Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**Crítica a modelos de avaliação de desempenho de
sistemas de saúde**

Leonardo Carnut

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para obtenção
do Título de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Política, gestão e
saúde

Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

São Paulo

2015

Crítica a modelos de avaliação de desempenho de sistemas de saúde

Leonardo Carnut

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do Título de Doutor em Saúde Pública.

Área de Concentração: Política, gestão e saúde

Orientador: Prof. Dr. Paulo Capel Narvai

São Paulo

2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese.

DEDICATÓRIA

À Arlinda Rodrigues Carnut, 72 anos, minha avó, que infelizmente não está mais comigo para me prestigiar neste momento, mas que foi uma das maiores incentivadoras em minha vida seja por qualquer caminho que eu seguisse. Sei que estás em algum lugar olhando por mim e acompanhando meus passos;

À Kedma Clarice Carnut dos Santos, minha mãe responsável direta pelo meu crescimento pessoal. Admiro muito sua força, coragem para lutar e nunca desanimar. Exemplo de autoconfiança e determinação. Obrigado pelo apoio incondicional. Sempre!

À educação pública brasileira, que foi responsável por financiar minha educação universitária desde a graduação até o doutoramento. Espero ter contribuído a contento todo o investimento retornando à sociedade o produto intelectual desta tese. Que este material sirva para refletir os processos de gerenciamento realizados pelo Estado Brasileiro nos últimos 20 anos.

AGRADECIMENTOS

Pelo aceite, pela acolhida, pela confiança, pelo respeito, pela competência, pela ética e pela admiração que tenho... meus eternos agradecimentos ao *Professor Dr. Paulo Capel Narvai*. Exemplo de militância política e dedicação à ciência! Obrigado por tudo;

Ao *Professor Dr. Paulo Frazão* por aceitar a função de revisor independente na mestassíntese empreendida nesse trabalho, assim como pelas observações pertinentes no processo de qualificação desta tese;

Ao *José*, bibliotecário, que muito me ajudou na estratégia de busca da metassíntese empreendida por este trabalho, assim como a todos da biblioteca da FSP-USP;

Ao *Professor Dr. Celso Zilbovicius*, grande surpresa deste doutoramento. Obrigado pelas dicas, pelas ajudas, pelos interesses em comum e pela bela amizade;

Aos *Professores Drs. Áurea Ianni, Áquilas Mendes e Laura Feuerwerker* pelo apoio nos momentos de crise teórico-existencial;

Aos Professores que, ao sentar cinco minutos para tomar um despretenso café, nos davam uma aula sobre saúde pública. São eles: *Prof. Dr. Paulo Fortes (in memoriam)* e *Prof. Dr. Carlos Botazzo*;

À *Adrián Eduardo Sigot Bouvier*, pelo amor, pela compreensão, e, acima de tudo, pelo companheirismo. Te amo como toda minha alma.

Aos meus amigos de doutorado, especialmente: *Lúcia Guerra* (grande amiga de militância sanitária e articulações políticas), *Mateus Falcão* (grande amigo na ajuda “como viver na FSP sem se estressar”), *Juliana Faquim* (grande amiga de luta na defesa da saúde bucal e na nossa qualificação profissional), *Ana Maria Caldeira* (grande amiga, a cirurgiã-dentista mais cientista política que já conheci! Obrigado pelos grandes debates), *Ana Paula Plantier* (mostrando-me outros pontos de vista sobre debate social); *Andre Luzzi* (com sua visão internacionalista); *Emmanuela Amorim* (minha ex-roommate, muito me ensinou no exercício do conviver); *Liandro Lindner* (como fazer várias atividades ao mesmo tempo) aos colegas de pesquisa: *Cleber, César, Toninho, Maristela, Mariângela e Wander*; aos colegas de disciplinas: *Maria Izabel, Alexandre Weiler, Mariana Jansen e Eduardo Caron*. Enfim, obrigado por tudo.

Aos amigos “recifenses-paulistanos”, *Péricles Boumann* e *Salomão Cunha Lima* por não deixarem me sentir tão só na Paulicéia Desvairada.

E por último, mas não menos importante, aos professores da Universidade de Pernambuco (UPE), que suportaram minhas impaciências, administraram minhas ausências e, sobretudo, construímos juntos uma verdadeira amizade na luta cotidiana por uma educação pública de qualidade. São eles: *Profa. Arine Lyra, Prof. Luiz Gutenberg T.M. Coelho Jr., Profa. Tereza Cristina Correia, Prof. Fábio Andrey Araújo, Prof. Paulo Reis Melo Júnior e Profa. Hérika de Arruda Maurício*. Obrigado por tudo!

“Meus heróis morreram de overdose

Meus inimