel fundamental na formulação da política e há quase duas décadas vem coordenando um longo processo de discussão que já formulou pelo menos 6 diferentes quadros de referência até a adoção do atual dashboard. Na Austrália, desde 1996, as medidas de avaliação de performance têm sido conduzidas na Austrália e, ao longo deste tempo, vários documentos têm sido elaborados por diferentes grupos de trabalho e focos de análise. Os três primeiros documentos sobre indicadores de performance do sistema de saúde foram produzidos pelo National Health Minister's Benchmarking Working Group em 1996, junho de 1998 e junho de 1999. O Fourth National Report on Health Sector Performance Indicators e o National Health Performance Framework Report foram subsequentemente preparados pelo National Health Performance Committee (NHPC) os quais foram publicados em julho de 2000 e agosto de 2001, respectivamente. A proposta atual é resultante de um amplo processo de discussão, promovido pelo National Health Performance Committee em 1999, entre os vários provedores e consumidores do sistema de saúde, realizado através de um *workshop* no início do ano 2000.

Dessa forma, para selecionar os indicadores, a experiência dos diversos países demonstra a necessidade de abertura de um processo amplo de pactuação que leve em consideração, a conformação do sistema de saúde, seus objetivos e metas e os diferentes atores que dele fazem parte.

## 9.1 Aspectos Operacionais

O indicador é uma medida de estrutura, processo ou resultado, válida e confiável, relacionada a uma ou mais dimensões do desempenho do sistema de saúde ou dos determinantes da saúde. A utilidade de um indicador de desempenho depende de uma série de atributos, particularmente, da sua validade. Os critérios de seleção dos indicadores devem basear-se em informação sobre determinados atributos. Deste modo, os critérios para avaliação e seleção dos indicadores em cada dimensão devem considerar os seguintes atributos:

1. relevância – aplicabilidade e pertinência do indicador para monitorar o desempenho do sistema de saúde brasileiro. O indicador deve estar relacionado aos objetivos/problemas prioritários definidos, inicialmente, no âmbito nacional. A informação produzida deve responder às necessidades dos diversos atores do sistema (usuários da informação). Vale destacar a preferência inerente dos distintos usuários destas informações em função da dimensão que os indicadores expressam, por exemplo, gestores do SUS podem estar mais preocupados com os indicadores de eficiência, ao passo que indicadores da dimensão respeito ao direito das pessoas podem ser de interesse maior por parte dos membros dos conselhos de saúde.
2. atributos metodológicos
  - Confiabilidade – capacidade do indicador para detectar de forma precisa e consistente em vários locais e ao longo do tempo o evento para qual ele foi desenhado para medir. As medidas devem produzir o mesmo resultado numa alta proporção de vezes em que é aplicado para uma mesma população com base numa mesma fonte de dados.
  - Validade – capacidade e grau com que o indicador detecta problemas no desempenho. Validade diz respeito à extensão com que uma medida representa de maneira precisa o conceito que está sendo avaliado. Uma medida é considerada válida se (i) os valores produzidos distinguem o bom do mau desempenho, e se (ii) a construção da medida representa adequadamente o conceito de interesse. Validade pode ser avaliada de várias formas, mas é uma

tarefa difícil determinar a qualidade da medida (McGlynn 2003). Imprecisões na validade de um indicador implicam em imprecisões na sua interpretação. A informação sobre a validade do indicador deve ser considerada como um critério balizador da relevância.

- Capacidade de discriminação – capacidade do indicador em mostrar variação significativa na comparação do desempenho. Isso significa que o indicador deve detectar tanto as situações caracterizadas por alta variabilidade como aquelas de baixa variabilidade, mas que descrevem um padrão abaixo de limite aceitável.
- Viabilidade – Possibilidade de acessar os dados necessários para a construção do indicador, considerando o esforço requerido para obtê-los e os custos associados. Diz respeito às facilidades ou obstáculos oriundos da necessidade de informação tanto para a construção do indicador (numerador e denominador) como para medir os fatores de confundimento.
- Fonte dos dados: os indicadores podem ser gerados a partir das bases de dados secundários, inquéritos ou mesmo nos prontuários dos pacientes. Neste caso a qualidade das informações, isto é novamente sua confiabilidade e validade, deve ser considerada. Este critério envolve, portanto o balanço entre benefícios e ônus, sendo importante comparar os ganhos advindos de acessar os dados necessários para a construção do indicador com o esforço requerido para obtê-los e os custos associados.

A aplicação dos critérios de seleção definirá o rol de indicadores a compor um sistema de monitoramento do desempenho do sistema de saúde orientado pela busca da parcimônia, considerando a inclusão ou substituição progressiva dos indicadores e dimensões monitoradas.

Além dos critérios de seleção dos indicadores (relevância, atributos metodológicos e viabilidade) para que um indicador seja útil, é necessário considerar alguns pontos.

A utilidade do indicador diz respeito à sua importância para tomada de decisão ou julgamento de valor sobre o desempenho, o que implica que a análise dos indicadores (incluindo o ajuste por fatores de confundimento ou a estratificação por uma variável de interesse) e sua difusão sejam adequadas à estas finalidades. Alguns indicadores expressarão mais que uma das dimensões de desempenho definidas, o que provavelmente

trará problemas para sua interpretação e implicará no uso de estratégias de análise mais refinadas para garantir sua validade.

Um instrumento essencial para conhecer e/ou minimizar este problema é a construção da ficha técnica para cada indicador contendo informações sobre: foco do indicador; detalhamento do indicador; definição dos termos; tipo de indicador; nível de informação do indicador; fundamentos do indicador; definição da população que compõe o indicador; ajuste por gravidade; variáveis de estratificação; identificação dos dados e das fontes de dados; fatores explicativos da variação no indicador (ver exemplo de ficha técnica no Anexo 3).

Um terceiro ponto refere-se ao julgamento de valor sobre a adequação ou não do desempenho. Esta tarefa depende da comparação do valor encontrado (critério) com um padrão a ser adotado. Padrões são as bases para o julgamento da qualidade do cuidado. O padrão é uma medida quantitativa específica e precisa que define o bom desempenho (Donabedian 1985). Com base nos padrões constroem-se referências sobre: (1) os níveis mínimos aceitáveis; (2) os níveis de excelência; ou (3) o intervalo aceitável, relativos ao desempenho de um serviço. Os padrões de comparação podem ser normativos ou empíricos em função do tipo de padrão utilizado. Padrões normativos são desenvolvidos com base no consenso de especialistas e na evidência científica sobre a eficácia de procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Padrões empíricos são derivados do desempenho observado na prática cotidiana dos serviços.

Outros pontos que devem ser destacados dizem respeito ao âmbito de análise e apresentação e disseminação dos indicadores de desempenho. Quanto ao âmbito da análise, sua formulação deve contemplar um ou mais âmbitos de análise, em função da dimensão do desempenho que ele expresse permitindo a avaliação do desempenho dos diferentes (i) níveis de atenção (promoção da saúde e prevenção de doença; tratamento e reabilitação) e (ii) tipos de serviço (assistência hospitalar, ambulatorial, domiciliar, e ações de saúde pública e ambientais). Estas análises devem, quando for possível e pertinente, comparar o desempenho entre áreas geográficas e grupo populacionais (discriminados segundo renda, escolaridade, sexo, raça e cobertura por plano privado de saúde). Finalmente, é necessário levar em conta aspectos relacionados à apresentação e disseminação das informações, considerando análises comparativas externas e internas. Os instrumentos frequentemente empregados nestas comparações são:

- Gráficos de controle: o desempenho observado é classificado com base na sua posição com relação a limites inferiores e superiores construídos a partir da distribuição e dispersão do desempenho médio observado.
- Benchmarking; Um nível de desempenho definido como um objetivo a ser atingido. *Benchmarks* internos são obtidos de processos similares ao que se quer avaliar, desenvolvidos em uma mesma organização. *Benchmarks* competitivos são comparações com os melhores competidores na mesma área de atuação. *Benchmarks* gerais são obtidos a partir do melhor desempenho em processos similares desenvolvidos em organizações de excelência.
- Modelagem estatística. Utilizado em indicadores de desempenho referidos ao resultado do cuidado (*Outcome Indicators*) para estabelecer se o desempenho observado encontra-se acima, abaixo ou na média do desempenho esperado. Toma-se por base para construir o desempenho esperado e desempenho médio observado no universo de estudo.

As etapas subseqüentes para o desenvolvimento do sistema de monitoramento do desempenho do sistema de saúde requererão o cumprimento dos seguintes passos: (i) seleção criteriosa e parcimoniosa, de forma pactuada com gestores, prestadores de serviços e usuários dos serviços de saúde, dos possíveis indicadores para cada uma das dimensões definidas neste projeto, levando em conta as possíveis fontes de dados; (ii) construção da ficha técnica para cada indicador incluindo a medida de desigualdade para comparação de grupos populacionais, procurando-se evidenciar as desigualdades geográficas e sociais; (iii) análise da validade aparente (*face validity*) dos indicadores junto a especialistas e potenciais usuários deste sistema de monitoramento tomando por base os critérios de seleção descritos; (iv) estabelecimento de uma agenda para a implantação dos indicadores partindo-se dos já disponíveis (IDBs por exemplo) e para a definição de possíveis mecanismos de obtenção periódica de dados inexistentes; (v) análise das relações entre as diferentes dimensões procurando-se identificar limites e oportunidades de intervenção quanto ao desempenho dos serviços de saúde e seu impacto na saúde da população.



## Referências Bibliográficas

- \_\_\_\_\_ Characteristics of Clinical Indicators 1989. *QRB* november:330-339.
- AIHW- Australia Institute of Health and Welfare 2000. The Seventh Biennial Health Report of the Australian Institute of Health and Welfare. Canberra: AIHW Cat. No. 19.
- AIHW- Australia Institute of Health and Welfare 2002. The Eight Biennial Health Report of the Australian Institute of Health and Welfare. Canberra: AIHW Cat. No. AUS 25. Disponível em: <http://www.aihw.gov.au/publications/index.cfm?type=detail&id=7637>
- Alleyne GAO 2001. Equity and Health. In: *Equity and Health: Views from the Pan American Sanitary Bureau*. Pan American Health Organization, PAHO.
- Almeida CM 1995. *As Reformas Sanitárias Nos Anos 80: Crise Ou Transição?* Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz.
- Almeida CM 1999. Reforma do Estado e Reforma de Sistemas de Saúde: Experiências Internacionais d Tendências de Mudança. *Ciência & Saúde Coletiva* 4(2):263-286.
- Almeida CM 2002. Equidade E Reforma Setorial Na América Latina: Um Debate Necessário. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(Suplemento 2002):23-36.
- Almeida CM, Braveman P, Gold MR, Szwarcwald CL, Ribeiro JM, Miglionico A et al.2001. Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health Report 2000. *Lancet* 357(9269):1692-7.
- Anand S, Peter F 2000. Equal Opportunity. In: Daniels, N., Kennedy, B. & Kawachi, I. *Is inequality bad for our health?* pp. 48-52. Boston. Beacon Press.
- Artells J 1983. Notas sobre la consideración econômica de la equidad: Utilización y acceso. In: *Planificación y Economía de la Salud en las Autonomías* (J. Artells, org.), pp. 23-30, Madrid:Masson.
- Arrow KJ 1963. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *American Economic Review*, 53:941-973.
- Austrália/National Health Performance Committee (NHPC) 2001. National Health Performance Framework Report, Queensland Health, Brisbane.
- Austrália/National Public Health Partnership (2000), *Performance Indicator Frameworks for population Health: Report on Workshop held on 16 March 2000*, Melbourne.
- Bambas A, Casas JA 2001. Assessing Equity in Health: Conceptual Criteria. *Equity and Health. Views from the Pan American Sanitary Bureau*. (Occasional Publication No. 8). Pan-American-Health-Organization. Washington D.C, PAHO: 12-21.
- Battistella LR, Brito CMM 2002. Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). *Acta Fisiátrica* 9(2):98- 101.
- Bellerose C et al. 1994. Health and social survey, 1992-93. Highlights. Quebec, Santé Quebec.
- Belli, P. 2001. The Impact of Resource Allocation and Purchasing (RAP) Reforms on Equity. Disponível em: <http://www.equinetfrica.org/newsletter/newsletter.php?id=554>
- Berenguela RMS 2000. Health System Inequalities and Inequities in Latin America and the Caribbean: Findings and Policy Implications. Disponível em: <http://www.paho.org/English/HDP/HDD/suarez.pdf>

- Berkman Lf, Kawachi I 2000. A Historical Framework For Social Epidemiology. In: *Social Epidemiology*, Oxford University Press.
- Berman PA, Bossert TJ 2000. A decade of health sector reform in developing countries: what have we learned? Boston, data for Decision Making Project, International Health Systems Group, Harvard School of Public Health. Disponível em <http://www.hsph.harvard.edu/ihs/publications/pdf/closeout.PDF>.
- Bettcher WD, Sapirie S, Goon EHT 1998. Essential Public Health Functions. Results of the International Delphi Study. *World Health Stat Q*. 51:44-54.
- Black D, Morris JN, Smith C, Townsend P 1982. (Edited and with an introduction by Townsend P & Davidson N) *Inequalities in Health. The Black Report*, New York - London, Penguin; Pelikan.
- Backlund E, Sorlie PD, Johnson NJ 1996. The Shape of the Relationship between Income and Mortality in the United States. Evidence from the National Longitudinal Mortality Study. *Annals of Epidemiology* 6(1): 12-20.
- Bobbio N, Matteucci G, Pasquino (Org.) 1993. *Dicionário de Política*, Volume 2 (5ª Edição). Brasília: Editora Universidade de Brasília
- Brasil/MS/ NOB/SUS 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. NOB SUS 1/96. Portaria MS/GB Nº 2.203, de 05 de Novembro de 1996. Brasília: MS.
- Brasil/MS/NOAS/SUS 2001. Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a Descentralização com Equidade no Acesso (Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS. SUS 01/01. Portaria MS/GM no 95, de 26 de Janeiro de 2001). Brasília.
- Brasil/MS/ NOAS/SUS 2002 - Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS. SUS 01/02. Portaria MS/GM no 373, de 27 de Fevereiro de 2002). Brasília.
- Brasil/MS 2003 - Relação dos Indicadores do Pacto de Atenção Básica 2003 de Estados e Municípios. Portaria GM456 de 16 de abril de 2003.
- Braveman P, Tarimo E 2002. Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations. *Social Science & Medicine*, vol. 54 (11): 1621- 1635.
- Briggs, D. (1999) Environmental health indicators: Frameworks and methodologies. World Health Organization. Geneva, [www.who.int/environmental\\_information/](http://www.who.int/environmental_information/)
- Brock DW 2002. The separability of health and well-being. In: Murray CJL et al *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*, WHO, Geneva, p.115-120.
- Broome J 2002. Measuring the burden of disease by aggregating well-being. In: Murray CJL et al *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*, WHO, Geneva. p. 91-113.
- Castellanos PL 1997. Epidemiologia, Saúde Pública, Situação de Saúde e Condições de Vida. Considerações conceituais. In: Barata RCB (org.) *Condições de vida e saúde*. Rio de Janeiro, Abrasco.
- Charlson ME, Szatrowski TP, Peterson J, Gold J 1994. Validation of a combined comorbidity index. *J Clin Epidemiol*, **50**(8): 903-908.
- Ciconelli RM 1997. Tradução para o Português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida “Medical Outcome Studies, 36 – Item Short Form Health Survey (SF-36)”. Tese de doutorado, São Paulo, UNIFESP.

- CIHI- Canadian Institute of Health Information 2001. *Health Care in Canada* . Disponível em <http://www.cihi.ca>.
- CIHI - Canadian Institute for Health Information. 2003. Health Indicators 2003: Definitions, Data Sources and Rationale. Disponível em: [http://secure.cihi.ca/indicators/en/pdf/Definitions\\_data\\_sources\\_2003.pdf](http://secure.cihi.ca/indicators/en/pdf/Definitions_data_sources_2003.pdf)
- Committee on Quality of Health Care in América, Institute of Medicine 2001. *Crossing the Quality Charm: a new health system for the 21st Century*, Washington, DC: National Academy Press.
- CNS 2002. Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil: Avanços, desafios e reafirmação de princípios e diretrizes. Documento Técnico. Ago, 61p, Brasília.
- Cozzens S 1995. Performance Assessment and the National Science Foundation: Proposals for NSF's Response to the Government Performance and Results Act, (NSF Discussion Paper, Arlington, VA, November.
- Daniels N, Kennedy B, Kawachi, I 2000. *Is Inequality bad for our Health?* Beacon Press, Boston.
- Deaton A, Paxson C 2001. Mortality, Income, and Income Inequality over Time in Britain and the United States. Disponível em: <http://www.nber.org/books/boulders01/deaton-paxson7-17-02.pdf>.
- Diderichsen F, Evans T, Whitehead M 2000. The Social Basis of Disparities in Health. In: T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya and M. Wirth. *Challenging Inequities in Health* London, Oxford University Press: 13 - 23.
- Donabedian A 1973. *Aspects of Medical Care Administration*. Boston NE: Harvard University Press.
- Donabedian A 1985. *The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring: Criteria and Patrons*. Ann Arbor MI: Health Administration Press.
- Donabedian A 1990. The Seven Pillars of Quality. *Arch.Path.Lab Med.* 114:1115-1118.
- Dussault, G. 1993. L'analyse des Systèmes de Santé: Cadre Conceptuel ( Mimeo).
- Escorel S (coord), Giovanella L, Mendonça MH, Magalhães R, Senna MCM 2002. Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em 10 grandes centros urbanos. Síntese dos principais resultados. Brasil,MS, Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica.
- Evans RG, Stoddart GL 1994. Producing health, consuming health care. In: Evans, Barer & Marmor Eds: *Why are some people healthy and others not? The determinants of the health of populations*. New York: Aldine de Gruyler.p. 26-64.
- Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M 2001. Introduction. In: *Challenging inequities in health*. T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya and M. Wirth. London, Oxford University Press: 3 – 44
- Field MG (Ed.) 1989. *Success and Crisis in National Health Systems: A comparative approach*. New York: Routledge.
- Fiocruz 2000. International Workshop “Health Systems Performance – Thte World Health Report 2000”. Final Report. Red de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud em el Cono Sur - Cuadernos para Discusión, No2 : 55-86.
- Foucault M 1979. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro:Edições Graal.

- Fox J, Benzeval M 1995. Perspectives on social variations in health. Tackling Inequalities in Health. An agenda for action. M. Benzeval, K. Judge and M. Whitehead. London, King's Fund.: 10-21.
- Freeman G, Shepperd S 2001. *Continuity of Care*. Report of a Scoping Exercise for the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). Disponível em <http://www.sdo.lshtm.ac.uk/continuityofcare.htm>
- Frenk J, Donabedian A 1987. State intervention in medical care: types, funds and variables. *Health Policy and Planning*, 2(1):17-31.
- Frenk J 1992. The concepts and measurement of accessibility. In: White, K et al (Ed.), *Health Services Research: an Anthology*. p. 842-855, PAHO, Washington.
- Frenk J 1994. Dimensions of health systems reform. *Health Policy* , 27:19-34.
- Gallopín, G.C. (1997) Indicators and their use: Information for Decision-making. In: Moldan, B. and Billharz, S. (Eds.) Sustainability Indicators. P. 13-27. SCOPE 58, John Wiley & Sons, Chichester.
- Green J, Thorogood N 1998. Analyzing Health Policy – A Sociological Approach. London and New York: Longman.
- Green CJ 2003. Performance Evaluation Frameworks for vertically integrated Health Care Systems: Shifting Paradigms in Canada. 5pp.
- Griffin JA 2002. Note on measuring well-being. In: Murray CJL et al *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*, WHO, Geneva. p.:129-133.
- Habermas J 1989. *Consciência Moral e Agir Comunicativo*. Ed. Tempo Brasileiro, Rio de Janeiro 236p.
- Hart CL, Hole DJ, Gillis CR, Smith GD, Watt GCM, Hawthorne VM 2001. Social class differences in lung cancer mortality: risk factor explanations using two Scottish cohort studies. *International Journal of Epidemiology*, vol. 30, p. 268-274.
- Heidheimer A 1975. Health Care: Delivery Options and Policy Constraints, In: A. Heideheimer; H. Hecló & C.T. Adams, *Comparative Public Policy-The Politics of Social Choice in Europe and America*, St. Martin's Press, New York.
- Houais A, Vilar MS, Melo Franco FM 2001. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Instituto Antônio Houaiss, Rio de Janeiro RJ: Editora Objetiva.
- Hsiao W 1992. Comparing Health Care Systems: What can Nations Learn from One Another. *Journal of Health Politics and Law*, 17(4):613-639.
- Hurst J 1990. Symposium on international comparisons of health care systems - respondent. In: OECD, Health Care Systems in Transition: the search for efficiency. *Social Policy Studies*, N.7, Paris, OECD, 71-4.
- Hurst J, Jee-Hughes M 2001. Performance Measurement and performance Management . in OECD Health Systems. Labour Market and Social Policy – Occasional Papers N° 47.
- IBGE 1998. Pesquisa sobre Padrão de Vida 1996/97. FIBGE, Rio de Janeiro.
- Idler El, Benyamini Y 1997. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38:21-37.
- Immergut, EM. 1992. Health Politics - Interests and Institutions in Western Europe, *Cambridge Studies in Comparative Politics*. New York: Cambridge University Press, pp 34-77.

- Institute of Medicine 1988. *The future of public health*. Washington DC: National Academy Press.
- JCHAO 1993. The Measurement Mandate- on the Road Performance Improvement in Health Care. Chicago IL: Department of Publications, 53p.
- Kakwani NC, Wagstaff A, Van Doorslaer 1997. Socioeconomic inequalities in health: measurement, computation and statistical inference. *Journal of Economics*, n° 77, 87-103.
- Kaplan RS, Norton DP 1992. The Balanced Scorecard: Measures that Drive Performance, *Harvard Business Review*, Vol 70, January-February. p.72-9.
- Kaufman D, Kraay A, Zoido-Lobaton P 1999. Aggregating governance indicators. Washington DC, The World Bank, Policy Research Working paper, No 2195.
- Khon R, White KL 1976. *Health care: An international study*. London:Oxford University Press.
- Klazinga N, Stronks K, Delnoij D, Verhoeff A 2001. Indicators without a cause: Reflections on the development and use of indicators in health care from a public health perspective. *International J for Quality in Health Care*, 13(6):433-438.
- Kunst AE Mackenbach J 1994. The Size of Mortality Differences Associated with Educational Level in Nine Industrialized Countries. *Am J Public Health* 84(6): 932-937
- Lalonde M 1974. *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa: Health and Welfare Canada.
- Le Grand J 1988. Equidad, Salud y Atención Sanitaria. In: VIII Jornada de Economía de la Salud, Anales, pp. 53-69, Canarias: Asociación Española de Economía de la Salud.
- Leon DA, Walt G 2001. *Poverty, Inequality, and Health: An International Perspective*. Oxford University Press, New York.
- Long AF, Harrison S 1985. *Health Services Performance*. New Hampshire MA: Groom Helm LTD.
- Ludemir AB, Melo Filho DA 2002. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Rev Saúde Pública* 36(2):213-21.
- Macinko JA, Starfield B 2002. Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. *International Journal for Equity in Health*, (1) 1.
- Macintyre D, Gilson L 2000. Redressing disadvantage: promoting vertical equity within South Africa. *Health Care Analysis* 8(3): 235-58.
- Marinho de Souza MF, Kalighman AO 1994. Vigilância à Saúde: Epidemiologia, Serviços e Qualidade de Vida. In: Rouquaryol, MZ (Org.) *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro:MEDSI (pp. 467-476).
- Marmot M 2002. The influence of income on health: views of an epidemiologist – Does money really matter? Or is it a market for something else? In: *Health Affairs*, Mar/April.
- Matus C 1993. Planejamento e Governo. Brasília:IPEA. Tomos I e II.
- Mcdowell I, Newell C 1996. Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires. Oxford University Press.
- McGlynn EA 2003. Selecting common measures of quality and system performance. *Medical Care*; Supplement, 41(1):I39-I47.
- McLoughlin V, Leatherman S, Fletcher M, Owen JW 2001. Improving performance using indicators. Recent experiences in the United States, the United Kingdom, and Australia. *Int J Qual Health Care* 13(6): 455-462.



- McPake B, Machray C 1997. International comparison of health sector reform: Towards a comparative framework for developing countries. *Journal of International Development*, **9**(4):621-629.
- McPake B, Mills A 2000. What can we learn from international comparisons of health systems and health system reform?. *Bulletin of the World Health Organization*, **78**(6):811-20.
- Mehry EE 1994. (1ª Ed.), Razão e Planejamento, São Paulo:Ed. Hucitec (118 pp).
- Mendes EV 2001. *Os grandes dilemas do SUS* (Tomo I). Salvador, Bahia:ISC/casa da Saúde.
- Mendes EV 2002. *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Fortaleza:Escola de saúde Pública do Ceará.
- Mendes EV 1993. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo:HUCITEC/ABRASCO.
- Mendes EV, Teixeira C, Araujo EC, Cardoso MRL 1994. (1ª Ed.). Distritos Sanitários: conceitos chaves. In: Eugenio V. Mendes ( Org) *Distrito Sanitário - O processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde*, São Paulo/Rio de Janeiro:Ed. Hucitec/ABRASCO, (pp.159-185).
- Mendes-Gonçalves RB 1979. *Medicina e História:Raízes Sociais do Trabalho Médico*. São Paulo, Dissertação de Mestrado FMUSP,1979.
- Metzger X. 1996. Conceptualización e indicadores para el término equidad y su aplicación en el campo de la salud. Washington, OPAS.
- Middelkoop BJC, Struben HWA, Burger I, Jongerden JMV 2001. Urban cause-specific socioeconomic mortality differences. Which causes of death contribute most? *International Journal of Epidemiology*, vol. 30:240-247.
- Mills A, Hanson K 2000. The Design of Health Systems, In: M.H. Merson; R.E. Black & A Mills (Eds.) *International Public Health: Diseases, programs, Systems and Policies*. Gaithersbrug, Maryland:Aspen Publishers, Inc.
- Mooney GH 1983. Equity in health care: Confronting the confusion. *Effective Health Care*, 1:179-185.
- Mooney G, Jan S 1997. Vertical equity: weighting outcomes or establishing procedures? *Health Policy* **39**(1): 79-87.
- Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, Macedo CG, HannaW, Larrie M, Ubilla S, Zeballo JL 2000. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* **8**(1/2):126-134.
- Murray CJL & Lopez AD 1996. Rethinking DALYs. In: MurrayCJL & Lopez AD (Eds) *The Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. p.1-97. Cambridge, Harvard University Press.
- Murray CJL, Frenk J 2000. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, **78**(6): 717-731.
- Musgrove P 1996. Public and private roles in health: theory and financing patterns. *Discussion Paper N. 339*. Washington:World Bank.
- Navarro V 2000. Assessment of the World Health Report 2000. *Lancet*, Vol. 356 Issue 9241, p1598-1602.
- Nunes A, Santos JRS, Barata RB, Viana SM 2001. *Medindo as Desigualdades em Saúde no Brasil*. Brasília.

- O'Leary DS 1995. Performance measures – How are they developed, validated, and used? *Medical Care*; supplement, 33(1):js13-js17.
- OECD 1992. Le réforme des systèmes de santé-Analyse Comparée de Sept Pays de l'OCDE, *Études de Politique de Santé*, N.2.
- Organización Panamericana de la Salud 2002a. De datos básicos a índices compuestos: una revisión del análisis de mortalidad. *Boletín epidemiológico* 23(4):1-2.
- Organización Panamericana de la Salud 2002. Salud en las Américas, 2002. Washington DC. OPS.
- Ossana J 1994. *Reformas contemporáneas en el campo de la salud: En busca de la Equidad*. Rockville, Technical Resources International Inc.
- Panamerican Health Organization-PAHO 2000. Funciones Esenciales de Salud Pública. Documento da 52a Sesión del Comité Regional. Washington, DC, p.11
- Panamerican Health Organization-PAHO 2001. *Health Systems Performance Assessment And Improvement In The Region Of Americas*. Washington, D.C.: PAHO.
- Paim JS 1994. A Reorganização das Práticas de Saúde em Distritos Sanitários. In: Eugenio V. Mendes (Org.) *Distrito Sanitário e o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro:Hucitec/ABRASCO (pp. 187-220).
- Paim JS 1994a. A reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: M. Z. Rouquaryol (Org.) *Epidemiologia & Saúde*, 4ª Ed., Rio de Janeiro:MEDSI (pp.455-66).
- Panebianco A 1994. Comparación y Explicación. In: Giovanni Sartori & Morlino (comp.), *La Comparación en las Ciencias Sociales*, Madrid:Alianza Editorial (pp.81-103).
- Pastides, H. (1995) An epidemiological perspective on environmental health indicators. *World Health Statistics Quarterly*. 48: 140-143.
- Porto S, Vianna SM, Ugá MA, Vianna CM, Martins M, Lucchesi PTR, Szwarcwald CL, Travassos C, Viacava F 2002. *Metodologia de Alocação Equitativa de Recursos*. Relatório final de projeto. Fiocruz. Rio de Janeiro.
- Puigpinos R, Borrell C, Pazarin M, Montella N, Perez G, Plasencia A, Rue M 2000. "Inequalities in mortality by social class in men in Barcelona, Spain." *European Journal of Epidemiology* 16(8): 751 - 756.
- Raphael D 2001. Inequality is Bad for Our Hearts: Why Low Income and Social Exclusion are Major Causes of Heart Disease in Canada. Relatório, North York Heart Health Network.
- Rawls J 1999. A theory for Justice. Belknap Press of Harvard University Press.
- Reilly T 2002. Update on the Development of the National Healthcare Quality Report: *Annual Research Meeting Health Services Research: From Knowledge to Action*. June-23-25, Washington , DC.
- Rice N, Smith P 1999. Approaches to capitation and risk adjustment in health care: an international survey. Occasional Paper, Centre for Health Economics, University of York.
- Roemer M 1985. *National Strategies for Health Care Organizations. A World Overview*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Roemer M 1991. *National health systems of the world*. (Vol. 1: The countries).Oxford, England:Oxford University Press.
- Rosen G 1980. *Da Polícia Médica à Medicina Social – Ensaio sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro:Edições Graal.

- Rosen G 1994. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: Editora UNESP/HUCITEC/ABRASCO.
- Sadana R, Mathers CD, Lopez AD, Murray CJL, Iburg K 2002. Comparative analyses of more than 50 household surveys on health status. In: Murray CJL et al *Summary measures of population health: concepts, ethics, measurement and applications*, WHO, Genebra, p.:369-386.
- Salgado CC, Loyola E, Roca A 2001. Inequalities in Infant Mortality in the American Region: Basic Elements for Analysis. *Epidemiological Bulletin*, vol.22, nº 2, jun, PAHO/WHO.
- Saltman RB, Ferroussier-Davis O 2000. The concept of stewardship in health policy. *Bulletin of the World Health Organization*, **78**(6): 732-739.
- Sen A 2001. Desigualdade reexaminada. Tradução de Ricardo Donninelli Mendes. São Paulo, Record ed.
- Sen A 2002. Por qué la equidad en salud? (Texto do discurso lido na III Conferência Internacional sobre Economia da Saúde. York, UK, 23 de julho de 2001) *Rev. Pan Salud* 11(5/6):302-309.
- Sheldon T 1998. Promoting health care quality: what role performance indicators? *Quality in Health Care*; 7 (Suppl.): S45-S50.
- Sicotte C et al. 1998. A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health Service Management Research*; 11: 24-48.
- Smee CH 2002. Improving Value for Money in the United Kingdom National Health Service: Performance Measurement and Improvement in a Centralised System. p. 57-85. In: *OECD Measuring Up – Improving Health System Performance in OECD Countries*. Paris.
- Smith PC, Rice N, Carr-Hill, R 2001. Capitation funding in the public sector. *Journal of the Royal Statistical Society A*. 164, 2: 217-257.
- Starfield B 2002. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. UNESCO, Ministerio da Saúde, Edição brasileira, Brasília.
- Stepke FL 2001. Ética, Equidad y Práctica en las Instituciones de Salud. In: *Equity and Health: Views from the Pan American Sanitary Bureau*. Pan American Health Organization, Washington, DC.
- Stewart F 2001. *Horizontal Inequalities: A Neglected Dimension of Development*. Disponível em: <http://www2.qeh.ox.ac.uk/RePEc/qeh/qehwps/qehwps81.pdf>
- Sturm R, Gresenz CR 2002. Relations of income inequality and family income to chronic medical conditions and mental health disorders: national survey. *BMJ*,: 324:20.
- Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL 1998. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Ano VII, Abr/Jun/98, N.2:7-28.
- Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL 2001. ( 2ª Ed.) SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. In: Suely Rozemfeld (Org.) *Fundamentos da Vigilância Sanitária*. Rio de Janeiro:Ed.Fiocruz (pp 49-60).
- Terris M 1978. *Atención Primaria de Salud*. Alma-Ata .OMS- UNICEF.
- Testa M 1995. *Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación (El Caso de Salud)*. Buenos Aires:Lugar Editorial (295 pp.)
- Travis P, Egger D, Davies P, Mechbal A 2002. *Towards better stewardship: concepts and critical issues*. Global Programme on Evidence for Health Policy Discussion Papers , No. 48. Geneva, Switzerland: World Health Organization.



- Turrel G, Mathers C 2001. Socioeconomics inequalities in all-cause and specific-cause mortality in Australia: 1985-1987 and 1995-1997. *International Journal of Epidemiology*, vol. 30, p. 231-239.
- UK/DHS/NHS 2002. NHS Performance Indicators. Disponível em: [www.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators/2002/index.html](http://www.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators/2002/index.html)
- Unicamp/Centro de Defesa da Vida 1992. *Manifesto "Em Defesa da Vida"*. Campinas, disponível em <http://www.cdv.org.br>.
- US/DHHS 2000. Healthy People 2010: *Leading health indicators*. Disponível em: [http://www.healthypeople.gov/Document/html/uih/uih\\_4.htm](http://www.healthypeople.gov/Document/html/uih/uih_4.htm)
- USEPA (1995) A conceptual framework to support development and use of environmental information in decision-making. 230/R-95/012. [www.epa.gov/indicator](http://www.epa.gov/indicator)
- Van Doorslaer E, Wagstaff A, Van Der Burg H, Christiansen T, Di Biase R, Gerdtham U.G, Gerfin M, Geurts J, Gross L, Hakkinen U, John J, Johnson P, Klavus J, Lachaud C, Leu RE, Nolan B, Pereira J, O'Donnell O, Propper C, Puffer F, Rochaix L, Schellhorn M, Sundberg G, Winkelhake O 1999. The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *Journal of Health Economics*, 18(3): 291-313.
- Van Doorslaer E, Wagstaff A, Van Der Burg H, Christiansen T, De Graeve D, Duchesne I, Gerdtham UG, Gerfin M, Geurts J, Gross L, Hakkinen U, John J, Klavus J, Leu RE, Nolan B, O'Donnell O, Propper C, Puffer F, Schellhorn M, Sundberg G, Winkelhake O 2000. Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *Journal of Health Economics*, 19 (5):553-83.
- Viacava F 2002. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(4): 607-621.
- Viacava & Bahia, 2002. *Oferta de Serviços de Saúde: uma análise da Pesquisa Assistência Médico Sanitária (AMS) de 1999*. Texto para Discussão No 915. IPEA, Brasília
- Viana ALD, Pierantoni CR 2002. *Indicadores de Monitoramento da Implementação do PSF em Grandes Centros Urbanos*. Relatório Síntese e Relatório Metodológico. Mimeo.
- Vieira-da-Silva LM 1999. A avaliação da descentralização da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2): 331-340.
- Vuori H 1991. A qualidade da saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, 3: 17-25
- Wagstaff A, Paci P, Joshi H 2001. Causes of Inequality in Health: Who You Are? Where You Live? Or Who Your Parents Were? The World Bank; Country Economics Department, Paper 2713. Disponível em <http://ideas.repec.org/s/fth/wobacoe.html>
- Wagstaff A 2002. Measuring Equity in Health Care Financing: Reflections on and Alternatives to the World Health Organization's Fairness of Financing Index. *Health Economics*, 11(2): 103-115.
- Walt G 1994. *Health Policy - An Introduction to Process and Power*. Johannesburg, New Jersey and London: Witwatersrand University Press.
- Wamala SP, Lynch J, Kaplan GA 2001. Women's exposure to early and later life socioeconomic disadvantage and coronary heart disease risk: the Stockholm Female Coronary Risk Study. *International Journal of Epidemiology*, vol. 30, p.275-284.
- West P, Cullis J 1979. *Introducción a la Economía de la Salud*. Oxford.
- Whitehead M 1992. The Concepts and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services* 22(3): 429 - 445.

- World Health Organization 1978. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html>
- World Health Organization 1994. A user's guide to the self reporting questionnaire (SRQ). Geneva, WHO.
- WHOQOL Group 1998. The World Health Organization quality of life assessment: development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 46 (12): 1569-1585.
- World Health Organization 2000. The World Health Report. Health System: Improving Performance. Geneva: 215p.
- World Health Organization 2001. International Classification of Functioning, Disability and Health. Final Draft. Geneva.
- Wolfson M, Alvarez R 2002. Towards Integrated and Coherent Health Information Systems for Performance Monitoring: The Canadian Experience, p. 133-155. In: *OECD Measuring Up – Improving Health System Performance in OECD Countries*. Paris.
- Wolfson M, Rowe G 2001. On measuring inequalities in health. *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (6):553-560.
- Yazlle Rocha JS 2002. Sistemas de Informação: a experiência de Ribeirão Preto, (mimeo).
- Zaslavsky AL 2001. Statistical issues in reporting quality data: small samples and case-mix variation. *J for Quality in Health Care*, 13(6):481-488

## **ANEXO 1 A revisão sistemática da bibliografia veiculada pela lista [equidade@listsev.paho.org](mailto:equidade@listsev.paho.org)**

Com a finalidade de sistematizar as diversas abordagens conceituais existentes sobre a equidade em saúde procedeu-se a revisão sistemática da bibliografia veiculada pela lista [equidade@listsev.paho.org](mailto:equidade@listsev.paho.org) no período compreendido entre 15/03/2001 a 13/05/2002. Essa revisão está sendo completada com a consulta a artigos indexados no Medline, Web of Sciences e Scielo nos últimos cinco anos.

### **A classificação dos trabalhos**

Inicialmente, analisou-se o conteúdo de 257 documentos os quais foram então divididos em dois grupos: a) Um primeiro reunindo os trabalhos que abordam o tema da desigualdade em geral (84 documentos ou 32,7% do total) e b) Um segundo referente àqueles que abordam especificamente o tema da desigualdade em saúde (173 documentos ou 67,3% do total).

Os estudos incluídos no primeiro grupo têm por objeto questões teórico-conceituais (a discussão de conceitos como justiça social, justiça global, capital social, exclusão social, discriminação e exploração), questões teórico-metodológicas (as dificuldades na medida da pobreza, a falta de consenso em torno de sua definição, propostas de operacionalização do conceito de capital social), a análise do impacto sócio-econômico da globalização e sua repercussão na desigualdade social assim como a análise do impacto de políticas públicas voltadas para redução das desigualdades. Incluem-se aqui também trabalhos que visam produzir evidência empírica acerca das desigualdades sociais e investigações que abordam desigualdade e discriminação de raça e gênero, assim como a avaliação do impacto de políticas econômicas sobre a pobreza e a exclusão social. O conceito de equidade (equity), no entanto, é pouco problematizado e discutido nestes trabalhos, sendo geralmente utilizado o termo desigualdade (inequality).

No segundo grupo, foram incluídos 173 documentos que abordam especificamente o tema da desigualdade em saúde (Tabela 1). Estes trabalhos foram classificados em quatro categorias:

1. estudos teóricos que analisam os conceitos de equidade e desigualdade em saúde, incluindo suas definições e como elas se relacionam com as condições de vida. Estudos metodológicos que discutem a operacionalização dos conceitos; trabalhos que discutem os determinantes das desigualdades em saúde e o impacto da globalização nas desigualdades em saúde (N = 60; 34,7%).
2. estudos visando gerar evidência empírica acerca das relações entre mortalidade e morbidade e o status socio-econômico dos grupos populacionais e países (N= 25; 14,5%).
3. estudos que abordam as desigualdades em saúde por categorias como gênero, grupo étnico, geração, doentes mentais, deficientes físicos (N= 50; 28,9%).
4. estudos que discutem as políticas de saúde e suas conseqüências na equidade/desigualdade em saúde; políticas de saúde voltadas para a redução da desigualdade em saúde e as respostas sociais no campo das práticas de saúde visando reduzir a desigualdade (N=38; 22,0%).

Os documentos foram também classificados segundo o tipo de publicação considerando-se as seguintes categorias: 1. Artigos publicados em periódicos; 2. Trabalhos não publicados (rascunhos e documentos de trabalho); 3. livros; 4. capítulos de livros; 5. editoriais; 6. revisão de livros e 7. relatórios de pesquisa (Tabela I). A maioria dos trabalhos corresponde a artigos publicados em periódicos (47,4 %) e a trabalhos teórico-conceituais (34,7%) (Tabela I).

Na maioria dos estudos não há uma preocupação dos autores em definir termos sendo que as noções de equidade/igualdade, por um lado, e seus contrários, desigualdade, diferenças e iniquidades são tratadas como sinônimos (Robinson, 2002; Diaz, 2002; Smedley et al. 2002; Marmot, 2002; Sturm e Grezenz, 2002; Perot e Youldelman, 2001; Alvarez-Dardet e Ruiz 2001; Bull e Hamer, 2001; Raphael, 2001; Turrel e Mathers, 2001; Middelkoop et al., 2001, Hart et al., 2001; Wamala, et al. 2001; Deaton e Paxon, 2001; Salgado et al. 2001; Macintyre e Hart, 2000; Beales, 2000).

A análise dos resumos permitiu selecionar 15 trabalhos que discutem especificamente a questão conceitual em torno das noções de equidade/desigualdade em saúde para os quais

se analisou os textos na íntegra. Além destes foram incluídos outros trabalhos oriundos de revisão não sistemática, que não constavam da base de dados revisada.

Tabela 1 – Classificação das publicações sobre equidade em saúde segundo tipo de estudos e veículos de publicação.  
[equidade@listsev.paho.org](mailto:equidade@listsev.paho.org) (15/03/2001 a 13/05/2002)

Tipo de estudo		Veículo de publicação							Total
		Textos não publicados	Livros	Artigos	Relatórios	Capítulo de livro	Revisão de livros	Editoriais	
1. Estudos conceituais e metodológicos, análises macro-contextuais e <i>positional papers</i>	n	17	4	26	1	4	4	4	60
	%	28,3	6,7	43,3	1,7	6,7	6,7	6,7	100,0
2. Estudos visando gerar evidências empíricas, estudos comparativos	n	5	0	13	7	0	0	0	25
	%	20,0	0,0	52,0	28,0	0,0	0,0	0,0	100,0
3. Estudos em gênero, raça, etnia, geração	n	8	2	32	6	0	0	2	50
	%	16,0	4,0	64,0	12,0	0,0	0,0	4,0	100,0
4. Estudos de análises de políticas públicas e respostas sociais	n	10	3	11	13	0	1	0	38
	%	26,3	7,9	28,9	34,2	0,0	2,6	0,0	100,0
Total	n	40	9	82	27	4	5	6	173
	%	23,1	5,2	47,4	15,6	2,3	2,9	3,5	100,0

## **ANEXO 2 - Algumas experiências nacionais de avaliação: projetos selecionados**

**I – Vieira da Silva, Ligia Maria & Hartz, Zulmira (Coords.) (2002). *Avaliação da descentralização da atenção à saúde na Bahia* –. Ministério da saúde/Secretarias de Políticas de Saúde; Universidade Federal da Bahia/Instituto de Saúde Coletiva-Centro Colaborador. Salvador, Bahia.**

Este projeto se constituiu de 4 sub-projetos:

Sub-projeto 1: Avaliação dos efeitos da descentralização em relação a condições traçadoras da atenção à saúde.

O objetivo deste sub-projeto foi avaliar o efeito da gestão descentralizada de saúde em municípios da Bahia, no período de 1980 a 2001.

Como desenho metodológico foi realizado o estudo de séries temporais em amostra de municípios da Bahia, compreendendo os períodos de 1980 e 1999 (para a descrição da evolução da mortalidade); e de 1995 a 2001 (para as internações hospitalares), tendo o ano calendário como unidade de análise e utilizando-se condições traçadoras e agravos selecionados. Os agravos considerados como condições traçadoras foram<sup>21</sup>: Tuberculose, Hipertensão arterial, Doença cerebrovascular, Infecção respiratória aguda e diarreias (apenas menores de um ano) e Causas mal definidas.

Os indicadores selecionados foram:

- a) Mortalidade: mortalidade por causa específica, mortalidade infantil por diarreia e infecção respiratória aguda, e mortalidade infantil proporcional por causas mal definidas.
- b) Morbidade: Taxa de internação hospitalar por causa específica (tuberculose, hipertensão arterial e doença cerebrovascular; Taxa de internação hospitalar por diarreia e infecção respiratória aguda, para menores de um ano; Taxa de letalidade hospitalar por causa específica (tuberculose, hipertensão arterial e doença cerebrovascular e por diarreia e infecção respiratória aguda em menores de um ano).

---

<sup>21</sup> Os traçadores são um conjunto de problemas de saúde utilizados para avaliar a qualidade da assistência de um sistema de saúde Kessner (1973).

- c) Assistência à saúde: Percentual da população coberta pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde em 2000; Volume de recursos per capita destinado aos municípios em 2000 VRpc.

### Principais resultados e discussão

Resultados	Possíveis explicações
1. Tendência decrescente dos coeficientes de mortalidade infantil por diarreia e por infecção respiratória aguda em todos os grupos de municípios estudados. 2. O percentual de redução da mortalidade infantil por diarreia foi superior na década de 90 em relação ao período anterior, bem como a velocidade da redução deste indicador nos estratos de municípios com piores condições de vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ implementação, no final da década de 80, de tecnologias de baixo custo e comprovada eficácia como a terapia de reidratação oral.</li> <li>▪ introdução e expansão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde</li> </ul>
3. Redução do coeficiente de mortalidade por tuberculose na capital do Estado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ existência há mais de duas décadas de programa especial cujas ações enfatizam a detecção, tratamento e controle desse agravo em unidades básicas de saúde</li> </ul>
4. A tendência à estabilidade e mesmo ao aumento da mortalidade por doença cerebrovascular, hipertensão e tuberculose, principalmente nos grupos de municípios com piores condições de vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Problemas relacionados com as estratégias de controle desses agravos na maioria dos municípios, principalmente naqueles com piores condições de vida</li> </ul>
5. Resultados aparentemente paradoxais, no que se refere à mortalidade, que na maioria das vezes apresentou-se mais elevada justamente naqueles estratos de municípios em que a população apresentava melhor situação de renda.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deficiências no sistema de informação e na organização dos serviços de saúde.</li> </ul>
6. Persistência de elevados percentuais de mortalidade proporcional por causas mal definidas, principalmente nos estratos de municípios com piores condições de vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausência ou má qualidade da assistência médica prestada à população.</li> </ul>
7. Declínio da mortalidade por causas mal definidas, verificado em todos os três grupos de municípios,	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sugestivo de melhoria progressiva na qualidade dos serviços no período estudado, refletindo redução de óbitos sem assistência médica, porém ainda,</li> </ul>



	em patamar insuficiente
8. Inversão do padrão quando as taxas de internação são examinadas	▪ Melhor qualidade da informação

Sub-projeto 2: Análise da implantação da gestão descentralizada da atenção à saúde na Bahia.

Os objetivos específicos desse sub-projeto foram: a) Estimar o grau de implantação dos componentes relacionados com a descentralização da gestão da saúde em municípios selecionados; b) Discutir a influência do componente político sobre a organização do setor saúde em municípios selecionados; c) Analisar a relação entre os componentes de governo e a gestão da saúde sobre as práticas de saúde; d) Analisar a relação entre o grau de implantação das práticas de saúde e os possíveis efeitos sobre a saúde e a satisfação dos usuários.

Como estratégia metodológica utilizou-se o estudo de casos múltiplos com níveis de análise imbricados e os municípios selecionados constituíram-se em “casos exemplares”. Assim, foram selecionados cinco municípios: 1 pertencente à região metropolitana (piloto); 2 considerados “exitosos”; e 2 considerados não exitosos. Foi elaborado um modelo teórico-lógico, tendo em conta a proposta de análise de implantação elaborada por Denis & Champagne (1997), que corresponde à definição de uma “imagem-objetivo” da descentralização da saúde em municípios, visando funcionar como referência para apreciação do grau de implantação dos componentes da descentralização. A descentralização da saúde, conforme instrumentos legais anteriores à NOAS (2002), deveria ocorrer na direção dos governos federal e estadual para os municípios. Nesse sentido, sua análise requer o seu enquadramento em um “Espaço geral” referente ao contexto nacional, em um “Espaço particular” referente ao contexto estadual e no “Espaço singular” do município em estudo. Foram definidos níveis e dimensões de análise, além de critérios de análise para cada dimensão (ver quadro a seguir).

Níveis	Dimensões	Crítérios
Governo	▪ Projeto	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prioridade para saúde</li> <li>▪ Financiamento setorial</li> <li>▪ Ações intersetoriais</li> <li>▪ Perfil do gestor</li> </ul>
	▪ Capacidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adequação do quadro técnico às necessidades do sistema municipal de saúde</li> <li>▪ Política de Recursos Humanos.</li> <li>▪ Existência de base de apoio político</li> </ul>
	▪ Governabilidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Autonomia financeira do setor saúde em relação à Prefeitura</li> <li>▪ Características do relacionamento entre gestores</li> <li>▪ Adesão dos profissionais à gestão</li> </ul>
Gestão	▪ Planejamento e avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Características do planejamento</li> <li>▪ Institucionalização da avaliação</li> <li>▪ Adequação da oferta às necessidades da população</li> <li>▪ Relação público-privado</li> <li>▪ Acesso</li> </ul>
	▪ Organização do sistema	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cobertura assistencial</li> <li>▪ Organização e integração da rede de serviços em uma lógica hierarquizada e regionalizada</li> <li>▪ Participação popular e controle social</li> </ul>
Práticas	▪ Características	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ações de promoção da saúde</li> <li>▪ Ações de vigilância de riscos e danos à saúde</li> <li>▪ Articulação entre os níveis de proteção, recuperação e reabilitação da saúde</li> <li>▪ Assistência Farmacêutica</li> <li>▪ Atenção à saúde bucal</li> <li>▪ Existência de protocolos de atenção para agravos específicos priorizados</li> <li>▪ Estratégias de acolhimento</li> <li>▪ Práticas com equipes multi-disciplinares</li> </ul>
	▪ Efetividade	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Estudos de séries históricas de traçadores selecionados</li> </ul>

A classificação do grau de implantação das dimensões analisadas, à luz do grupo de evidências obtidas, foi feita através da atribuição de pontos e a pontuação obtida em cada critério foi comparada com o total de pontos máximos. A diferença percentual entre a pontuação máxima e aquela obtida classificava cada critério em: Incipiente: < 33,3%; Intermediário: de 33,4 a 66,6%; Avançado: maior que 66,6%.

Os agravos considerados traçadores foram: a diarreia e infecção respiratória aguda em menores de um ano; tuberculose; hipertensão arterial e doença cérebro vascular. A trajetória dos traçadores foi empregada para ilustrar a análise das dimensões das práticas assistenciais, com ênfase na integralidade da atenção, buscando-se sinalizar a existência ou não de práticas na direção de um modo tecnológico de intervenção que trabalhe o enfrentamento dos problemas de saúde em diversos momentos que vão desde práticas de promoção à saúde, até as de reabilitação (recuperação da saúde do indivíduo acometido), passando pela prevenção de riscos e danos.

### *Principais resultados e discussão*

1. Verificou-se uma ampliação da cobertura assistencial em relação à diversas ações básicas de saúde em todos os municípios estudados;
2. A ampliação do acesso aos serviços de alta e média complexidade foi facilitado pelo processo de descentralização na modalidade de gestão plena do sistema;
1. Verificou-se melhoria do sistema de informação de mortalidade com redução na proporção de óbitos por causas mal definidas em menores de um ano em todos os municípios estudados, o que pode estar refletindo uma melhoria difusa na atenção médico-hospitalar;
4. É possível que as diversas iniciativas relacionadas com a capacitação das equipes técnicas locais tenha influenciado no desempenho avaliado;
5. No que diz respeito às práticas assistenciais, os achados deixam a desejar pois o estágio incipiente dominou. Ou seja, o acesso, acolhimento e a qualidade das práticas oferecidas à população, ainda estão muito distantes da imagem-objetivo delineada;
6. A forma de gestão não explica sozinha as mudanças na organização dos serviços e as práticas;
7. Tendo em vista que todos os municípios estudados estavam habilitados na gestão plena do sistema, possuindo características sociais semelhantes, as variações observadas nos efeitos podem ser relacionadas ao contexto de implantação;
8. A Capacidade de Governo, vinculado ao perfil do gestor e do quadro técnico além da adesão dos atores, pode ter contribuído para uma melhoria nas práticas assistenciais;
9. Excetuando o município C, chamou a atenção o desenvolvimento ainda insuficiente da gestão local.

Ressalta-se a forma de apresentação dos resultados em gráfico que interrelaciona os graus de implantação com cada um dos níveis e dimensões utilizadas no estudo, que permite visualizar com comparar claramente as dimensões em que cada município está melhor ou pior, em cada estágio de habilitação à descentralização.

Sub-projeto 3: Conferência de Consenso sobre a imagem-objetivo do Sistema Único de Saúde.

Esse sub-projeto teve como objetivos: a) Definir, através do consenso, uma imagem-objetivo para a reorganização da atenção à saúde pretendida com o processo de descentralização; b) Selecionar dimensões e critérios para a avaliação da descentralização; c) Ponderar a importância relativa das dimensões e dos critérios seleciona.

Foram convidados pesquisadores com trabalhos publicados sobre a temática dos modelos assistenciais e ou da promoção da saúde e gestores envolvidos com experiências

inovadoras, sendo que os convites não tiveram caráter institucional. A metodologia incluiu responder a um questionário previamente elaborado e enviado e participar de uma reunião presencial, debatendo o tema, em Salvador.

Durante a reunião, em primeiro lugar, as respostas ao questionário previamente distribuído foram apresentadas de forma consolidada, preservando o anonimato dos respondentes. Em seguida, os participantes iniciaram a discussão, argumentando sobre a pertinência e a importância de cada uma das dimensões e de cada um dos critérios relacionados à avaliação do processo de descentralização. Num primeiro momento, o debate se concentrou sobre a dimensão política da descentralização. Posteriormente, enfatizaram-se as dimensões gerenciais e assistenciais. Não somente as dimensões e os critérios previamente relacionados pela equipe coordenadora do evento, mas diversos outros critérios e dimensões da descentralização foram discutidos pelos participantes. Além disso, foi possível identificar os pontos de consenso e os pontos de dissenso entre os conferencistas.

Concluídas as discussões, um novo questionário, incorporando as sugestões ao longo da Conferência, foi distribuído e os participantes passaram a respondê-lo. Essas respostas foram consolidadas inicialmente pelo relator da Conferência. No momento, esse consolidado está sendo objeto de análise por parte da equipe de coordenação para fins de utilização no projeto de investigação “Avaliação da descentralização da saúde na Bahia” (ISC/MS). Posteriormente será elaborado relatório final analítico contendo principais conclusões.

#### Sub-projeto 4: O Programa de Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil.

O objetivo geral desse sub-projeto foi descrever a evolução do processo de implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil, no período de 1998 a 2001. E os objetivos específicos foram: a) caracterizar o perfil sócio-demográfico dos municípios que implantaram o Programa de Saúde da Família no Brasil no período de 1998 a 2001; b) caracterizar as condições de gestão do SUS e a rede de serviços de saúde dos municípios que implantaram o Programa de Saúde da Família no Brasil no período de 1998 a 2001.

A estratégia metodológica foi realizar um *estudo ecológico* em municípios brasileiros que implantaram o Programa de Saúde da Família até dezembro de 2001. Para caracterização do perfil dos municípios, foram constituídos quatro grupos, considerando-se o período de implantação do Programa, quais sejam: de 1994 a 1998, 1999, 2000 e 2001.

Os indicadores selecionados para esse estudo foram: a) Situação sócio-econômica e demográfica dos municípios (Taxa de urbanização do município em 2000; Taxa de alfabetização em maiores de 15 anos do município em 2000); b) Gestão e financiamento do SUS e complexidade da rede de serviços de saúde (Percentual de municípios habilitados em gestão plena do sistema em 1999 e 2000; Número de consultas médicas especializadas por habitante/ano; Número de hospitalizações por local de ocorrência); c) Implantação do Programa de Saúde da Família (Percentual da população coberta pelo PSF em 1998, 1999, 2000 e 2001; Percentual da população coberta pelo PACS em 1998, 1999, 2000 e 2001).

Para a execução do projeto foi desenvolvido um sistema informatizado que permite capturar e compatibilizar dados e indicadores provenientes de diversos sistemas de informação de saúde e criar bases de dados integradas. Esta ferramenta além de contribuir para continuidade dos projetos de avaliação da implantação do PSF no Brasil desenvolvidos pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, será utilizada para atividades de ensino desta instituição e disponibilizada para os gestores de saúde.

### **Principais resultados e discussão**

1. Grande expansão da estratégia de saúde da família, a partir de 1998, pela implantação do PSF em municípios de todas as regiões e estados e pela ampliação das coberturas populacionais nos municípios.
2. Heterogeneidade do processo de implantação nas regiões, iniciando-se pelo Nordeste, Norte e Sudeste, estendendo-se para o Sul e o Centro-Oeste do país.
3. Progressivo aumento de municípios que implantaram o PSF com elevadas coberturas populacionais, indicando a adoção da estratégia como reorientadora da atenção básica. O que deve ser analisado considerando o porte populacional dos municípios.
4. A adesão precoce dos municípios maiores ao Programa. A partir de 2000, a ampliação do PSF envolveu, principalmente, os municípios menores.
5. No período de 1998 a 2001, observou-se crescimento na implantação do PSF em municípios com baixas taxas de urbanização.
5. Grande parte dos municípios de regiões metropolitanas implantou o PSF em 1998, ainda que com baixas coberturas populacionais. A implantação do PSF nestes municípios deve ser ressaltada devido a potencial contribuição destes com a reorientação dos sistemas de saúde no nível regional e estadual, além do que, dado o grande porte populacional destes municípios, mesmo baixas coberturas estão relacionadas a grandes contingentes populacionais.
6. A implantação do PSF foi bastante expressiva em municípios habilitados com a condição de

gestão plena do sistema de saúde.
7. O PSF foi implantado, prioritariamente, em municípios com altas coberturas do PACS nos municípios das Regiões Norte e Nordeste.
8. No período de 1998 a 2001 a implantação do PSF aumentou, progressivamente, em municípios com menor complexidade da rede de serviços de saúde, ou seja municípios que não produziram consultas especializada e internações.

**II – Viana, Ana Luiza d'Ávila, Heimann, Luiza S., Lima, Luciana Dias de *et al.* Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2002, vol.18 supl, p.139-151.**

Este texto discute as tendências e os limites do processo de descentralização da política de saúde no Brasil, identificando três elementos constitutivos da indução estratégica conduzida pelo gestor nacional, nos preceitos das Normas Operacionais do SUS: racionalidade sistêmica, financiamento intergovernamental e dos prestadores de serviço e modelo de atenção à saúde.

O estudo compreende uma análise da gestão descentralizada do SUS no período de implantação da NOB 96, ou seja, a partir de 1998, com ênfase na avaliação dos 523 municípios habilitados em GPSM até o final de 2000, bem como o desenho de uma estratégia sistemática de acompanhamento da gestão descentralizada do SUS.

Os municípios habilitados na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM), apesar de formalmente iguais perante a NOB 01/96, do ponto de vista de suas responsabilidades e atribuições, são muito desiguais nas condições sócio-econômicas e demográficas, na capacidade fiscal, na trajetória no SUS e nas disponibilidades de recursos de saúde (incluindo recursos financeiros, capacidade instalada, produção e cobertura de ações e serviços). Além disso, a gestão municipal plena dos recursos de saúde está sujeita às negociações e discussões definidas na esfera estadual pelas respectivas instâncias intergestoras (CIB).

Para os fins desta pesquisa, foi desenvolvida uma tipologia para classificar os 523 municípios em GPSM, que teve como finalidade estabelecer uma tipologia dos municípios enquadrados nessa modalidade de gestão, a fim de avaliar o grau de interferência das características incluídas na classificação e do processo de habilitação no progresso da descentralização e no maior adensamento dos sistemas municipais de saúde.

Os objetivos específicos do estudo foram: a) conhecer, de modo sistemático, as características dos municípios em GPSM; b) conhecer o processo de implantação da GPSM; c) conhecer a extensão e os modelos de municipalização em saúde desenvolvidos na GPSM, de forma a apreender os tipos desenvolvidos de municipalização, segundo capacidade de gestão municipal; os efeitos dos modelos de municipalização nos resultados da gestão; os benefícios e os limites da municipalização, notadamente em relação à



integração dos níveis de assistência; e os condicionantes do exercício do poder gestor municipal; d) identificar e sistematizar os fatores institucionais que sujeitam positiva ou negativamente a municipalização em saúde; e) avaliar comparativamente os municípios em GPSM.

Como variáveis independentes, foram utilizados 156 indicadores referentes às condições da oferta assistencial nos municípios (capacidade instalada, produção, financiamento e gasto), obtidos para 1998 e 2000, que permitiram a formação de dois bancos de dados: um relativo aos 424 municípios habilitados em GPSM até o final de 1998; e outro incluindo o universo dos 523 municípios habilitados até o final de 2000. As bases de dados utilizadas na construção dos indicadores foram: cadastro de estabelecimentos de saúde ambulatorial e hospitalar (SIA e SIH-SUS); produção ambulatorial e hospitalar (SIA e SIH-SUS); recursos federais do SUS; Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os indicadores foram organizados em sete eixos principais: 1) padrão da oferta ambulatorial existente no município - capacidade instalada, produção e cobertura de serviços ambulatoriais; 2) padrão da oferta hospitalar existente no município – capacidade instalada, produção e cobertura de serviços hospitalares; 3) padrão da oferta ambulatorial sob gestão municipal – capacidade instalada, produção e cobertura de serviços ambulatoriais sob gestão municipal; 4) padrão da oferta hospitalar sob gestão municipal – capacidade instalada, produção e cobertura de serviços hospitalares sob gestão municipal; 5) padrão do financiamento e gasto federal; 6) padrão do financiamento e gasto municipal; 7) modelo de atenção à saúde adotado no município.

Com base no tratamento estatístico de 54 variáveis representativas das condições de oferta assistencial nos municípios em GPSM, em 1998, foram gerados cinco indicadores sintéticos por meio da utilização da técnica de análise multivariada (análise fatorial). Entre as variáveis, sobressaem os tipos de serviços existentes (ambulatorial e hospitalar), o nível de complexidade dos serviços ambulatoriais produzidos (básica, média e alta complexidade), o financiamento federal e o grau de autonomia de gestão municipal. Essa técnica estatística tem como propósito justamente reduzir o número de variáveis selecionadas para a análise, transformando-as em componentes de indicadores compostos. A redução do número de variáveis foi realizada sem perda significativa de informação, já que os indicadores gerados pela análise fatorial são combinações lineares das variáveis

originais. A diferença desse tipo de técnica em relação aos métodos usuais de criação de indicadores é que, em tal caso, os “pesos” de cada um dos componentes do indicador composto não são arbitrados de forma subjetiva pelo pesquisador, mas obtidos pelos próprios dados da análise fatorial.

Deve-se destacar, entretanto, que entre as 54 variáveis tratadas originariamente, nem todas foram utilizadas no modelo, em razão de não contribuírem significativamente para a explicação da variabilidade dos dados, estarem muito correlacionadas com outras variáveis do modelo ou não ter valores explicitados. Um exemplo dessa situação é o valor médio da internação em hospitais públicos em municípios onde não existe tal tipo de hospital.

Os cinco fatores gerados pela análise multivariada foram:

- Fator 1 - Capacidade Municipal em Média Complexidade: este fator expressa a produção de procedimentos de média complexidade, segundo a classificação da Tabela de Procedimentos do SIA-SUS. Valores altos nesse indicador significam maior produção de procedimentos de média complexidade no total e sob gestão municipal.
- Fator 2 - Capacidade Municipal em Atenção Básica: neste fator as maiores correlações estão com as variáveis referentes aos procedimentos de atenção básica. Analogamente ao fator 1, altos valores nesse indicador implicam maior produção e cobertura de procedimentos de atenção básica no total e sob gestão municipal.
- Fator 3 - Capacidade Hospitalar: expressa o número de internações totais e a participação dos não-residentes (ou de residentes em outros municípios) no total das internações realizadas no município, independentemente da capacidade de gestão municipal.
- Fator 4 - Capacidade Municipal em Alta Complexidade: expressa a produção e cobertura de procedimentos de alta complexidade. Valores altos nesse indicador significam maior produção e cobertura de procedimentos de alta complexidade no total e sob gestão municipal.
- Fator 5 - Capacidade Municipal Hospitalar: expressa a capacidade de gestão do município em relação à atenção hospitalar e o volume de recursos financeiros federais transferidos.

Observe-se que as mesmas variáveis utilizadas na criação dos agrupamentos em 1998 foram atualizadas para o ano 2000.

Posteriormente, com a finalidade de identificar grupos homogêneos de municípios nos anos selecionados, utilizou-se a técnica de análise de agrupamentos (cluster analysis). Essa técnica permitiu a geração de seis grupos ou tipos de municípios em GPSM, diferenciados pelas condições de oferta assistencial em 1998 e 2000 e descritos segundo o local (estado/região), o porte populacional, o aprendizado institucional, a capacidade de gasto municipal medido pelo índice de capacidade de gasto e da receita de orçamento per capita, o percentual de gasto com pessoal no gasto total municipal e a classificação sócio-econômica e demográfica desenvolvida pelo Núcleo de Economia Social, Urbana e Regional da Universidade Estadual de Campinas (NESUR/UNICAMP).

O aprendizado institucional do município foi medido através de sua trajetória de habilitação nas NOB 93 e NOB 96. Foram considerados como tendo aprendizado institucional baixo os municípios que passaram diretamente para a GPSM (NOB 96), ou da condição de gestão plena da atenção básica (NOB 96) para a GPSM (NOB 96), sem apresentarem trajetória de habilitação na NOB 93. Como aprendizado institucional médio, foram classificados os municípios que passaram da condição de gestão incipiente ou parcial (NOB 93) para plena (NOB 96), os municípios que passaram de incipiente ou parcial, para plena da atenção básica e depois para a plena (NOB 96). Os municípios considerados como tendo alto aprendizado institucional foram habilitados na modalidade de gestão mais avançada da NOB 93 antes da plena (NOB 96), isto é, passaram pela condição de gestão semiplena (NOB 93). Excetuam-se, neste caso, os municípios que passaram da condição de gestão semiplena (NOB 93) para plena da atenção básica e, posteriormente, para GPSM (NOB 96). Estes tiveram um médio aprendizado institucional, pois apresentaram perda na autonomia de gestão, na passagem da NOB 93 para a NOB 96.

Quanto à classificação NESUR ( está descrito acima (do que se trata???) utilizada, são considerados o porte e a dinâmica sócio-econômica dos municípios através dos seguintes indicadores: 1) tamanho da população; 2) percentual da população economicamente ativa (PEA) ocupada em agricultura, indústria, comércio e serviços auxiliares da atividade econômica; 3) percentual da PEA ocupada em atividades administrativas e técnicas; 4) renda média familiar per capita; 5) índice de consumo de bens nos domicílios particulares urbanos (telefone, automóvel, rádio, refrigerador, TV, freezer, máquina de lavar); 6) anos médios de estudo da população (para pessoas maiores de cinco anos de idade); 7) índice de infra-estrutura urbana (medido pelo percentual de domicílios

com abastecimento de água adequado, com rede geral de esgoto ou fossa séptica, com lixo coletado e com abastecimento de energia elétrica).

Esses indicadores são combinados com um critério de classificação pelo qual o município pode ser: a) pequeno, b) médio, c) grande, d) sede de região metropolitana ou capitais e e) periferia de região metropolitana, de acordo com sua inserção na malha urbana. A classificação final dos municípios os define como pequenos, médios, grandes, periferia de regiões metropolitanas e capital.

Outra variável independente desenhada foi o processo de instituição da gestão do sistema municipal, medido por sete blocos de questões referentes ao modelo de gestão, planejamento, financiamento, recursos humanos e de atenção à saúde adotados pelos municípios e a trajetória do processo de habilitação. Para tanto, foi elaborado um questionário auto-aplicável para o universo dos municípios estudados.

A variável dependente selecionada refere-se ao desempenho e aos resultados da gestão municipal em saúde. Os resultados da gestão foram assimilados com a variedade das condições de oferta e de autonomia gerencial dos sistemas municipais de saúde, o que denominamos capacidade de progresso e adensamento dos sistemas municipais de saúde (variação *cluster* 1998-2000). Como já mencionado, utilizou-se a técnica de análise de agrupamentos com a finalidade de identificar grupos homogêneos de municípios, segundo os cinco fatores gerados pela análise fatorial. Os municípios habilitados em GPSM foram então agrupados com base nas médias apresentadas por cada um dos fatores.

Resumidamente, os seis agrupamentos finais têm as seguintes características:

- Grupo 1 - Alta capacidade de oferta municipal na atenção básica: composto por municípios que têm a maior média do fator 2 (produção e cobertura em atenção básica) e médias baixas em todos os outros fatores. Nos fatores 3, 4 e 5 apresentam as menores médias.
- Grupo 2 - Alta capacidade de oferta municipal em alta complexidade: composto por municípios que têm a maior média para o fator 4, isto é, maior capacidade de produção e cobertura em alta complexidade. Todos os outros fatores apresentam também médias altas.
- Grupo 3 - Alta capacidade de oferta hospitalar: composto por municípios que apresentam a maior média no fator 3 (produção e cobertura hospitalar), médias altas nos

fatores 1 (média complexidade) e 2 (atenção básica) e médias baixas nos fatores 4 (alta complexidade) e 5 (gestão hospitalar).

- Grupo 4 - Alta capacidade de oferta municipal hospitalar com maiores transferências federais per capita: engloba os municípios que apresentam a maior média no fator 5 (capacidade de gestão hospitalar e maiores volumes de recursos financeiros federais transferidos) e a menor média no primeiro fator (média complexidade), tendo médias baixas nos fatores 2 (atenção básica) e 3 (produção e cobertura hospitalar).
- Grupo 5 - Baixa capacidade de oferta e de gestão municipal: constituído por municípios que têm todas as médias negativas, sendo a média do fator 2 (atenção básica) a menor de todos os grupos.
- Grupo 6 - Alta capacidade de oferta municipal em média complexidade: engloba municípios que têm a maior média do fator 1 (produção e cobertura em média complexidade) e os demais fatores abaixo da média global, exceto no fator 5 (capacidade de gestão hospitalar).

**III – Vianna, Ana Luiza & Pierantoni, Celia Regina (2002 b), Indicadores de Monitoramento da Implementação do PSF em Grandes Centros Urbanos. Relatório Síntese e Relatório Metodológico (mimeo).**

Este estudo integra o Projeto de Implantação e Consolidação do Programa de Saúde da Família no Brasil, financiado pelo Ministério da Saúde, com recursos do Projeto Reforsus.

Os objetivos gerais da pesquisa foram: a) avaliar comparativamente o processo de implantação do PSF nos grandes municípios (mais de 100 mil hab.) e seu desempenho na atenção básica; e b) subsidiar a construção de uma proposta de monitoramento da implantação do PSF nesses municípios, levando em consideração as particularidades dos respectivos modelos de Atenção Básica e do PSF. Os objetivos específicos foram: a) conhecer o modo de funcionamento dos sistemas municipais de saúde nesses municípios e o papel do PSF na (re)organização da Atenção Básica; b) identificar os principais problemas/obstáculos para a (re)organização da Atenção Básica e a integração dos distintos níveis de assistência; c) criar indicadores de monitoramento do processo de implantação do PSF nesses municípios; e d) formular recomendações para o aperfeiçoamento do processo de implantação do PSF nesse universo particular.

**IV – Sarah Escorel (Coord); Lígia Giovanella, Maria Helena Mendonça, Rosana Magalhães, Mônica de Castro Maia Senna. Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos. Síntese dos Principais Resultados. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica (2002).**

Esta pesquisa foi elaborada pelo NUPES/DAPS/ENSP/Fiocruz para oferecer subsídios ao desenvolvimento do Proesf/MS, financiado com recursos do Projeto Reforsus, cuja equipe técnica selecionou os municípios a serem pesquisados assim como indicou aspectos e variáveis a serem incluídos no projeto de investigação.

O objetivo geral da pesquisa foi analisar fatores facilitadores e limitantes da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos no que concerne ao estabelecimento de vínculos entre a ESF e a comunidade, à conversão do

modelo de atenção à saúde nas unidades básicas e à sua articulação com a rede de serviços de saúde. E os objetivos específicos foram: a) Analisar o contexto político e institucional de implantação e desenvolvimento do PSF; b) Analisar os vínculos estabelecidos entre as ESF, as comunidades adscritas e as famílias atendidas; c) Estudar a operacionalização da conversão do modelo de Atenção Básica à saúde verificando avanços e limites na reorganização do trabalho e na substituição das práticas convencionais de assistência de saúde; d) Avaliar a conformação de uma rede integrada de serviços de saúde com o estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência e a constituição da USF como porta de entrada; e) Conhecer e analisar os fatores facilitadores e dificultadores na implementação do PSF nos municípios; f) Apontar diretrizes e subsídios para análise dos planos de conversão, estudos iniciais e indicadores de acompanhamento do PSF nos municípios selecionados para o Proesf.

A amostra de municípios selecionados buscou incluir situações diversificadas de implantação do PSF de forma a detectar o maior número de fatores que facilitavam e dificultavam o processo. A partir do critério geral de que os municípios tivessem acima de 100.000 habitantes, os demais critérios selecionaram experiências bem sucedidas, municípios que apresentavam dificuldades ou singularidades, e cidades nas quais o processo encontrava-se em fase inicial seja da implantação do programa seja de conversão do modelo de Atenção Básica.

Diante dos objetivos da pesquisa o método de estudos de caso foi o mais indicado pois possibilita conhecer o fenômeno adequadamente a partir da exploração intensa de um único caso. O método de estudos de caso permite incorporar abordagens tanto quantitativa como qualitativa e diversas técnicas de observação, de obtenção de dados e de análise.

As principais características dos estudos de caso realizados foram: a pesquisa em profundidade da singularidade de cada município – a abrangência, englobando caracterização demográfica, social, econômica e epidemiológica, processo de gestão com ênfase na análise de adesões e resistências dos atores, integração ao interior da SMS e na rede de serviços, controle social, financiamento, equipes de Saúde da Família, e famílias usuárias do PSF; e o direcionamento a problemas detectados ou potenciais de grandes centros urbanos.

Os estudos foram iniciados entrando em contato com os responsáveis do PSF no município e envio de correspondência em que era apresentado o projeto de pesquisa,

solicitava-se uma lista previamente elaborada de documentos e o preenchimento do instrumento de Informações Básicas, além do agendamento da visita inicial ao município. Essa visita foi realizada por duas integrantes da equipe de coordenação da pesquisa, durante três dias, orientada por um Roteiro de Visita. Os objetivos eram: apresentar a pesquisa e suas fases de desenvolvimento, conhecer e sensibilizar o secretário municipal de Saúde, integrantes da coordenação do PSF e outros membros da equipe gestora municipal, obter os documentos previamente solicitados, entrevistar o secretário municipal de Saúde, selecionar os gestores e conselheiros municipais de Saúde que seriam entrevistados, preencher o instrumento de Informações Básicas, identificar o universo de profissionais das ESF, selecionar equipes e microáreas para sorteio das famílias de usuários a entrevistar e visitar diversos tipos de unidades de saúde locais (USF novas, unidades compartilhadas, ESF 'inquilinas' de centros de saúde tradicionais, etc.).

O instrumento de Informações Básicas visava conhecer: composição e perfil da Coordenação do PSF; composição político-partidária municipal; histórico da descentralização; capacidade instalada do PSF (equipes, número e tipo de unidades), número de ESF por unidade, cobertura municipal do PSF; número de profissionais existentes nas ESF e no PSF por categoria profissional; número de ESF completas (padrão MS), incompletas e ampliadas; vínculos e salários por categoria profissional nas ESF e na rede de Atenção Básica tradicional; e, características das ESF segundo critérios estabelecidos para seleção das famílias a entrevistar.

Desde o início da pesquisa, e de forma paralela à realização das visitas, foram efetuados levantamentos de informações em diversos bancos de dados de diferentes instituições (IBGE, Datasus, Ripsa, SIAB) visando à caracterização do município em relação aos aspectos demográficos, socioeconômicos, causas de mortalidade e de internação hospitalar, e sobre o sistema municipal de Saúde. O levantamento da bibliografia existente sobre o tema foi realizado nos acervos da Fiocruz, MS e Bireme.

O trabalho de campo se constituiu de realização de entrevistas semi-estruturadas com gerentes da Secretaria Municipal de Saúde e do PSF e com conselheiros municipais de Saúde representantes dos usuários; aplicação de questionários autopreenchidos para os integrantes das Equipes de Saúde da Família e questionário aplicado por entrevistados em famílias usuárias do PSF. O número e a composição dos entrevistados variou na dependência da estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde.



As entrevistas realizadas com os secretários municipais de Saúde e com coordenadores do PSF foram orientadas por roteiro estruturado em torno de 5 tópicos: a) processo de implantação do PSF — antecedentes, motivações, contexto político-institucional posicionamento de atores no momento da implantação e situação atual, estratégias utilizadas e etapas de implantação; b) organização e gestão do PSF: coordenação, supervisão, monitoramento e avaliação, desenvolvimento e utilização do SIAB; c) integração à rede assistencial e conversão do modelo de Atenção Básica: criação de USF e transformação de unidades básicas de saúde em USF, estratégias de integração do PSF à rede de serviços, mecanismos de referência e contra-referência, resultados da experiência de integração, principais dificuldades e ajustes necessários para a constituição de uma rede integrada de serviços de saúde; d) gestão e capacitação de recursos humanos: modalidades de seleção, processos de contratação, estratégias utilizadas para atrair recursos humanos, rotatividade dos integrantes das ESF e modalidades de capacitação para o PSF; e) fatores limitantes e facilitadores para implementação e desempenho adequado do PSF: condições relacionadas à capacidade institucional (gerencial, estrutura física e recursos humanos), perspectivas e condições necessárias para a expansão do PSF, avaliação do entrevistado sobre dificuldades atuais para efetivação do programa, aspectos positivos da implantação e impacto da implementação do PSF com indicadores selecionados.

As entrevistas com os demais gerentes municipais seguiram roteiros contendo alguns tópicos comuns acrescidos de itens específicos sobre o papel do setor correspondente no desenvolvimento e integração do PSF.

Os dois Conselheiros Municipais de Saúde (representantes dos usuários) foram selecionados com o apoio de gestores municipais e/ou da secretaria executiva do Conselho Municipal de Saúde, considerando os critérios de maior tempo de atuação (mínimo de um ano) e com prioridade para representantes de associações de bairro ou movimentos Locais de moradores. As entrevistas estavam estruturadas em torno de três tópicos: a) funcionamento do CMS, processos de deliberação, papel desempenhado pelo CMS na Política Municipal de Saúde, articulação de interesses e parcerias; b) papel do CMS no processo de implementação e acompanhamento do PSF; c) características da entidade representada e da representatividade do conselheiro.

Os questionários de autopreenchimento para os integrantes das Equipes de Saúde da Família foram distribuídos e o preenchimento apoiado por dois assistentes de pesquisa de

campo. Foi realizada cobertura censitária das ESF em cinco municípios e amostras representativas em alguns municípios, englobando 2.955 integrantes das ESF, dos quais 2.576 responderam os questionários, ou seja, a perda foi de cerca de 13%. Foram construídos três instrumentos de pesquisa específicos para profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros e odontólogos), auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, estruturados ao redor de seis tópicos: a) perfil — idade, sexo, escolaridade e experiência anterior de trabalho; b) inserção e capacitação no PSF; c) avaliação da integração do PSF na rede dos serviços de saúde; d) estabelecimento e valorização de vínculos com a comunidade; e) observações livres sobre fatores positivos e negativos da prática profissional no PSF.

Por fim, foram aplicados questionários em 240 famílias usuárias do PSF. As famílias entrevistadas foram selecionadas entre a população cadastrada do PSF em processo composto por três etapas que considerou os seguintes procedimentos: a) definição do universo de oito ESF, realizado com a coordenação municipal do PSF ou de Atenção Básica a partir da escolha intencional de quatro equipes consideradas como bem-sucedidas e quatro equipes que apresentavam dificuldades. Para a escolha das ESF foram utilizados dois ou mais critérios valorados em relação ao modelo proposto: acesso geográfico aos serviços de saúde, integração à rede de serviços de saúde, atuação intersetorial e parcerias com outras instituições, vínculos com a comunidade e adesão da população; b) para cada ESF selecionada foi realizado procedimento aleatório simples (sorteio) de três microáreas a partir dos agentes comunitários de saúde; c) em cada microárea foram sorteadas ou escolhidas de forma sistemática dez famílias a partir dos cadastros familiares fornecidos pelos ACS, totalizando 30 famílias por ESF.

O questionário destinado às famílias usuárias do PSF foi estruturado cru cinco tópicos: a) caracterização detalhada da unidade familiar e do domicílio visando identificar vulnerabilidades sociais e econômicas; b) participação em grupos comunitários, utilização de meios de informação, identificação de problemas prioritários da comunidade e conhecimento e participação em conselhos de Saúde; c) identificação da situação de saúde, problemas relacionados com violência e acidentes, e atendimento usual aos problemas de saúde; d) conhecimento e utilização do PSF, com ênfase na avaliação das atividades realizadas por ACS e no acompanhamento de portadores de doenças crônicas em geral, de hipertensão arterial e de diabetes, e de situações de vida priorizadas — gestantes e

crescimento e desenvolvimento de crianças menores de 2 anos de idade. Este tópico incluía também o conhecimento da localização da USF, facilidade de acesso, frequência de contato com profissionais *das ESF*, atendimentos recebidos no mês anterior com avaliação do profissional e necessidade de encaminhamento, acesso a exames laboratoriais e medicamentos, existência de problemas nos atendimentos por tipos de profissional e de problemas; e) avaliação em geral do PSF, comparação com o atendimento recebido anteriormente em unidades básicas de saúde, atividades realizadas nas USF e satisfação com o PSF, propostas de mudanças e de incorporação de atividades.

Para a entrada de dados e crítica foi utilizado o *Integrated Microcomputer Processizng System* (IMPS, versão 3.1), desenvolvido pelo Centro Internacional de Programas Estatísticos do *United States Bureau of the Census*. O IMPS permite, a partir de dicionários de dados previamente definidos, validar os códigos das variáveis categorizadas e os intervalos aceitáveis para variáveis quantitativas durante a digitação dos dados. Além disso, o IMPS possibilita verificar um conjunto de regras de consistência entre as variáveis, tornando mais simples a crítica das relações entre as variáveis. Dotado de grande capacidade de migração para outras plataformas, com o IMPS é também possível submeter, com facilidade, o material por ele processado a outros programas de tratamento de dados.

As respostas às perguntas abertas admitidas pelos instrumentos de coleta de dados foram submetidas à análise categorial e codificadas por especialistas em análise de conteúdo. A entrada de dados foi realizada de forma paralela ao trabalho de campo, começando imediatamente após a finalização da codificação dos roteiros correspondentes às primeiras entrevistas.

### **Alguns resultados iniciais, observações e recomendações**

- A implementação do PSF em grandes centros urbanos tem potencialidades para desencadear mudanças no modelo assistencial à saúde que efetivem o direito à saúde no cotidiano dos cidadãos. A forma de financiamento ainda é um dos maiores obstáculos e sua mudança é uma das principais recomendações da pesquisa. As faixas de financiamento do MS, segundo cobertura municipal do PSF, são adequadas para grandes centros urbanos, mas a quantidade de ESF (e os recursos financeiros para tal) deve ser extremamente elevada para atingir os patamares de cobertura preconizados. O

incentivo financeiro que o MS fornece aos municípios para o PSF é relacionado à cobertura que a cidade alcança. Para ter o incentivo máximo, é preciso chegar a 70% de população atendida. Uma “cidade pequena” atinge essa meta muito rapidamente, mas cidades grandes como São Paulo, que tem baixa cobertura e custo anual de R\$ 230 mil por ESF, o recurso federal liberado cobria, até meados de 2002, apenas 20% dos 39 distritos de saúde (Escorel *et al*, 2002).

- O PSF apresentou melhores resultados onde foi utilizado como “desculpa para mudanças maiores”, ou seja, naqueles municípios que fizeram uma reorganização de toda a rede de saúde, incluindo a hospitalar, com a criação de centrais para marcar consultas e internações, além de organizar os encaminhamentos do PSF para os demais níveis de assistência. Os municípios que tiveram uma expansão muito rápida do programa, praticamente fechando postos de saúde e substituindo-os pelas ESF, tiveram problemas, como o caso de São Gonçalo (RJ). O modelo anterior, de postos de saúde com atendimento tradicional, foi destruído e as equipes não supriram a demanda da população anteriormente atendida por eles. Sendo assim, ainda que o estudo recomende começar a implantação de forma paulatina, chama a atenção para que a substituição não crie territórios sem atendimento. É recomendável criar ou fortalecer mecanismos de integração da rede municipal de serviços de saúde – centrais informatizadas de marcação de atendimento especializado e de regulação de internações; e estabelecer protocolos de atenção para evitar o uso desnecessário de procedimentos mais complexo; estimular os especialistas a realizarem a contra-referência para as ESF, ampliando a comunicação entre a ESF e serviços de referência.
- A criação de um “segundo nível de complexidade da Atenção Básica”, constituído por especialistas nas clínicas básicas e outras selecionadas, conforme o perfil local de necessidades, possibilitaria a interconsulta, o aumento da resolutividade dos casos, a constituição da USF como porta de entrada no sistema local de saúde e a integração da rede de serviços de saúde. No caso de conversão de grandes unidades básicas preexistentes, em áreas com elevada densidade demográfica, esse segundo nível poderia ser instalado na mesma unidade de saúde com ESF. Recomenda-se ainda a redefinição dos papéis das “especialidades básicas”, para se qualificar como referência e para atividades de supervisão, a partir de capacitação específica. Ou seja, a constituição de um sistema integrado de serviços de saúde exige investimentos nos demais níveis de

complexidade e não apenas na atenção básica.

- No início de processos de implantação é mais favorável delimitar regiões e nelas integrar as USF aos demais serviços existentes, expandindo posteriormente para outras regiões. Nos grandes centros urbanos, com importante capacidade instalada nas unidades básicas de saúde (UBS), é recomendável a adaptação dessas unidades para abrigar um determinado número de ESF (até quatro no máximo), propiciando o aumento da qualidade da atenção, devido ao maior intercâmbio entre os profissionais (interconsulta) e maior eficiência no uso de recursos compartilhados.
- A mudança no modelo assistencial, centrada na programação de atividades para grupos de risco e na oferta organizada, assim como na organização da demanda, confronta-se com as demandas individuais por assistência. A adequação entre respostas às necessidades individuais e coletivas é um importante nó crítico da estratégia de Saúde da Família que necessita ser equacionado. Estratégias de acolhimento podem propiciar a desejada articulação, reduzindo barreiras de acesso percebidas pelas famílias pesquisadas e contribuindo para o estabelecimento da USF como porta de entrada ou primeiro contato regular.
- A realização das atividades preconizadas para as ESF — educacionais e assistenciais, individuais e em grupo, domiciliares e intersetoriais — exige a redução do número de famílias adscritas em cada ESF.
- É recomendável estimular a atuação intersetorial das ESF, que é facilitada quando gestores setoriais e o executivo municipal atuam na perspectiva de articular as intervenções para solução de problemas. A ação intersetorial exige capacitação em relação aos condicionantes do estado de saúde da população.
- Dada a grande diversidade das populações em grandes centros urbanos, a diretriz da universalidade de cobertura do PSF exige a construção de estratégias específicas para incentivar a utilização dos serviços do PSF por grupos de renda mais alta, pois, o que se observa é que a população atendida pelo PSF é caracterizada por ser mais vulnerável e pertencente a grupos socioeconômicos mais desfavorecidos, podendo considerar-se que a estratégia de Saúde da Família promove expansão de cobertura para esses grupos e, potencialmente, contribui para a maior inclusão social.
- Destaca-se ainda que, nas grandes cidades, é necessário estudar a possibilidade das equipes atuarem em locais próximos ao local de trabalho da população adscrita ou

estender o horário de atendimento para além do horário convencional de trabalho, pois a adscrição domiciliar dificulta a provisão de assistência para trabalhadores que em geral têm seu trabalho bastante longe do local de moradia. É recomendável estudar a possibilidade de adscrição por área/local de trabalho ou por meio de inscrição individual em USF próximas aos locais de trabalho.

- A adscrição das famílias às ESF deve dar mais ênfase ao vínculo de responsabilidade entre profissionais/população e menos à distribuição formal da população por equipes, pois é necessário organizar os serviços a partir da lógica da população e não apenas da lógica técnica ou a dos profissionais.
- O índice de aprovação do trabalho dos agentes comunitários foi de 90%, sendo que a maior parte das famílias relatou que, antes do programa, não tinha acesso a nenhum serviço de saúde. Em cidades como Aracaju (SE) e Camaragibe (PE) as taxas dos que diziam que suas condições de saúde tinham melhorado giravam em torno de 80%.
- As principais queixas foram relacionadas à falta de alguns profissionais, como dentistas, pois não houve implantação de programas de saúde bucal vinculados ao PSF na mesma velocidade de outros programas (ou atenção) prioritários(as). Recomenda-se incentivar a implantação de equipes de saúde bucal e reavaliar a proporção entre os dois tipos de equipe. O estudo demonstra que a implantação da ESB em grandes centros é ainda incipiente, necessitando de uma avaliação mais detalhada das questões que estão interferindo nesse processo.
- Consta-se a existência de resistências de importantes atores, especialmente nas experiências em que se partiu da substituição da rede básica anteriormente estruturada pelo PSF, o que exige estratégias abrangentes de ampliação da base de apoio ao programa, com processos de discussão e negociação prévios e periódicos, seja no âmbito dos gerentes da SMS e profissionais de saúde, seja no da mobilização da população, diminuindo resistências e conquistando maior legitimidade. No âmbito profissional, uma área onde esses processos são particularmente críticos é a interface de trabalho entre os médicos, pessoal de enfermagem ou auxiliares e os ACS. Recomendam-se processos de negociação com a corporação médica e de enfermagem para construir consenso sobre os respectivos campos de exercício profissional, de forma a ampliar as áreas de atuação desses profissionais. Por outro lado, os meios de comunicação e de publicidade elaborados devem, além de prestar informações para a

população, difundir a importância das atividades realizadas pelos ACS e demais integrantes das ESF, como forma de fortalecer o vínculo e criar socialmente uma imagem positiva do trabalho desses profissionais no PSF. Além disso, é recomendável estimular a regularidade mensal das visitas domiciliares por ACS, o que exige a redução do número de famílias sob sua responsabilidade.

- É recomendável estimular atividades em grupo como forma de criar vínculos de apoio social entre os integrantes e informar sobre prevenção de doenças e cuidados com a saúde. A participação dos ACS nas atividades de grupos contribui para a sua capacitação e a constituição desses grupos deve ser orientada pelo perfil epidemiológico local.
- A estratégia da Saúde da Família, intensiva em força de trabalho, encontra obstáculos na sua incorporação, que fragilizam o processo de mudança do modelo assistencial. Vínculos empregatícios estáveis e legalmente protegidos favorecem a adesão de profissionais e a formação de vínculos com as comunidades.
- A criação de incentivos salariais para ESF que atuem em áreas de maior risco social e epidemiológico possibilitaria maior permanência dos profissionais nessas áreas, sendo necessário considerar a possibilidade de incentivos que apoiem a redução da rotatividade dos profissionais e consolidem as ESF implantadas.
- É recomendável aprimorar o processo de capacitação, garantindo que todos os profissionais realizem o treinamento introdutório, superando a fragmentação programática do conhecimento e articulando na capacitação permanente os aspectos técnico-científicos mais gerais com a especificidade dos condicionantes locais, além de estratégias de humanização do atendimento.
- É recomendável também ampliar as responsabilidades e a capacitação de ESF para o acompanhamento de doentes crônicos, tendo em vista a alta proporção de famílias com portadores dessas enfermidades. A função do médico generalista como “coordenação” dos cuidados ao doente crônico deve ser reforçada por meio da melhoria da comunicação entre ESF e especialistas.
- As percepções das famílias sobre os problemas da comunidade guardaram grande coerência com as características domiciliares (condições de vida) e municipais. É recomendável enfatizar a realização periódica e uso rotineiro do diagnóstico de saúde, estimulando a participação da população na sua elaboração.



- Considerando a importância das causas externas no perfil epidemiológico das populações de grandes centros urbanos, é recomendável incorporar ao desenho do modelo assistencial ações de promoção de saúde direcionadas aos adolescentes e adultos jovens, relacionadas com esses agravos.
- É preciso fortalecer o papel desempenhado pelo Conselho Municipal de Saúde nas políticas de saúde em geral e na reestruturação do sistema municipal de saúde e incentivar a criação de Conselhos Locais de Saúde, visando ampliar a participação da população e o estabelecimento de vínculos de co-responsabilidade na implementação do programa.
- É necessário buscar a articulação dos diversos sistemas de informação que possibilite melhor uma comunicação entre eles, racionalizando o processo de coleta e análise dos dados necessários ao acompanhamento e avaliação do programa.

**V – Heimann, L. S. (Coord.) et al: (2000). Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (NISIS). São Paulo, Brasil.**

No contexto das discussões de diferentes projetos de reforma do estado brasileiro, a busca de evidências de resultado da implementação do SUS se impõe tanto como necessidade de desenvolvimento tecnológico no campo da avaliação em saúde quanto para sustentar o debate político.

O objetivo geral deste projeto foi avaliar o processo de implementação e o impacto da gestão descentralizada do Sistema de Saúde no Brasil. Os objetivos específicos foram: investigar o impacto da gestão descentralizada no processo de planejamento e programação; na estrutura e mecanismos de financiamento; na administração de recursos humanos; no sistema de referência e contra-referência; na oferta de serviços e atenção à saúde; e na participação popular e controle social dos sistemas municipais de saúde.

O método da pesquisa consistiu no estudo de doze municípios em gestão semi-plena há mais de dois anos, dos quais 4 da região nordeste, 6 da região sudeste e 2 da região sul do país. Foram definidas 13 questões de investigação, para serem observadas antes e depois



da implantação da gestão semi-plena, definidas para diferentes temáticas, conforme explicitado no quadro a seguir.

Temas	Questões
Quanto ao processo de planejamento e programação	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Como o novo modelo de gestão dos serviços de saúde interfere na relação entre os níveis estadual e municipal com vistas ao planejamento e programação?</li> </ol>
Quanto ao financiamento	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Houve mudanças, em termos absolutos e relativos, na composição do financiamento municipal para a saúde originado de recursos dos três níveis de gestão do SUS (federal/estadual/municipal)?</li> <li>3. O governo municipal criou mecanismos adicionais de financiamento para aumentar o orçamento do setor saúde?</li> </ol>
Quanto à gerência de recursos humanos	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Houve mudanças, em termos absolutos e relativos, na composição do quadro de pessoal (administrativos e técnicos) federal, estadual e municipal em exercício no sistema municipal de saúde?</li> <li>5. Os governos municipais adotaram mecanismos alternativos para harmonizar os padrões de gerência de recursos humanos (federal, estadual e municipal) de acordo com suas políticas de pessoal?</li> </ol>
Quanto à organização e oferta de serviços	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Foi criado um novo padrão de referência e contra-referência entre municípios e níveis de assistência?</li> <li>7. Como a composição da oferta de serviços preventivos e curativos foi modificada?</li> <li>8. Quais as tendências na composição da oferta de serviços públicos quanto ao nível assistencial (ambulatorial e hospitalar) ou complexidade da assistência (básico e especializado)?</li> <li>9. Como a composição da oferta de serviços públicos e privados foi modificada?</li> <li>10. A gestão descentralizada resultou no aumento da cobertura da imunização e de algum outro programa de saúde definido como prioritário pelo governo municipal?</li> </ol>
Quanto à participação comunitária	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Houve a criação de novos mecanismos de participação da comunidade na gestão do sistema municipal e na administração de</li> </ol>

	<p>unidades de saúde?</p> <p><b>12.</b> Houve mudanças na composição do Conselho Municipal de Saúde voltadas para o aumento da representatividade da comunidade? Que mecanismos foram adotados para definir a representação da comunidade e para fazê-los cumprir?</p> <p><b>13.</b> As deliberações do Conselho Municipal de Saúde e da Conferência Municipal de Saúde têm sido adotadas e incorporadas ao processo de planejamento e programação do sistema local de saúde?</p>
--	---

Dos 124 municípios incluídos na condição de gestão semiplena, em agosto de 1996, 24 completaram, em novembro/dezembro do mesmo ano, dois anos nesta nova realidade. Estes municípios foram considerados como universo de estudo uma vez que o tempo decorrido permitiria observar mudanças significativas conseqüentes do novo processo de gestão.

Considerando as disponibilidades financeiras para a realização da pesquisa, foram inicialmente selecionados para estudo onze municípios entre os 24 habilitados na condição de gestão semi-plena há mais de dois anos, de acordo com os seguintes critérios:

- municípios localizados em diferentes regiões do país;
- municípios localizados em estados que vinham implementando diferentes modelos de gestão descentralizada do sistema de saúde;(12)
- municípios de diferentes portes em termos de população;
- municípios de diferentes portes em termos de complexidade dos serviços;
- municípios localizados em diferentes regiões do estado: áreas metropolitanas, interior e litoral.

Com a definição desses critérios buscou-se captar possíveis diferenças loco-regionais na implementação da gestão descentralizada. Desta forma, visando considerar as estratégias de descentralização definidas pelas Secretarias Estaduais de Saúde, adotou-se o critério de selecionar como objeto de estudo pelo menos um município em cada estado. Naqueles estados com dois ou mais municípios habilitados na condição de gestão semi-plena, conjugaram-se os critérios de porte populacional, complexidade da rede e localização geográfica. Incorporou-se ainda ao estudo o município de Mauá, no qual foi

realizado o teste dos instrumentos de coleta de dados. Sendo assim, o total de municípios estudados chegou a 12.

Foi efetuada a caracterização sócio-econômico-demográfica dos municípios selecionados, evidenciando-se as diferenças demográficas entre eles, além das diferenças territoriais. Foi também elaborado o Índice de Condições de Sobrevivência (ICS) para a caracterização das condições de vida em cada município. Este índice é um número que resulta da ponderação de quatro indicadores que se referem ao percentual de crianças com menos de 6 anos de idade que moram em domicílios com:

- Chefes de domicílio que ganham até um (1) salário mínimo
- Chefes de domicílio (homens) analfabetos
- Chefes de domicílio (mulheres) analfabetos
- Domicílios com abastecimento de água inadequado.

Pode variar de Zero (a melhor situação) até Um (a pior situação). Quanto piores os indicadores de um município, menores seriam as oportunidades de sobrevivência e de desenvolvimento das crianças daquele município. Evidenciou-se a heterogeneidade de condições de vida nos municípios selecionados.

Foram utilizados dados secundários (documentos da legislação, relatórios de gestão, atas de reunião, banco de dados do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e do Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), cadastro de serviços de saúde, cadastro de pessoal, dados de produção dos sistemas de informação municipais, planos municipais de saúde, convênios, contratos, balanços orçamentários); e dados primários, obtidos através de questionários próprios da pesquisa, aplicados pelos entrevistadores. Foram elaborados três diferentes questionários para coleta de informações, específicos para: o ex- Secretário Municipal de Saúde, responsável pela gestão no período em que o Município aderiu à condição de gestão semi-plena; o atual Secretário Municipal de Saúde; e um membro do Conselho Municipal de Saúde representante da população. Os questionários apresentavam questões fechadas e abertas, considerando as variáveis previstas e de acordo com cada pergunta de investigação.

Elaborou-se, ainda, um roteiro de observação, aplicado nas visitas aos municípios de estudo, consolidado em um Relatório de Campo.

A partir da sistematização das informações de cada município foram realizadas oficinas de trabalho segundo as temáticas do projeto: planejamento e programação,

financiamento, administração de recursos humanos, organização do sistema de atenção e participação da comunidade. Nestas oficinas, buscou-se identificar regularidades e diferenças na implementação da gestão descentralizada no conjunto dos municípios estudados, o impacto e possíveis tendências desse processo.

Como uma conclusão geral do estudo pode-se afirmar que a descentralização no sistema de saúde avançou depois da implantação da gestão semi-plena, conferindo poder aos gestores municipais. Estes desenvolveram sua capacidade gerencial, aumentaram a oferta de ações e serviços de saúde, aproximando-a das necessidades de saúde da população, estabeleceram um novo padrão de relacionamento entre os setores público e privado e imprimiram maior dinâmica na participação da comunidade no controle público do sistema de saúde.

#### **VI – Núcleo de Estudos de Políticas Públicas-Nepp-Unicamp (2001) - Texto original do Relatório Síntese da Pesquisa Avaliação Qualitativa dos Programas Sociais Prioritários, Cadernos 40, março, São Paulo.**

Este relatório apresenta uma síntese dos primeiros resultados da pesquisa-piloto conduzida pelo Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP) da UNICAMP com o objetivo de desenvolver uma metodologia de avaliação das ações de governo no campo social que possibilite aos gestores públicos, monitorar e corrigir, de forma sistemática, a implementação melhorando o desempenho dos programas sociais prioritários do Governo Federal, e maximizando seus efeitos positivos junto aos usuários ou beneficiários e membros dos órgãos colegiados envolvidos na sua implementação. Essa etapa de trabalho faz parte do projeto que integra o Programa de Apoio à Gestão Social no Brasil —PAGS<sup>22</sup>.

Na realização do projeto-piloto foram avaliados cinco programas selecionados a partir do universo de vinte e cinco programas sociais prioritários do Governo Federal, no

---

<sup>22</sup> O PAGS, implementado pelo Governo Federal brasileiro, visa melhorar a eficácia e eficiência dos Programas Sociais prioritários. No período 1996-1998 o Programa esteve vinculado à Casa Civil da Presidência da República. A partir de 1999 passou a ser coordenado pela Secretaria de Gestão do Ministério de Orçamento e Gestão. O PAGS conta com recursos financeiros do Banco Interamericano de Desenvolvimento-BID, participando ainda de sua execução a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura-UNESCO, responsável pelo apoio logístico necessário à sua operacionalização.

quadriênio 1995-98. Esse piloto destinou-se a testar pressupostos de análise, forma e conteúdo dos instrumentos de pesquisa e levantamento de informações selecionadas e método amostral para a seleção dos municípios onde foi realizada a pesquisa de campo. Em síntese, no âmbito do Projeto “Desenho e Implantação de Estratégia de Avaliação”, a pesquisa-piloto representou a etapa relativa ao teste do arcabouço metodológico desenvolvido para a construção dos instrumentos de avaliação dos programas sociais prioritários do Governo Federal.

Nesta avaliação foram enfatizadas duas dimensões importantes do processo de formulação e implementação de políticas e programas sociais: o gerenciamento e o marco institucional.

No primeiro caso, a ênfase é devida a um conjunto de evidências já comprovadas - nos próprios estudos de avaliação já realizados pelo NEPP — de que um gerenciamento adequado melhora a produtividade dos recursos e eleva os níveis de alcance das metas dos programas. O exame desta dimensão busca captar informações que permitam contrapor uma gestão normativa e reprodutora de normas e procedimentos rígidos a uma gerência moderna e transformadora da realidade. Trata-se de buscar, por meio de mecanismos de análise e avaliação, as condições que podem facilitar a emergência desse segundo tipo de gestão, capaz de “definir uma agenda de decisões estratégicas, estabelecer parcerias mais eficazes com a sociedade, criar condições reais de participação dos atores envolvidos, estabelecer uma normatização flexível e coetânea, desenvolver habilidades para lidar com situações complexas e variáveis não antecipadas” (Kliksberg,1997). A própria estratégia social do Governo Federal enfatiza a necessidade de aprimorar a gerência e avaliar o impacto desta dimensão no desempenho dos programas sociais, quando procura garantir a esses programas “apoio para gerenciamento dinâmico e adequado, monitoramento regular da implementação e avaliação periódica do cumprimento das metas preestabelecidas”.

No segundo caso é enfatizada a dimensão institucional, uma vez que tanto a formulação quanto a implementação das políticas sociais no Brasil são atividades extremamente complexas e enfrentam uma série de desafios, seja em função de sua imbricação com a política econômica, seja em função da multiplicidade de organizações governamentais que intervêm na implementação dos programas sociais, o que exige instrumentos de gestão articulados do ponto de vista das organizações, dos setores e dos níveis de governo.

A avaliação desenvolvida contempla um conjunto de variáveis relacionadas com a formulação e a implementação dos programas sociais que inclui: a natureza do financiamento do programa; a rede institucional que o executa ou apóia; os níveis de participação dos atores sociais; os níveis de descentralização; a abrangência do programa. Além disso, considera um outro conjunto de variáveis que ajudam a definir o cenário da implementação: diferenciação regional, porte do município e suas características socioeconômicas básicas.

Os procedimentos e técnicas de coleta de dados estão relacionados à natureza das variáveis. O primeiro conjunto compreende as *variáveis que caracterizam o desenho dos programas sociais, bem como sua estratégia de implementação*. Os dados referentes a esse primeiro conjunto provêm de duas fontes principais: análise documental e entrevistas estruturadas com os gestores e funcionários do nível federal de governo.

Um segundo conjunto compreende as variáveis (indicadores) relacionadas com os *mecanismos e fluxos de implementação* propriamente ditos. Neles se incluem desde os procedimentos gerenciais até as inter-relações entre os agentes governamentais. Os dados referentes a esse conjunto, administrativo-gerencial do programa, foram coletados mediante instrumentos estruturados (roteiros de entrevistas e questionários) aplicados aos gestores e implementadores nos níveis central, estadual e local. O terceiro conjunto refere-se ao desempenho do programa segundo seus usuários, beneficiários e membros de conselhos deliberativos. Nesse caso, os dados foram coletados por meio da realização de grupos de discussão, complementadas quando necessário por um novo conjunto de entrevistas estruturadas.

Em síntese, os mecanismos de coleta, organização e análise de dados utilizados neste projeto são amplos e complexos, sendo que os próprios dados são provenientes de várias fontes primárias e secundárias: formuladores e gestores; “implementadores”; usuários; membros de colegiados; documentos oficiais; material de imprensa; censos e correlatos.

Analisando os vinte e cinco programas sociais prioritários propostos pelo Governo Federal em sua estratégia de desenvolvimento social e utilizando os dois atributos de classificação definidos pela pesquisa — área básica de conteúdo e característica básica de desenho foi possível selecionar seis programas. Esses programas apresentam forte conteúdo inovador, e representam, em tese, uma tendência distinta do passado de formular e

implementar ações governamentais no campo social. Servem, por essa razão, de excelente teste para a proposta metodológica de avaliação, em processo de desenvolvimento. Para a seleção dos municípios onde os programas seriam avaliados a pesquisa elaborou uma técnica estatística para classificação dos municípios, segundo determinados critérios (Ref. para a pesquisa).

Na área de saúde os programas selecionados foram Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF). Vamos descrevê-los rapidamente em relação aos conteúdos. Para os efeitos desta pesquisa, nos deteremos brevemente apenas na avaliação desses dois programas.

O desenho exige altos níveis de participação de setores não-governamentais e o estabelecimento de compromissos e parceria com a comunidade. O serviço vai à comunidade e respeita as características e valores culturais locais. Nesse sentido, é necessário que sua implementação considere, de forma estratégica, o patrocínio das condições para que o beneficiário seja atendido em seu meio ambiente com liberdade para ser informado e orientado, O benefício social diz respeito às condições básicas de vida do beneficiário.

Na seleção dos municípios privilegiou-se, entre outros critérios de escolha, a presença do Programa de Saúde da Família (PSF), o qual, mais que um programa, pretende ser um instrumento de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS), uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. No entanto, quando os municípios também contavam com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), ambos os programas foram objeto da pesquisa. Lembremos, em benefício desse argumento, que o PACS tem sido apresentado como uma etapa transitória do PSF.

A pesquisa abrangeu nove Estados — São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo, Minas Gerais, Paraná, Santa Catarina, Pernambuco, Alagoas e Pará —, envolvendo vinte municípios brasileiros. Na pesquisa de campo, realizada entre julho e setembro de 1998, foram entrevistados nove gestores no nível estadual de governo e cento e onze gestores/executores do nível municipal. Foram realizados ainda oito grupos de discussão, assim distribuídos: cinco grupos com usuários do PSF, dois grupos com membros de conselhos municipais de saúde e um grupo com capacitadores. Registre-se que não estão identificadas e contabilizadas as entrevistas com os quadros vinculados aos programas no nível central (Coordenação do PACS e PSF, assessor técnico da COSAC e Comunidade



Solidária).

Quanto à distribuição dos entrevistados por cargo/função observa-se que nos vinte municípios pesquisados 80% dos secretários municipais e 30% dos prefeitos foram entrevistados. Em todos os municípios foram incluídos os médicos, enfermeiros e agentes comunitários vinculados ao PACS/PSF.

É possível examinar as experiências de implementação dos programas, de acordo com as respostas obtidas mediante a aplicação dos instrumentos qualitativos de pesquisa utilizados neste trabalho.

É importante reiterar que, se a percepção de reforma do modelo assistencial nem sempre é comum ao conjunto dos atores envolvidos com o PACS e o PSF, suas respostas acerca dos obstáculos enfrentados na implementação dos programas, o elenco de êxitos atribuídos aos programas e as adaptações postas em andamento conformam as experiências de implementação.

*Gestores estaduais* — As secretarias estaduais de saúde, por intermédio das coordenações estaduais do PACS/PSF, parecem desempenhar, como veremos com alguns exemplos, o papel que lhes cabe no modelo operacional preconizado.

No Rio de Janeiro, a Coordenação Estadual apóia os municípios treinando pessoal, assessorando sua programação e acompanhando suas ações. A Coordenação responsabiliza-se pelo cadastramento das unidades de saúde da família e pela entrada dos dados no SIAB, realiza o acompanhamento da habilitação dos municípios, o treinamento dos agentes comunitários e coordena os pólos de capacitação.

No Espírito Santo, a Coordenação Estadual também assume a responsabilidade pelo processo de habilitação e acompanhamento dos municípios na implementação do PACS e do PSF. As principais atividades da Coordenação são as de sensibilização, divulgação, capacitação de profissionais, seleção dos agentes comunitários, implementação e alimentação do sistema de informações. Na avaliação da Coordenação, o estado tem cumprido seu papel quanto à habilitação dos municípios e à capacitação prévia das equipes.

A Coordenação também sublinha e detalha o trabalho de divulgação do PSF. Inicialmente, a equipe m realizou reuniões em todas as diretorias regionais de saúde (DRS) com prefeitos, secretários municipais de saúde e membros das comissões municipais de saúde da região. As equipes das DRS, afirma a Coordenação, têm visitado os municípios — na medida do possível, pois faltam recursos humanos, financeiros e materiais — para

estimulá-los a aderir ao PSF e assessorar na elaboração do Projeto.

*Integrantes da Coordenação Estadual:* consideram que um monitoramento mais próximo da implantação do Programa, tanto no que se refere ao processo seletivo dos agentes de saúde quanto ao treinamento dos membros da equipe, são fatores facilitadores da implementação do PSF. Tendo isso em conta, foram visitadas todas as instituições voltadas para a formação de médicos e enfermeiras, e as mesmas foram convidadas a se engajar no esforço de mudança do modelo de saúde, mediante mudanças de currículo de seus cursos de graduação e oferta de cursos de especialização em saúde da família. Várias instituições (Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem da UFMG, Faculdade de Medicina da Universidade de Montes Claros, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, Escola de Medicina de Alfenas, Faculdade de Ciências Médicas e Escola de Saúde de Minas Gerais) atenderam ao apelo.

Para a capacitação de recursos humanos, o estado foi regionalizado em função dessas instituições de ensino que oferecem cursos de capacitação em saúde da família. Vale registrar que a Faculdade de Medicina e a Escola de Enfermagem da UFMG constituem, juntamente com a Escola de Engenharia da mesma universidade, um “pólo de capacitação, formação e educação permanente de pessoal para a saúde da família, que tem como objetivos a formação de recursos humanos em nível de graduação e pós-graduação, a educação permanente de pessoal de saúde envolvido com ações ou capacitação em saúde da família e o desenvolvimento de tecnologias, metodologias de trabalho e conhecimentos relacionados com a abordagem em saúde da família e saúde ambiental.

Tratando-se dos fatores que interferem no êxito do PACS/PSF, as avaliações das coordenações podem ser classificadas em dois grupos. No primeiro, como mostraremos a seguir, o êxito independe das atividades desenvolvidas pelas coordenações ou da capacidade de influência da Secretaria Estadual de Saúde.

Assim, no Rio de Janeiro, a Coordenação coloca muito peso na presença de lideranças locais fortes e política e tecnicamente comprometidas com o Programa, a exemplo do que se verificaria nos municípios de Paulo de Frontin, Volta Redonda e Quissamã. Já nos municípios de São João de Menti e Nilópolis, a falta de liderança e a alta rotatividade de secretários explicariam a lentidão na implantação.

Para a Coordenação do Espírito Santo o bom desempenho do Programa nos municípios depende principalmente da vontade política do gestor municipal, do perfil

técnico do profissional local e do compromisso da liderança local. De acordo com essa avaliação, é isso o que explica o desempenho do programa nos municípios de Mimoso do Sul, Venda Nova, Aracruz e Boa Esperança.

Já no estado de São Paulo a Coordenação Estadual do PSF avalia que o êxito deste depende, na maioria das vezes, da determinação política dos gestores municipais, da sensibilidade frente às necessidades da população por um atendimento de saúde nos moldes do PSF, da seriedade e empenho na aplicação e administração de recursos, em geral absolutamente limitados, e da capacidade de lidar com a complexa tarefa de transformar o sistema de saúde. Como exemplos de experiências bem-sucedidas, a Coordenação cita os municípios de Mauá, Amparo, São Paulo e Flórida Paulista.

Comparando os municípios pesquisados em Alagoas e Pernambuco, evidenciaram-se duas situações: uma em que o Governo do Estado (Alagoas) tomou a dianteira na gestão do Programa, entendendo-o como uma política, e uma outra em que o Governo do Estado (Pernambuco) articulou as ações de atenção básica de saúde, enquanto estratégias de atuação, em que se mesclam vários programas, deixando a cargo dos municípios a gestão do PACS/PSF, desde a sua implantação até o estágio atual de sua implementação. Na primeira, o Governo do Estado assumiu várias tarefas: desde a seleção para habilitação dos municípios ao PSF (hoje num total de 83), a capacitação introdutória e permanente das equipes e o acompanhamento das ações, com exceção do município de Maceió, que tem autonomia e independência política, até a implantação do programa. Na segunda, os municípios tomaram a iniciativa de se habilitar e integrar ao PACS ou PSF e receber o apoio estadual mediante treinamento introdutório para parte da equipe (médicos e enfermeiras do PACS e do PSF), viabilizado pela Diretoria Executiva de Ações Básicas (não exclusiva do Programa). O bom desempenho do Programa obtido nestes municípios, a exemplo de Recife e Olinda, deu-se em larga medida em razão do perfil destinado e comprometido dos gestores (secretários de saúde e coordenadores do PACS ou PSF) e da crença nos benefícios da descentralização gerencial e na participação das comunidades.

Verificam-se nos depoimentos que as secretarias estaduais de saúde cumprem aquilo que lhes é designado no modelo operacional dos programas, mas que o desempenho do PACS/PSF depende, sobretudo, do comprometimento dos gestores municipais.

Quanto às dificuldades observadas pelos gestores estaduais, principalmente por aqueles que declararam que o bom desempenho dos programas nos municípios depende da

vontade política do gestor municipal, do perfil técnico do profissional local e do compromisso da liderança local, elas são atribuídas ao predomínio de valores conservadores entre os gestores locais, à alta rotatividade de dirigentes e à ausência de uma política sanitária prévia. Desta maneira, as coordenações reiteram a avaliação acerca das características dos municípios onde os programas têm um desempenho mais bem sucedido.

Um outro grupo de dificuldades refere-se aos recursos humanos de nível superior, aspecto que aparece com mais frequência entre os gestores estaduais.

No Rio de Janeiro, na apreciação da Coordenação, uma das dificuldades enfrentadas refere-se ao regime jurídico do funcionalismo e às regras de contratação de pessoal. A Coordenação indica que tem enfrentado dificuldades na contratação de médicos e que a tendência, para superá-las, tem sido a contratação daqueles em fim de carreira.

Em Santa Catarina, a Coordenação afirma que os municípios encontram dificuldades para realizar a contratação e o pagamento das equipes. No município de Florianópolis, segundo a Coordenação Estadual, a viabilização do PSF tem sido das mais difíceis. As razões que explicam tais dificuldades, na apreciação da Coordenação, são de duas ordens: o número de agentes por equipe é insuficiente e cada equipe está atendendo o dobro do número de pessoas indicado nas diretrizes, que é de 4.500.

Vale mencionar que nesse estado, com o objetivo de habilitar os profissionais de saúde para atuarem no PSF, foi criado em fevereiro de 1997, por portaria estadual, o Pólo Estadual de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para Saúde de Família. O pólo está dividido em cinco núcleos de abrangência municipal. Contudo, afirma a Coordenação, as negociações entre o estado e as demais agências — Coordenação Nacional de Saúde da Comunidade, Universidade de Santa Catarina, Centro de Desenvolvimento de Recursos Humanos (estadual) e prefeituras — têm esbarrado nas “diferentes culturas institucionais”.

Para enfrentar as dificuldades em relação aos recursos humanos, consensuais entre os gestores estaduais entrevistados, a principal recomendação é a de influir na formação e no mercado de trabalho, atuando especialmente junto às faculdades de medicina. A carência de recursos humanos com perfil adequado e disposto a trabalhar em lugares distantes dos grandes centros urbanos é, do ponto de vista dos gestores municipais, o principal obstáculo no caminho dos dois programas, sobretudo o PSF. Entretanto, outras dificuldades também são mencionadas:

*Fluxo de informações.* Na opinião da Coordenação do Estado do Espírito Santo, o fluxo de informações entre os níveis de governo é irregular e insuficiente. Além disso, uma dificuldade adicional, que interfere na velocidade da disseminação do Programa, refere-se à falta de conhecimento sobre o mesmo. Nesse sentido, a Coordenação sugere como estratégia para aumentar condições favoráveis ao bom desempenho do PSF ampliar sua divulgação e intensificar a sensibilização entre gestores e profissionais.

*Sistematização das informações.* Em São Paulo, a Coordenação indica que a reunião e a sistematização das informações solicitadas pelo Ministério da Saúde para proceder à liberação de recursos exigem um esforço penoso por parte de diversas pessoas, indispensáveis à rotina de funcionamento do Programa. Tal situação decorre do fato das unidades não serem equipadas com microcomputadores, de modo que todas as informações (dados de atendimento, do trabalho do agente de saúde) são registradas manualmente em cada unidade, exigindo dois esforços posteriores: a centralização de todas elas na Secretaria/Coordenação do programa e digitação para envio ao Ministério da Saúde.

*Demora para liberação do incentivo.* Uma das grandes dificuldades apontadas pelos municípios refere-se ao tempo para a liberação do incentivo. Essa apreciação não é compartilhada pela COSAC, para a qual tudo funciona de maneira bastante ágil. Os municípios, no entanto, reclamam da demora para a publicação e relatam que muitas vezes a Secretaria Municipal de Saúde promove a seleção, realiza o treinamento, o agente começa a trabalhar e o incentivo pode demorar até três meses. Em situações como esta espera-se que o município responda com recursos próprios, na grande maioria das vezes isso é inviável.

*Atendimento preconizado.* Na implementação do PACS manifesta-se uma dificuldade de menor monta: a aplicação do modelo de distribuição padrão, segundo o qual cada agente de saúde pode atingir entre 400 e 450 pessoas. Essa meta, afirma a Coordenação do PACS/PSF no estado do Pará, não é factível em áreas ribeirinhas, de seringueiros, de assentamento e em áreas indígenas. A dispersão da população pelo espaço frequentemente obriga o agente a percorrer uma distância de seis a oito quilômetros entre uma família e outra, esclarece a Coordenação. Assim, o parâmetro não é adequado à realidade do estado, motivo pelo qual é necessária uma flexibilização, adequando-o à realidade local.

*Intersetorialidade.* A necessidade do trabalho intersetorial já foi sentida, mas ainda faltam instrumentos metodológicos que capacitem a coordenação dos programas no sentido da interação, de uma forma ordenada, com as diferentes áreas, afirma a coordenadora do Pará. Ainda no campo da intersetorialidade, uma dificuldade relatada pela Coordenação Estadual pode ser assim formulada: de uma maneira geral a área de saúde não tem preparo para trabalhar com a participação da comunidade e é necessário investir na preparação do profissional de saúde (instrutor supervisor, auxiliares e outros) para atuar nesse campo. Além disso, é importante ampliar o leque de profissionais, com a incorporação de assistentes sociais e sociólogos, para estimular o PACS/PSF na atuação conjunta com as demais secretarias.

Por fim, é importante indicar que pelo menos a metade do gestores estaduais entrevistados declarou que os municípios têm preferência pelo PSF, preferência também visível entre os usuários. Em Minas Gerais há uma clara opção pelo PSF, considerado o “programa completo”. Aliás, a implantação do PACS só passou a ser estimulada em 1998 e como solução para municípios do Comunidade Solidária, nos quais não é possível a contratação do médico. Por esta razão, o PACS tem uma dimensão bem mais modesta que o PSF: vinte e três equipes em 1998. Na experiência de Alagoas e Pernambuco, os benefícios do PSF são visíveis nas localidades visitadas, e atestados pelas reivindicações da população, quanto ao direito às visitas e quanto às diferenças entre as visitas domiciliares feitas pelo PACS, com apenas um agente comunitário e uma enfermeira, e pelo PSF, com médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem.

Em resumo, merecem destaque nesse breve relato das coordenações estaduais: a dificuldade de conseguir e fixar profissionais de nível superior (médicos, principalmente); a necessidade de influir na formação dos futuros profissionais, melhorando o perfil e oferta de quadros capacitados, e de ampliar o leque de profissionais vinculados às equipe do PSF; a velocidade da implantação do Programa dependente da presença de lideranças locais fortes e tecnicamente comprometidas com o Programa e/ou da sintonia entre as esferas de governo; uma clara preferência pelo PSF.

A insistência na dificuldade de contratar e fixar profissionais de nível superior — também relatada, como veremos mais adiante, pelos gestores municipais — aparece relacionada com dois argumentos: profissional com o perfil adequado e capacidade do município para oferecer um salário atrativo.

No PSF, como já vimos, cabe ao município organizar e manter uma equipe mínima de profissionais de saúde, composta de médico generalista ou médico de família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e cinco ou seis agentes comunitários de saúde, trabalhando em tempo integral. Manter uma equipe com tais características nos municípios com receita tributária baixa (e mesmo considerando as transferências constitucionais) pode significar alto custo para o município. Os recursos do PAB, sobretudo os incentivos (parte variável do PAB) destinados ao PACS/PSF, não significam, no caso dos municípios mais pobres, um desafoço que lhes permita contratar e manter os profissionais, principalmente os médicos. Como a transferência de recursos federais está relacionada ao pleno cumprimento das regras de adesão, há uma tendência a favorecer os municípios que dispõem de autonomia técnica, administrativa e financeira para responder àquelas exigências.

Observe-se que alguns municípios têm dificuldade até mesmo em processar as informações que alimentarão o SIAB. Sem dúvida, a informatização é importante para a democratização do acesso aos serviços, seja enquanto instrumento de captação, acumulação e análise de dados formadores de sistemas de informações, necessárias ao gerenciamento — controle de visitas, atendimentos e ações —, seja para utilização do público e dos meios de comunicação, conferindo maior transparência e propiciando maior difusão de informações destinadas à educação em saúde. Todavia, a insuficiência de recursos nos orçamentos municipais evidencia-se mais fortemente no grau de conservação de muitas das unidades de saúde visitadas.

*Gestores municipais, executores e usuários* — De início, é importante registrar a presença de um ponto consensual, independentemente das particularidades inerentes ao cargo ou função dos entrevistados: todos enfatizaram os benefícios direta ou indiretamente decorrentes da valorização dos preceitos de vigilância epidemiológica e atendimento integral à saúde da família em seus respectivos municípios. Foi unânime a opinião de que a atuação dos agentes comunitários de saúde, apoiada e complementada pela ação dos demais integrantes das equipes de saúde da família, contribui para a progressiva redução dos índices de morbidade e mortalidade nas áreas abrangidas pelos programas.

Os êxitos atribuídos ao PACS/PSF podem ser classificados em três grandes blocos: os resultados das práticas de atenção básica, a prática dos princípios de integralidade e hierarquização e o sucesso das parcerias, sobretudo para a contratação de quadros para os programas.



No primeiro bloco, os médicos afirmam, para expressar o êxito do Programa, que estão satisfeitos com resultados em relação às principais patologias sob vigilância e controle, ou que estão “conseguindo controlar os principais agravos que incidem sobre a comunidade” e transmitir cuidados relativos à prevenção. Os agentes de saúde, por sua vez, destacam redução da mortalidade infantil; acompanhamento pré-natal, cuidados de higiene; melhoria da qualidade de vida das famílias; visão nova com relação aos cuidados de saúde; redução dos casos de diarreia e de infecção respiratória; conscientização dos diabéticos etc.

Encontramos, em geral, relatos bem detalhados dos efeitos do PACS/PSF. Em Lobato (PR), por exemplo, creditam-se ao desenvolvimento das atividades dos programas a redução do internamento hospitalar, a ampliação da assistência médica, a racionalização e humanização do atendimento e uma atenção continuada à saúde da população. O PACS/PSF, afirmam os entrevistados, foi responsável pela diminuição da mortalidade infantil; por um melhor resultado no acompanhamento dos diabéticos; pelo aumento da meta de Vacinação; pelo pré-natal em 100% das gestantes, com encaminhamento de gestantes de risco para atendimento mais especializado. E ainda pelo acompanhamento de pacientes acamados e idosos com seqüelas de acidente vascular cerebral, com internamento domiciliar, e pela busca de pacientes que se julgam saudáveis mas têm alguma patologia.

Finalmente, são feitas algumas sugestões ao Ministério da Saúde. Em primeiro lugar, que conceda um tratamento diferenciado aos municípios, acompanhando e tomando por base o desempenho do Programa frente aos indicadores de saúde. Assim, municípios nos quais os indicadores apresentassem melhoria deveriam receber aumento no valor dos repasses de incentivo. A lógica, argumenta-se, é simples: já que o Programa está cumprindo as metas, é importante contribuir para a ampliação da cobertura, incentivar o município a trabalhar e ampliar seus esforços.

Em segundo lugar, que o Ministério da Saúde não exija que a área adscrita seja geograficamente seqüencial. Argumenta-se que isso tira das populações concentradas em grupos menores do que o estabelecido (entre 600 e 1.000 habitantes) a oportunidade de serem beneficiárias do PSF, essencial em camadas de baixa renda e carentes, e impõe limites à ação do poder público frente às suas demandas locais.

Em terceiro lugar, que o Ministério da Saúde respeite a autonomia municipal. Argumenta-se que a rigidez do processo de liberação de recursos do MS destinados às ações básicas de saúde interfere na autonomia do município. A definição de ação básica de



saúde não pode ser estabelecida igualmente para todo o território nacional, já que há uma variação segundo a realidade local. Como o repasse dos recursos não é de natureza conveniada, quem deve dizer onde deverá ser investido este ou aquele recurso é o município, o estado e seus respectivos conselhos de saúde, em face das necessidades da população.

**VII - Tribunal de Contas da União (TCU), 2002. Avaliação do TCU sobre o Programa Saúde da Família – PSF. Ministro-Relator: Marcos Vilaça, Brasília D.F. (17p).**

Buscou-se verificar as evidências de alteração do vínculo de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde junto ao SUS e aos beneficiários do Programa, mediante a avaliação de aspectos relativos à operacionalização do PSF, no que diz respeito à implantação e atuação das Equipes de Saúde da Família, em relação aos seguintes itens: acompanhamento, supervisão e avaliação do Programa pela esfera estadual e análise da série histórica de indicadores de morbidade e mortalidade previamente selecionados.

Os trabalhos de campo foram realizados no período de 24/09/2001 a 05/10/2001, tendo sido visitados quatro estados e dezesseis municípios da Região Nordeste, selecionada em razão de ser destinatária de 47% dos recursos do PSF e de possuir o maior número de ESF instaladas. Os Estados Ceará e Pernambuco foram selecionados por possuírem um número de registros de experiências positivas no PSF e os Estados Alagoas e Paraíba por apresentarem oportunidades de melhorias de desempenho quanto à implementação do Programa.

A metodologia utilizada para realização dos trabalhos foi o estudo de caso, implementado por meio de observação direta, entrevistas e questionários. Com vistas a ampliar o universo pesquisado, o mesmo questionário foi aplicado aos demais estados da Federação, mediante a colaboração das Secretarias Regionais do TCU, que desenvolveram seus trabalhos apenas nas capitais dos respectivos estados.

Os questionários foram aplicados junto aos coordenadores estaduais e municipais do PSF, aos médicos e enfermeiros das ESF e aos beneficiários do Programa, num total de 344 questionários.

Foram realizadas, ainda, consultas aos sistemas informatizados SIAB, SIA/SUS (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS) e CAPSI (Sistema de Captação de Dados para Pagamento) com o objetivo de construir uma série histórica dos indicadores de saúde.

Os principais resultados foram organizados por eixos de análise: características municipais e contexto político-institucional da implantação, estratégias de implementação, características de vulnerabilidade das famílias usuárias do PSF pesquisadas, controle social, integração do PSF à rede de serviços de saúde, reestruturação

da rede de serviços de saúde, integralidade da atenção, trabalho em equipe dos profissionais de saúde, vínculos estabelecidos entre profissionais das ESF e famílias adscritas, e desenvolvimento local do PSF em relação às normas e padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Dentre os principais problemas encontrados e os que vêm prejudicando o desempenho do Programa destacam-se :

- Elevada rotatividade e a dificuldade na contratação dos médicos das ESF, decorrentes, dentre outros motivos, da insatisfação com a precariedade do vínculo contratual de trabalho, o excesso de atendimentos, a dificuldade de acesso ao local de trabalho e as falhas no sistema de referência e contra-referência.
- Grande insatisfação e insegurança em boa parte dos profissionais médicos e não-médicos das ESF, em decorrência do seu vínculo contratual de trabalho ser, em geral, temporário. Situação peculiar é a do Agente Comunitário, que representa o elo entre os serviços de saúde e a comunidade, devendo residir na área em que atua, o que torna necessária uma forma de contratação que resguarde o seu estreito relacionamento com a comunidade.

A análise dos questionários indica que as ESF são responsáveis por um número excessivo de famílias, além do limite máximo preconizado pelo Ministério da Saúde (4.500 pessoas). O mesmo acontece com os ACS, tendo em vista que apenas 27% deles não ultrapassam o limite recomendado (750 pessoas). Como a demanda espontânea às USF ainda é muito grande, o tempo disponível para a realização de ações de promoção e prevenção à saúde fica prejudicado. Outra constatação diz respeito aos sistemas de referência, ainda inadequados, para os níveis de média e alta complexidade.

Verificaram-se nos trabalhos de campo que há falta sistemática na distribuição de medicamentos, principalmente os destinados ao controle do diabetes e da hipertensão. Tal não deveria ocorrer, pois a descontinuidade em sua administração ocasiona graves riscos aos pacientes e traz às famílias descrédito no Programa.

Ainda por ocasião das visitas observou-se que a população atendida tem dificuldade em entender o modelo assistencial do PSF, identificando a Unidade de Saúde da Família como apenas mais um posto de saúde tradicional. Isso fica evidenciado pela procura direta pelos hospitais, sem passar na USF, o que acarreta sobrecarga de centros de média e alta complexidade com casos que poderiam ser tratados na atenção básica.

Evidentemente, além dos riscos à saúde, todos esses problemas contribuem de forma negativa à consolidação dos vínculos entre os profissionais de saúde e a população.

A partir de 1998, houve expansão acelerada do Programa, sugerindo, inicialmente, a adesão dos gestores estaduais e municipais a sua filosofia e aos seus princípios. No entanto, tal crescimento deu-se em detrimento da garantia de infra-estrutura adequada das USF por parte dos municípios, que buscaram prioritariamente atingir os 70% de cobertura (faixa de maior valor do incentivo financeiro), sem se preocupar com a qualidade de atuação das ESF. Assim, problemas como inadequação do espaço físico das USF e insuficiência de recursos humanos foram citados com frequência.

De acordo com as informações obtidas, as coordenações do PSF nos estados, bem como nos municípios, apesar de realizarem ações de fiscalização, monitoramento e avaliação do Programa, não o fazem de forma rotineira e sistemática. Outro achado diz respeito à ausência de treinamento para os gestores do Programa, atividade necessária ante a descontinuidade administrativa que ocorre a cada mudança nos governos estaduais e municipais, por ocasião das eleições. Por fim, o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) tem apresentado um grau de inconsistências nos dados muito elevado (falta ou duplicidade), problema que atinge cerca de metade dos municípios, com o PSF implantado. A falta de informações confiáveis pode comprometer o acompanhamento do Programa e dificultar o estabelecimento de prioridades de ação em saúde. Contudo, notou-se uma evolução positiva em alguns indicadores de saúde nas populações atendidas pelo PSF, a despeito das informações contidas no SIAB referirem-se somente à população coberta pelo PACS ou PSF, e não à toda a população do município.

Mesmo não tendo sido possível aplicar técnicas com maior rigor metodológico para avaliar o impacto do Programa, seria razoável atribuir a evolução positiva dos indicadores, pelo menos em parte, às ações do PSF. O exame dos indicadores relativos à população coberta pelo Programa, aliado à reflexão dos coordenadores regionais, contida em entrevistas, sugere essa relação. Apesar dos problemas, cabe ressaltar que alguns municípios, isoladamente, apresentaram resultados positivos em decorrência do pleno conhecimento da filosofia do Programa, coordenações estaduais e municipais bem estruturadas, adequada infra-estrutura das USF e atividades de promoção e prevenção à saúde. Vale destacar iniciativas como a da AMA (Associação dos Municípios Alagoanos), que vem discutindo possíveis soluções para a questão salarial e tentando uniformizar a

forma de contratação dos profissionais das ESF. Outra experiência de sucesso é a utilização de plantas medicinais (fitoterapia), com eficácia e segurança terapêuticas garantidas, no município de Fortaleza/CE. Contudo, somente a ampliação da cobertura do Programa e a melhoria na confiabilidade da coleta dos dados permitirão a análise do impacto.

Como o PSF estabelece uma nova filosofia de trabalho, isso implica em alguma resistência por parte dos participantes do processo de mudança – gestores, profissionais de saúde e beneficiários – o que exige processos de negociação e divulgação permanentes, não só de suas atividades como também de seus resultados.

### **Algumas recomendações**

Diante das deficiências na implementação do Programa, apontadas na avaliação, e objetivando colaborar para a melhoria do desempenho do PSF, o TCU formulou recomendações ao Ministério da Saúde, com o intuito de colaborar para o alcance de benefícios, tais como assimilação da filosofia do Programa, humanização no atendimento, credibilidade do Programa junto à população, aumento de resolutividade das ESF, maior disponibilização de medicamentos e valorização dos profissionais, de forma a consolidar os vínculos de corresponsabilidade.

Em síntese, destacam-se as seguintes recomendações:

- Proposição de um percentual mínimo dos recursos, que devem ser transferidos pelos estados aos municípios para a área de saúde a serem investidos no PSF;
- Estudo de novo parâmetro máximo de cobertura de pessoas para cada ESF;
- Elaboração de material ilustrativo sobre a filosofia do PSF, a ser divulgado pelos ACS e divulgação, junto à população usuária do Programa, sobre o seu papel.
- Orientação das SMS para que promovam a readequação das áreas sob responsabilidade das USF (reterritorialização), a fim de evitar a sobrecarga de trabalho dos ACS.
- Uniformização da sistemática de referência e orientação no sentido de que, se possível, sejam criadas centrais de marcação de consultas pelas SMS.
- Adoção das providências necessárias para melhorar a distribuição dos medicamentos utilizados na Atenção Básica nas Unidades de Saúde da Família.

- Fomento à conscientização dos gestores municipais e estaduais sobre a importância da informatização das USF e da realização permanente de treinamentos voltados à operação e manutenção do SIAB.
- Produção de rotinas padronizadas para análise dos dados do SIAB para uso dos estados, municípios e USF.

**VIII – Malta, Deborah Carvalho (2001). *Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996. Tese de doutorado em Saúde Coletiva – DMPS/FCMUNICAMP.***

Este estudo analisa a implantação de dispositivos de intervenção institucional no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, especificadamente o Projeto Vida e o Acolhimento, com o propósito de se verificar se há uma relação positiva entre essas propostas proporcionando um impacto na assistência, especialmente da população infantil. Optou-se por estes projetos, por visarem mudanças no modelo de atenção e por alterarem o modo como o usuário se relaciona com as portas de entrada das unidades.

O objetivo geral foi analisar se a introdução do referidos dispositivos institucionais, que buscam alterar o processo de trabalho em saúde, conseguiu ampliar o acesso, assegurar maior resolutividade dos serviços e maior publicização da gestão no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte. E os objetivos específicos foram: a) descrever e analisar a reorganização da atenção à criança (Projeto Vida) no Sistema de Saúde de Belo Horizonte; b) reconstruir os instrumentos e ferramentas utilizadas na implantação da mudança do processo de trabalho em saúde (Acolhimento) na rede pública de Belo Horizonte; c) verificar se a implantação desses dispositivos institucionais produziu mudanças no modelo de atenção, de forma a ampliar o acesso, aumentar a publicização da gestão, ampliar o financiamento das ações, assegurar a maior eficácia dos serviços, utilizar novas tecnologias e garantir a sustentação das ações no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte;

A metodologia utilizada trabalhou com os seguintes “marcadores de avaliação”: financiamento, acesso, eficácia, publicização, novas tecnologias de trabalho e sustentabilidade do processo. Os indicadores quantitativos foram obtidos a partir de relatórios dos Sistemas de Informação: Ambulatorial (SIA/SUS), Hospitalar (SIH/SUS),

Avaliação e Desempenho (SADE), IMI (Morbidade Ambulatorial), Mortalidade (SIM) e sobre Nascidos (SINASC), além do inquérito epidemiológico sobre desnutrição. Os indicadores qualitativos foram extraídos de documentos e registros. Foram utilizadas múltiplas técnicas de coleta de dados, empregando-se dados quantitativos e qualitativos, para isso recorreu-se a documentos de registros públicos, bancos de dados, pesquisas e outros, buscando uma variedade de enfoques.

Os marcadores utilizados e os respectivos indicadores estão relacionados no quadro a seguir:

<b>Marcadores de Avaliação</b>	<b>Indicadores utilizados</b>
<p>Financiamento: A aplicação de recursos define a intencionalidade do governo, delimitando campos, interesses conflitantes. Pretende-se avaliar se o modelo implantado lidou com o entendimento da saúde enquanto política universal, integral e equânime, comprometida com a vida e com a redistribuição das riquezas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evolução dos Recursos do Orçamento do Tesouro (ROT) no financiamento do SUS em Belo Horizonte;</li> <li>• Evolução do gasto ambulatorial e hospitalar;</li> <li>• Evolução do gasto com pessoal;</li> <li>• Evolução dos recursos aplicados na compra de medicamentos;</li> <li>• Gastos efetivados especificamente com Projeto Vida e Acolhimento</li> </ul>
<p>Acesso: O acesso é conceituado por Donabedian (1990) como a "capacidade do paciente obter, quando necessitar, cuidado de saúde, de maneira fácil e conveniente". Por limitações metodológicas utilizamos medidas indiretas de acesso, que indicam a oferta de serviços e, conseqüentemente, a maior facilitação do acesso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evolução da rede física própria e contratada</li> <li>• Cobertura de consultas médicas aos residentes.</li> <li>• Incorporação de Recursos Humanos.</li> <li>• Evolução da oferta de serviços ambulatoriais próprios</li> <li>• Oferta de consultas médicas</li> <li>• Incorporação de outras necessidades em saúde.</li> </ul>
<p>Eficácia: "Eficácia é a capacidade de intermediar a produção de resultados melhores ou, em outro sentido, a capacidade de intermediar a produção de resultados ainda não alcançados anteriormente". Refere-se a atingir o objetivo final a que se propôs.</p>	<p>Morbidade ambulatorial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atendimento aos casos agudos na pediatria.</li> <li>• Comparação agudos nas unidades com e sem acolhimento.</li> <li>• Atendimentos realizados pela equipe do Acolhimento.</li> <li>• Morbidade ambulatorial na ginecologia e obstetrícia.</li> </ul> <p>Cobertura Vacinal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evolução das doenças imunopreviníveis.</li> </ul> <p>Morbidade Hospitalar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evolução das internações em Belo Horizonte.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Internação de menores de 28 dias por local de residência.</li> <li>• Internação de crianças entre 28 dias e 1 ano Acompanhamento de grupos de risco ou prioritários</li> <li>• Vigilância à Mortalidade Infantil, desnutridos, gestantes.</li> </ul> <p>Mortalidade Infantil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evolução da Mortalidade Infantil, Neonatal, Pós-Neonatal, Mortalidade Infantil por Distritos e o estudo das Brechas Redutíveis, MI por área de abrangência CS.</li> </ul>
<p>Publicização: é neologismo, empregado neste estudo com o sentido de efetiva forma de participação popular nas definições e no controle das ações de governo; construção coletiva das propostas com os trabalhadores da saúde; capacidade de tornar o interesse público acima do privado, subordinando o setor conveniado/contratado ao interesse público; tornar democrática a gestão, partilhar o processo decisório.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fóruns de concertação democrática.</li> <li>• A publicização da gestão nas Unidades de Saúde.</li> <li>• Retornos das consultas médicas.</li> <li>• Indicadores ruidosos da Avaliação de Desempenho</li> <li>• O Acolhimento na perspectiva dos diversos atores: COREN, Sindicato dos Médicos e CMS.</li> <li>• Avaliação dos Gerentes e trabalhadores (Acolhimento).</li> <li>• Avaliação dos usuários (Acolhimento).</li> <li>• Estratégias propostas na gestão do setor conveniado</li> <li>• Os instrumentos utilizados.</li> <li>• Mudanças produzidas pelos instrumentos.</li> <li>• Evolução do número de leitos de risco</li> </ul>
<p>Novas tecnologias : Usualmente seriam novos produtos biotecnológicos, equipamentos, procedimentos terapêuticos. Considerou-se como novas "ferramentas" de intervenção no processo de trabalho, que buscassem o novo fazer em saúde; Rede de Petição e Compromisso; fluxograma; Avaliação de Desempenho; protocolo assistencial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudanças produzidas pelos instrumentos.</li> <li>• O papel da Avaliação de Desempenho no acolhimento.</li> <li>• % de utilização das ferramentas e instrumentos gerenciais.</li> </ul>
<p>Sustentabilidade: o conceito de <i>sustentabilidade</i> advém da idéia de "sustentar a terra", satisfazendo "as necessidades da geração atual sem comprometer as necessidades das gerações futuras". Empregamos a partir dos elementos do fluxo, responsabilidade da transmissão entre gerações, auto-sustentação, continuidade e garantidores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condições para a ascensão de um projeto.</li> <li>• Atores que garantem a continuidade do projeto e seus movimentos.</li> <li>• Índícios de continuidade do projeto não hegemônico ou outras formas de resistência</li> </ul>



## **Principais resultados**

1. No financiamento: houve crescimento nos recursos investidos, devido aos investimentos municipais - Recursos do Tesouro Municipal (ROT) e aumento de transferências federais. Os indicadores utilizados demonstraram a ampliação de serviços, o aumento na folha de pagamentos e o aumento da compra de medicamentos. Houve maior comprometimento orçamentário com os projetos estudados, portanto maior investimento com as políticas públicas em saúde.
2. O marcador acesso foi avaliado por medidas indiretas, que indicaram o aumento da oferta de serviços e, conseqüentemente, a maior facilitação do acesso. Houve um aumento da capacidade instalada, demonstrada pela ampliação dos diversos procedimentos ambulatoriais (consultas médicas, apoio diagnóstico, etc) e pela contratação de Recursos Humanos. Empregou-se como indicador a incorporação de novas necessidades na assistência, estudando-se o projeto de atenção às doenças respiratórias.
3. O marcador eficácia foi analisado através de indicadores quantitativos, que permitiram avaliar a melhoria no desempenho ambulatorial, maior atendimento de casos agudos, redução na internação e na mortalidade infantil, inclusive em áreas de risco. Podemos afirmar que ocorreu melhora dos indicadores, ou maior eficácia, tendo o conjunto de ações implementadas produzido impacto positivo.
4. O marcador publicização relaciona-se com a construção coletiva das propostas, envolvendo os atores nos projetos institucionais. A análise mostrou que a gestão pautou-se por práticas democráticas envolvendo os trabalhadores nos projetos institucionais e buscou a participação popular nas definições, controle e fiscalização das ações de governo. Buscou também o controle do setor conveniado, levando, com isso, à publicização da gestão.
5. O marcador novas tecnologias foi utilizado sob a perspectiva do emprego de novas ferramentas de análise que possibilitaram intervir no processo de trabalho. As novas tecnologias empregadas foram: a rede de petição e compromisso, os protocolos assistenciais, o fluxograma analisador e alguns indicadores do programa de Avaliação de Desempenho.

O uso das ferramentas analisadoras permitiu revelar qualitativamente o modo de operar o cotidiano, os produtos e resultados alcançados, os princípios ético-políticos que nortearam a ação, constituindo-se em instrumento de gestão para os trabalhadores e gerências locais. O conceito de sustentabilidade toma emprestado da concepção ambiental ou econômica os elementos do fluxo, da responsabilidade da transmissão entre gerações, dos determinantes da auto-sustentação, da continuidade, dos garantidores. A opção pela implantação de determinado modelo tecno-assistencial dá-se a priori, passando ou pela decisão de seguir a lógica de mercado (modelo hegemônico), ou pela definição das diretrizes do SUS.

No caso da segunda opção, também estão colocadas disputas decorrentes das diferentes compreensões dentro da saúde coletiva. Em Belo Horizonte esses elementos resultaram na crise que levou à saída da equipe e à não-sustentação dos projetos implantados até então. A saúde é um território de práticas em permanente estruturação, onde é possível experimentar uma infinidade de fazeres, não existindo um formato único. Por fim, o Projeto Vida e o Acolhimento consistiram em bons dispositivos de intervenção institucional, pois evidenciaram novos sujeitos, que desenvolveram novas ações, que modificaram o modelo de atenção. As mudanças consistiram no aumento do financiamento das ações, na ampliação do acesso, publicização da gestão, na utilização de novas tecnologias de mudança do processo de trabalho, na maior eficácia dos serviços no Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, especialmente junto à população infantil. Coloca-se um desafio que é o de utilizar mecanismos ou estratégias gerenciais nas novas modalidades assistenciais, que não anulem as anteriores, convivendo e recriando sempre o novo. Esses novos processos instituintes que podem ser a chave para a permanente reforma do próprio campo de práticas. Através dos marcadores de avaliação utilizados, pôde-se também construir uma metodologia de abordagem de outras experiências. A metodologia proposta possibilita olhar para outras experiências e avaliá-las quanto aos seus pressupostos, acertos e limites.

**IX – Juan Yazlle (2002). *Sistemas de Informação: a experiência de Ribeirão Preto* (mimeo).**

Sistemas de informações são instrumentos essenciais para a avaliação da assistência à saúde, sejam de caráter clínico, epidemiológico ou administrativo. A importância das informações da assistência hospitalar reside em que são baseadas em dados de melhor qualidade, tanto no que se refere às características pessoais como também no referente a diagnósticos e procedimentos realizados – decorrente do registro formal e legal dos pacientes, do tempo de observação, seguimento, e do uso de recursos laboratoriais e dos resultados das intervenções diagnósticas e terapêuticas. Estes dados são importantes também porque se referem a uma modalidade assistencial que consome parcela ponderável dos recursos destinados à assistência à saúde. O conhecimento apurado da assistência e dos seus resultados é fundamental para orientar o planejamento no setor e atender ao direito da população que quer saber como são aplicados os recursos que ela fornece.

Apesar dos grandes avanços no país na área das informações em saúde, ainda carecemos de um sistema nacional de informações da assistência hospitalar, único e abrangente. Temos bons sistemas de informações desenvolvidos em estabelecimentos hospitalares únicos ou em grupos deles. Há sistemas para cobrir a prestação de serviços de um determinado plano de saúde e não de outros. Em geral, predomina o interesse administrativo e contábil (financeiro) sobre os enfoques clínico e epidemiológico. Sobretudo, carecemos de sistemas de informações em saúde em bases populacionais que permitam a elaboração de indicadores (coeficientes e índices) para a comparação (e avaliação) da morbidade e mortalidade hospitalares e as condições dos pacientes assistidos no momento do egresso – dados de valor inestimável desde as perspectivas epidemiológicas e do planejamento e gestão da saúde.

A gestão pública da saúde requer informações tanto do sistema público como dos sistemas privados (sistema supletivo e assistência particular); requer informações de características epidemiológicas da população assistida, tais como idade, sexo, ocupação, procedência; requer o registro do diagnóstico principal – entendido como a causa da internação – e outros diagnósticos associados (comorbidade) até 5 diagnósticos secundários, se existentes, pelo menos. Requer o registro separado das causas externas e das complicações hospitalares. Requer a classificação dos procedimentos cirúrgicos e de exames diagnósticos segundo nomenclaturas que permitam a comparação internacional. Finalmente, é desejável que o sistema de informações atenda tanto às demandas do corpo clínico do estabelecimento de saúde como dos administradores do serviço – despertando

neles o interesse pelo desenvolvimento e qualidade das informações elaboradas. Um equívoco freqüente é pretender utilizar os sistemas de informações como instrumentos definitivos de avaliação da qualidade da assistência; na realidade eles são importantes instrumentos para assinalar indícios de problemas potenciais que devem ser estudados e pesquisados posteriormente (ver a respeito o *Guide to Inpatient Quality Indicators da Agency for Healthcare Research and Quality, June – 2002*)

### **A experiência de Ribeirão Preto**

O Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP iniciou em 1970 a implantação de um sistema de informações - o Centro de Processamento de Dados Hospitalares - CPDH - baseado numa folha resumo padronizada dos eventos mais relevantes da hospitalização - Folha de Alta - inspirada no Professional Activity Study - PAS de Ann Arbor, Michigan, EUA (ver anexo). Destinado a dar suporte à investigação clínica e epidemiológica do Hospital das Clínicas da FMRP-USP, a experiência foi estendida a todos os hospitais do município (13) atualmente com perto de 2.800 leitos e um pouco mais de 100.000 egressos por ano. Em 1987 o sistema foi estendido à região de Ribeirão Preto, cobrindo 35 hospitais em 26 municípios com cerca de 4.000 leitos e quase 160.000 egressos/ano. Um aspecto singular desta experiência é que ela se sustenta ao longo de mais de 30 anos exclusivamente pela troca de serviços entre o Centro que oferece assessoria na área de documentação médica e estatística ao corpo clínico e administração dos hospitais e recebe as informações de todas as hospitalizações ocorridas no estabelecimento, incluindo pacientes particulares e de planos de saúde. Isto ocorre porque os hospitais incorporaram o sistema como deles próprios e o Centro é o responsável pela codificação e processamento dos dados que ficam a disposição do respectivo hospital. O CPDH conta com pessoal especializado em arquivologia médica e estatística hospitalares; oferece cursos e treinamento para pessoal dos serviços de arquivo médico e estatística dos hospitais, na região de Ribeirão Preto, desde 1968. No início o CPDH trabalhava com um sistema IBM de cartões perfurados processando os dados no CPD da Escola de Engenharia de São Carlos – USP. A partir de 1987 passou a utilizar microcomputadores para a digitação e processamento dos dados. Há uma década vem

automatizando a codificação das doenças, ocupações, procedências, procedimentos sempre utilizando classificações internacionais ou nacionais.

### **Estudos da assistência hospitalar**

O acervo do CPDH tem sido utilizado na realização de inúmeros trabalhos científicos, dissertações e teses. Muitos destes trabalhos levantam índices e coeficientes em bases populacionais – o que é muito raro na literatura científica nacional - porque na cidade de Ribeirão Preto há total cobertura da demanda de hospitalizações, sendo pouco usual o encaminhamento de casos para diagnóstico e/ou tratamento em outras cidades. Os trabalhos baseados no CPDH permitem comparações de frequência de doenças ou procedimentos entre pacientes do sistema público e daqueles usuários de planos de saúde ou particulares. Alguns dos estudos mais importantes são listados a seguir: estudo do coeficiente geral de hospitalizações (Yazlle Rocha, 1974); a evolução do mesmo de acordo às políticas de saúde (Yazlle Rocha, 1978, 1980); o perfil de morbi-mortalidade das hospitalizações e sua evolução (idem); as hospitalizações na infância (Barros, 1977; Rezende, 1990); índice de utilização de leitos hospitalares (Yazlle Rocha, 1978; D'Oleo, 1988); coeficientes de cirurgias segundo grupos etários e sexo (Barros, 1977 e 1983); duração média das hospitalizações segundo idade, sexo e sistema de financiamento das internações (Fávero, 1973); a assistência obstétrica (Carvalho, 1978); malformações congênitas nas hospitalizações (Paz, 1978).

Mais recentemente as linhas de investigação dirigiram-se ao estudo de hospitalizações segundo diferentes estratos sociais, tentando aproximar-se do conceito de classes sociais (Yazlle Rocha, 1980); (Forster, 1984); (Yazlle Rocha, 1985; 1989 e 1997). Desta forma foram estudados: coeficientes de hospitalizações segundo classes sociais (Barros, 1983); (Forster, 1984); (Forster & Yazlle Rocha, 1991); a incidência de cesáreas segundo o sistema de internação (Yazlle Rocha, 1985); as internações por doenças cardíacas e vasculares cerebrais (Yazlle Rocha, 1989); hospitalizações por pacientes idosos (Germano Neto, 1992). Outros temas foram: morbi-mortalidade hospitalar por câncer (Simões, 1996), hospitalizações por infarto agudo do miocárdio (Yazlle Rocha, 2000), incidência de cesáreas e financiamento (Yazlle, 2001).

O CPDH abriu seu banco de dados para a elaboração de teses de pós-graduandos de outros programas, principalmente da Faculdade de Saúde Pública da USP e da Escola Nacional de Saúde Pública. Assim, recentes trabalhos tratam da aplicação do Índice de Charlson (Iucif, 2001), a utilização dos Diagnoses Related Groups (DRGs) na classificação dos níveis de complexidade da assistência, baseada na demanda (Noronha, 2001), a questão da desigualdade na assistência hospitalar (Guedes, 2000).

### **Cidades sentinelas ou observatórios de saúde pública**

A bem sucedida experiência do sistema de informações hospitalares de Ribeirão Preto suscita algumas questões. A primeira é que hoje há condições de reproduzir esta experiência na sua essência em outras cidades do país, mas implantar modelos semelhantes em todo o país é certamente inviável a médio prazo. A segunda é a importância de reproduzir esta experiência em cidades onde haja uma certa diferenciação da assistência, qualitativa e quantitativamente, de forma a permitir a monitoração da assistência hospitalar do ponto de vista do desenvolvimento do SUS e dos sistemas privados. Esta é a experiência em alguns países europeus onde se implantam cidades sentinelas (França) ou observatórios de saúde pública (Reino Unido) com cobertura total ou parcial do sistema, mas com a finalidade de monitorar a evolução do sistema de saúde. A terceira é que as cidades participantes - e Ribeirão Preto poderia vir a ser considerada a primeira - abririam os seus bancos de dados para que pesquisadores pudessem elaborar estudos de interesse geral do sistema de assistência à saúde. Finalmente, é preciso considerar que o desenvolvimento da avaliação da assistência à saúde no Brasil passa pela organização de sistemas de informações abrangentes, como o aqui exposto, de forma a possibilitar análises aprofundadas da assistência.

### **X - O Pacto da Atenção Básica, Ministério da Saúde, Brasil.**

Durante a última década o Brasil experimentou grandes mudanças na organização, financiamento e oferta de serviços no sistema de saúde, sendo que a atenção básica tem merecido especial atenção, com a introdução de programas inovadores e estratégicos para a mudança do modelo assistencial no Sistema Único de Saúde (SUS).

Estas mudanças realizaram-se devido a muitos fatores, entre eles a necessidade de se desenvolver e disponibilizar para a população serviços básicos de saúde que sejam mais acessíveis, equitativos e de maior qualidade. Para responder a esse desafio, o Ministério da Saúde vem utilizando diversas estratégias, destacando-se os programas especiais – Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), de 1991, e Programa de Saúde da Família (PSF), desde 1994 – assim como o Piso da Atenção Básica (PAB), introduzido com a NOB 1996 e atualizado com a NOAS 2001 e 2002, como parte do processo de descentralização. A provisão de serviços de atenção básica continua sendo uma das prioridades da política de saúde: em 2001, aproximadamente \$US 1.8 bilhões de dólares tanto do governo federal como dos estados e municípios foram gastos nestes programas, quantidade que representa quase a quarta parte do gasto nacional em saúde (World Bank 2002).

O PSF em particular experimentou um crescimento considerável. Começando com 847 equipes em 900 municípios em 1996, passou para quase 5.000 equipes em 1.870 municípios em 1999 (Aguiar 1998); atualmente em março de 2002 existem mais de 14564 equipes em mais de 3.000 municípios (MS, 2002). As metas do programa previam um aumento que superasse 20 mil equipes ao final de 2002. Por outro lado, vem sendo considerado como a estratégia prioritária do governo para a reestruturação não apenas da atenção básica, mas também do modelo assistencial, juntamente com o PAB. Entre as características inovadoras do programa incluem-se a ênfase em reorganizar serviços de atenção básica, integrá-los com outros serviços e níveis de atenção e centrá-los na família e na comunidade. As pesquisas e metodologias para medir o alcance do programa nestas dimensões importantes ainda são insuficientes.

Por esse motivo há muito interesse em avaliar o alcance destes programas e, mais amplamente, o impacto dessas modificações na organização da atenção básica e nos resultados da ação dos serviços de atenção primária nos indicadores epidemiológicos e demográficos da população em nível local.

Com essa finalidade foi elaborado o “Pacto de Indicadores da Atenção Básica”, que é um instrumento nacional de monitoramento das ações e serviços de saúde referentes à atenção básica. Pretende-se através dele estabelecer formalmente uma negociação entre gestores das três esferas de governo, que tem por objeto metas a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde previamente acordados. Ao fim de cada ano, municípios e

estados têm seu desempenho avaliado em função do cumprimento das metas pactuadas (AQUINO et al, 2000).

De 1999 a 2002, período em que foi adotado nacionalmente, o processo de pactuação tem apresentado alterações, tanto com relação à sua forma de condução quanto aos indicadores selecionados para avaliação.

O Pacto tem antecedentes nas portarias ministeriais que acompanharam a implementação da NOB 1996. A Portaria N. 3.925 (13/11/1998) instituiu o Manual para Organização da Atenção Básica, que formulava orientação aos gestores municipais do SUS para organização da Atenção Básica, a partir da pactuação de metas entre as três esferas de governo e a definição de indicadores de acompanhamento da implementação da atenção básica para 1999; e a Portaria 476 de 1999, que regulamentou o processo de acompanhamento e avaliação da atenção básica no Brasil (Brasil, 1998, 1999).

Em 2001, a Portaria N. 1.158 (08/08/2001) definia os seguintes componentes a serem utilizados para a avaliação da atenção básica dos municípios:

1. Pacto da Atenção Básica.
2. Alimentação dos Sistemas Nacionais de Informação em Saúde.
3. Estrutura da rede física e dos recursos humanos para atenção básica.
4. Produção de Serviços nas áreas de atuação estratégicas

A partir de então o Pacto da Atenção Básica passou a ser considerado o instrumento nacional de monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde referentes à atenção básica, assim como serviria de base para a construção do processo de qualificação da gestão municipal (NOAS/SUS/2001). Ainda em 2001, a Portaria 723/GM (10/05/2001) regulamentou o processo de pactuação, definindo:

1. A relação de indicadores a serem pactuados pelos estados.
2. A relação de indicadores a serem pactuados pelos municípios com mais 80.000 hab.
3. A relação de indicadores a serem pactuados pelos municípios com menos de 80.000 hab.

O sistema foi desenhado para ser alimentado em nível municipal. Para a avaliação os municípios e estados devem utilizar o aplicativo SisPacto2002 disponível eletronicamente no *site* [www.saude.gov.br/pacto2002](http://www.saude.gov.br/pacto2002), onde encontram também a Planilha de Avaliação a ser empregada.



Os indicadores propostos na Pt 723 foram modificados pela Portaria 1.121/GM (17/06/2002) que define também os seguintes componentes da avaliação:

1. Avaliação cumprimento das metas propostas pelo gestor municipal para o ano anterior (portanto, diferente para cada município).
2. Alimentação dos sistemas nacionais de informação em saúde (SAI/SUS, SIH/SUS, SINAN, SINASC, SIM, SI-PNI, SIAB).
3. Descrição da estrutura da rede física e dos recursos humanos para a atenção básica.
4. Produção de serviços nas áreas de atuação estratégicas: População; Saúde da Criança; Saúde da Mulher; Controle da Hipertensão; Controle da Diabetes; Controle da tuberculose; Eliminação da hanseníase; Saúde bucal; Gerais (Gestão).

A Portaria definia também todos os procedimentos necessários para a formalização do Pacto, submetidos a prazos de entrega:

1. Para municípios:
  - Avaliação do Pacto de 2001 (Planilha de Avaliação validada), assinada pelo gestor municipal.
  - Envio à Secretaria Estadual de Saúde para ser homologada (via eletrônica ou impressa em papel).
  - Definição da estrutura da rede física e dos recursos humanos para a atenção básica.
2. Para estados:
  - Consolidar a avaliação do desempenho do Pacto de Indicadores 2001 e avaliar seu próprio desempenho, segundo metas estabelecidas em 2001.
  - Imprimir relatórios assinados pelo gestor estadual e pelo Presidente do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde
  - Enviar ao MS (*online* ou papel) para homologação.
  - Enviar ao MS a Planilha de Avaliação Estadual do Pacto 2001.

Os indicadores de avaliação do Pacto foram definidos para 2001 segundo os eixos da Agenda Nacional de Prioridades, definida pelo Ministério da Saúde, estabelecendo-se um número específico de indicadores para os municípios, estados e o Brasil (Tabela 1 em anexo). E para 2002 o número desses indicadores foi substancialmente aumentado (Tabela 2 em anexo).

Também definiu-se, em 2002, alguns procedimentos marcadores específicos: consultas médicas (glicemia capilar para diabetes, inalação/nebulização; aplicação da 3ª dose de DPT; coleta de CCO para mulheres). E, para assegurar a manutenção da habilitação os municípios devem cumprir no mínimo 80% das metas fixadas para todos os indicadores.

Os indicadores são calculados a partir das bases nacionais dos diversos sistemas do Ministério da Saúde, Censos e Estimativas Populacionais. Eventualmente as bases de dados locais dos estados e municípios podem estar mais atualizadas que as bases nacionais, podendo existir diferenças entre os indicadores disponibilizados e os calculados pelos estados e municípios. O esquema do Quadro 1, em anexo, resume as fontes e dados e o fluxo teórico das informações.

Uma avaliação da proposta do Pacto da Atenção Básica para 2002, permite algumas considerações:

1. O Pacto constitui uma forma de obter uma visão ampla e ambiciosa sobre o sistema de atenção básica, podendo ser considerado um tipo de *roadmap*.
2. Utiliza os sistemas de informação existentes, tentando articular as distintas fontes num único sistema de monitoramento (SIMPACTO). Foi concebido como uma ferramenta a ser utilizada por gestores de todos os níveis, estando disponível também em nível local.
3. Muitos indicadores são bem específicos, válidos e relevantes para uma avaliação da atenção básica (ex. indicadores de diabetes). Outros são indicadores de condições sociais, acesso e uso de serviços, e mudanças nesses indicadores não podem ser consideradas como devidas exclusivamente à atenção básica. E ainda outros (como mortalidade por câncer) não são especificamente ligados à atenção básica. Não é claro, portanto, porque foram incluídos.
4. A importância e sucesso do Pacto dependem de vários e diferentes atores, herdando, portanto, as fortalezas e fraquezas de cada um dos seus componentes.
5. Os indicadores estão disponíveis principalmente por Internet e o programa é de fácil utilização. Entretanto, os dados utilizados para o cálculo dos indicadores nem sempre estão disponíveis, fazendo com que o nível local dependa do nível central para verificação e análise da informação para construção dos indicadores.
6. Muitos dos dados não estão disponíveis de maneira desagregada (por sexo, grupos sociais, idade, etnia etc), o que dificulta a análise da equidade. Embora inclua

dimensões distribucionais (homogeneidade da cobertura vacinal) ou geográfica (por município) ou ainda acesso por grupo populacional.

7. A maioria dos indicadores são bem conhecidos como válidos para medir aspectos críticos dos sistemas de saúde. Mas, são poucos os indicadores de processo (importante para esse tipo de avaliação) e, para alguns deles, existe pouca evidência científica sobre sua validade e confiabilidade.
8. A idéia do Pacto é desenvolver indicadores de longo do prazo (séries históricas) que permitam identificar necessidades de mudanças na atenção básica. Mas os indicadores têm mudado de um ano a outro e alguns têm diferentes definições, o que dificulta a construção dessas séries históricas.
9. Não há evidência clara sobre o uso dos indicadores do Pacto no cotidiano dos gestores no processo de tomada de decisões. As avaliações disponíveis sugerem que ainda não é usado pela maioria dos gestores em nível local.
10. A documentação do Pacto define os indicadores (fórmula), mas não indica claramente porque esses indicadores e não outros. As explicações sobre o uso e interpretação são pouco claras. Por exemplo, não se indica que alguns indicadores são *proxies* de acesso, ou de qualidade etc.
11. O Pacto não é um sistema de vigilância, nem permite pesquisas detalhadas. É uma ferramenta que permite ter uma idéia geral do sistema, em vários níveis. Permite gerar hipóteses sobre possíveis problemas existentes, mas não permite dar respostas a esses problemas.

### **ANEXO 3 - Ficha Técnica do Indicador – exemplo**

#### *Foco do indicador*

Descreve a principal atividade de cuidado ao paciente ou o evento que está sendo avaliado

Ex: tempo de administração de trombolítico em serviços de emergência

#### *Detalhamento do indicador*

Identifica todos os elementos que compõem o indicador: numerador, denominador, tempo etc.

EX: Pacientes admitidos no serviço de emergência com diagnóstico principal na saída de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) que receberam trombolítico: tempo entre a chegada no serviço de emergência e a administração da terapia trombolítica.

#### *Definição dos termos*

Definição dos termos contidos no item “detalhamento do indicador” que necessitam explicação – estas definições têm como objetivo garantir a uniformização na coleta de dados para garantir maior confiabilidade e permitir comparações (no tempo ou entre serviços).

EX: Infarto Agudo do Miocárdio (necrose de tecido muscular cardíaco resultante de insuficiente irrigação sanguínea do coração, algumas vezes levando à parada cardíaca. Definido pela presença em algum diagnóstico (principal ou secundário) do código da CID 9 410 (o sistema de codificação utilizado e todos os códigos a serem considerados devem estar explicitados neste item).

Outros termos que necessitam de definição neste exemplo: serviço de emergência; diagnóstico principal na saída; diagnóstico principal na saída de IAM; terapia trombolítica.

#### *Tipo de indicador*

Evento sentinela (contagem de um evento raro, indesejável, grave e, na maioria dos casos, evitável); taxa, razão, variável contínua (tempo).

EX: variável contínua

#### *Nível de informação do indicador*

Estrutura, processo ou resultado.

EX: indicador de processo.

#### *Fundamentos do indicador*

Fundamenta a utilidade do indicador para avaliar o processo de cuidado em foco. Identifica as fontes bibliográficas utilizadas, a área e as dimensões de desempenho que estão sendo avaliadas.

#### *Definição da população que compõe o indicador*

Numerador, denominador e sub-categorias (referentes)

#### *Ajuste por gravidade*

Definir se é necessário ajustar por gravidade e a metodologia adotada para o ajuste.

#### Variáveis de estratificação

Definir o nível de desagregação dos indicadores, isto é quais são as variáveis de estratificação de interesse.

#### Identificação dos dados e das fontes de dados

Dado; definição; fonte; quem é responsável pela produção do dado? Quem é responsável pela coleta do dado? Método de coleta (manual e eletrônico); forma de arquivamento do dado e limites de acesso ao dado.

#### Fatores explicativos da variação no indicador

Uma lista dos fatores que podem explicar a variação no indicador para orientar as atividades de melhoria do desempenho. Fatores relacionados ao paciente – fatores fora do controle da organização que contribuem para o resultado do cuidado, tais como, gravidade da doença principal, comorbidades; recusa ao tratamento. Fatores relacionados aos profissionais de saúde e fatores relacionados à organização.

### **Critérios para avaliação do indicador**

Relevância – Aplicabilidade e pertinência do indicador.

Confiabilidade – Capacidade do indicador em detectar precisamente e de forma consistente em vários locais e no tempo o evento para qual ele foi desenhado para medir.

Validade – Capacidade e grau com que o indicador detecta problemas no desempenho.

Capacidade de discriminação – Capacidade do indicador em mostrar variação significativa na comparação do desempenho.

Viabilidade - Possibilidade de acessar os dados necessários para a construção do indicador, considerando o esforço requerido para obtê-los e os custos associados.

## Referências Bibliográficas dos Anexos

- Aguiar, DS 1998. *A Saúde da Família no Sistema Único de Saúde: Um novo Paradigma?* Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz/ Escola Nacional de Saúde Pública, RJ.
- Aquino R, Medina MG, Carvalho, AL 2000. Avaliação da Atenção Básica: Construindo novas ferramentas para o SUS. *Divulgação em Saúde para Debate*, RJ, v.21.p15-28.
- Barros MBA 1977. Estudo da morbidade hospitalar no município de Ribeirão Preto em 1975. Dissertação de Mestrado, FMRP – USP, São Paulo.
- Barros MBA 1983. Saúde e classe social. Um estudo sobre morbidade e consumo de medicamentos. Tese de Doutorado, FMRP – USP, São Paulo
- Beales SM. 2000. Mark of a noble society: human rights and older people. <http://www.helpage.org/images/pdfs/Markofanoble.PDF>.
- Brasil/MS 2002. O Sistema de Saúde Brasileiro, Experiências Inovadoras. N.1. Agosto, 44p, Brasília.
- Brasil/Tribunal de Contas da União 2002. Avaliação do TCU sobre o Programa de Saúde da Família – PSF, Ministro-Relator: Marcos Vilaça, 17p, Brasília.
- Bull J, Hamer L 2001. Closing the gap: setting local targets to reduce health inequalities. Disponível em [http://www.hda-online.org.uk/documents/closing\\_the\\_gap.pdf](http://www.hda-online.org.uk/documents/closing_the_gap.pdf)
- Carvalho CDG 1978. Padrões de atendimento ao parto no município de Ribeirão Preto (SP), Brasil. *Bol. Of. Sanit. Panam.* v. 85, p.239-249
- Carvalho G 2001. A inconstitucional administração pós constitucional do SUS através de normas operacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol 6, (2):.435-444.
- Cordeiro H 2001. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol 6, (2):319-328.
- D’Oleo RJM 1988. Utilização dos leitos hospitalares na região de Ribeirão Preto, 1988. Dissertação de Mestrado, Fac. Saúde Pública – USP, São Paulo.
- Dardet CA, Ruiz M.T 2001. What can doctors do to reduce health inequalities? *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 55: 449.
- Denis JL, Champagne F 1997. Análise de implantação. In Hartz, ZMA (ed.) *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, p 49-88.
- Diaz MDM 2002. Socio-economic health inequalities in Brazil: gender and effects. *Health Economics*, vol. 11, p. 141-154.
- Donabedian A 1982. *Methods of deriving the criteria*, in *Explorations in quality assessment and monitoring*, H.A. Press, Editor. Michigan. p. 504.
- Fávero M 1975. Estudo da duração da internação em hospitais gerais de Ribeirão Preto - Tese de Livre Docência, FMRP – USP, São Paulo.

- Fávero M, Yazlle-Rocha JS, Haddad N, Teruel JR 1973. Organização de um Centro de Informática Hospitalar em nível local - *Rev. Paul. Hosp.* vol. 21, p. 151-157
- Forster AC, Yazlle-Rocha JS (1991). Hospitalizações e Classes Sociais - *Divulgação em Saúde para Debate*, n.3, p.71-77
- Forster AC 1984. Hospitalizações e classe social - Tese de Doutorado - FMRP – USP, São Paulo
- Germano Neto J 1992. O paciente geriátrico no hospital. Ribeirão Preto, 1988 - Dissertação de Mestrado - FMRP – USP, São Paulo.
- Gerschman S 2001. Municipalização e inovação gerencial. Um balanço da década de 1990. *Ciência e Saúde Coletiva*, vol6, no.2, p.417-434.ISSN 1413-8123
- Guedes GLM 2000. Desigualdade Social: Estudo de Hospitalizações no Município de Ribeirão Preto – SP em 1998 – Tese de Doutorado – Departamento de Medicina Social – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, São Paulo.
- Heimann LS, Castro EDN, Kayan Rocha JL, Riedel LF, Terence E, Cruz ODC, Fraissat RA, Pessoto UC, Junqueira V 2000. Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Núcleo de Investigação em Serviços e Sistemas de Saúde (NISIS). São Paulo, Brasil, 2000.
- Iucif Jr N 2001. *Estudo da Desigualdade na Mortalidade Hospitalar em Pacientes acima de 50 anos. Aplicação do Índice de Comorbidade de Charlson* – Dissertação de Mestrado – Departamento de Medicina Social – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, São Paulo.
- Kessner DM 1973. Assessing Healthv Quality. The case for tracers. *The New England Journal of Medicine* 288(4):189-94.
- Kliksberg B 1997. O desafio da exclusão: Para uma gestão social eficiente. Ed.Fundap, São Paulo.
- Levcovitz EL, Lima LD, Machado CV 2001. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. *Ciência e saúde coletiva*, vol6, no.2, p.269-291.ISSN 1413-8123
- Malta DC 2001. Buscando novas modelagens em Saúde: as contribuições do Projeto Vida e do Acolhimento na Mudança do processo de Trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996. *Dissertação de mestrado*, UNICAMP, São Paulo.
- Macintyre S, Hart G 2002. Tackling health inequalities in Scotland: A policy relevant research agenda. Disponível em: <http://www.strath.gla.ac.uk/synergy/policy/3.html>
- Noronha JC, Soares LT 2001. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência e saúde Coletiva*, 16(2): 445- 450.
- Noronha MF 2001. Classificação de Hospitalizações em Ribeirão Preto: Os *Diagnoses Related Groups* – Tese de Doutorado – Departamento de Epidemiologia – Faculdade de Saúde Pública – USP, São Paulo.
- Núcleo de Estudos de Políticas Públicas-NEPP-Unicamp 2001. *Síntese da Pesquisa Avaliação Qualitativa dos Programas Sociais Prioritários*, Cadernos 40, março, São Paulo.



- Paz J, Fávero M, Yazlle Rocha JS, Haddad N 1978. As malformações congênitas nas internações dos hospitais de Ribeirão Preto, SP, Brasil - *Rev. Saúde Pública*, **12**:356-366.
- Perot RT, Youdelman M 2001. Racial, Ethnic, and Primary Language Data Collection in the Health Care System: An Assessment of Federal Policies and Practices. Relatório, The Commonwealth Fund.
- Rezende CHAA 1990. *Estudo da morbi-mortalidade hospitalar de crianças menores de um ano, Ribeirão Preto*. Dissertação de Mestrado, FMRP – USP, São Paulo.
- Robinson J 2002. Age equality in health and social care. Disponível em: [http://www.kingsfund.org.uk/pdf/AgeEqualityHSC\\_IPPR.pdf](http://www.kingsfund.org.uk/pdf/AgeEqualityHSC_IPPR.pdf)
- Simões BJB, Yazlle Rocha JS, Forster AC 1990. Informações em saúde para o SUS: Sistema de Hospitalizações. In: I Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Campinas, São Paulo.
- Simões MJS, Simões BJB 1996. Morbimortalidade hospitalar por câncer. Ribeirão Preto (SP), 1990-1993 - *Medicina*, Ribeirão Preto, v.29, 291-300, São Paulo.
- Smedley BD, Stith AY, Nelson AR 2002. Unequal Treatment: Confronting Racial and Ethnic disparities in Health Care. Institute of Medicine, 2002. Disponível em: <http://www.nap.edu/books/030908265X/html>
- Souza RR, 2001, A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol 6, no.2, p.451-455.
- Viana ALD, Lima LD, Oliveira RG 2002. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto - lições do caso brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.7, no.3, p.493-507. ISSN 1413-8123
- Viana ALD, Heimann LS, Lima LD 2002. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2002, vol.18 supl, p.139-151. ISSN 0102-311X.
- Vieira-da-Silva LM, Hartz ZMA (Coords) 2002. Avaliação da descentralização da atenção à saúde, *Relatório Final. Resumo Executivo*. Ministério da Saúde — Secretaria de Políticas de Saúde, UFBA, Salvador.
- Yazlle Rocha JS 1978. Assistência médico-hospitalar em Ribeirão Preto (SP), 1972-1976. Considerações para uma política de assistência médico hospitalar. *Saúde em Debate*, n.6, p.38-41
- Yazlle Rocha JS 1980. Estudo da assistência médico-hospitalar num hospital universitário, 1970-1977. Tese de Livre Docência, FMRP – USP, São Paulo.
- Yazlle Rocha JS 1980. Padrões de morbidade hospitalar. Considerações para uma política de assistência médico-hospitalar. *Rev. Saúde Pública*, v.14, p. 56-84
- Yazlle Rocha JS 1974. Estudo da utilização de leitos hospitalares gerais no município de Ribeirão Preto (SP) pela população do município no ano de 1972 - *Tese de Doutorado*, FMRP – USP, São Paulo
- Yazlle Rocha JS, Jorge AO, Simões BJB, Vichi, FL 1989. Desigualdades entre pacientes hospitalizados por doenças cardíacas e vasculares cerebrais em localidade do estado de São Paulo (Brasil), 1986 - *Rev. Saúde Pública*, v. 23, p.374-381
- Yazlle Rocha JS, Silva GCM 2000. Hospitalizações por infarto agudo do miocárdio segundo o dia da semana: estudo retrospectivo. *Rev. Saúde Pública*; 34(2): 157-62
- Yazlle Rocha JS, Simões BJB 1999. Estudo da Assistência Hospitalar pública e privada em bases populacionais, 1986-1996 - *Rev. Saúde Pública*, 33(1): 44-54

- Yazlle Rocha JS, Simões BJB, Guedes GLM 1997. Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social - *Rev. Saúde Pública*, 31 (5): 479-87
- Yazlle Rocha JS, Simões BJB, Forster AC 1993. Estudos de demanda e utilização de serviços de saúde: uma experiência regional - *Medicina, Ribeirão Preto*, vol. 26, n. 4, p.636-642dx
- Yazlle Rocha JS, Simões BJB 1986. O Centro de Processamento de Dados Hospitalares (CPDH) do Departamento de Medicina Social da FMRP-USP: Relato de uma experiência - Seminário sobre Informações em Saúde: uma Proposta de Integração Interinstitucional - Univ. Nacional de Brasília, Brasília.
- Yazlle Rocha JS, Ortiz PC, Fung YT 1985. A incidência de cesáreas e a remuneração da assistência ao parto - *Cad. Saúde Pública*, R.J. v.1, p.457-466
- Yazlle MEHD, Yazlle Rocha JS, Mendes MC, Patta MC, Marcolin AC, Azevedo GD 2001. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto – *Rev Saúde Pública*;35(2): 202-206.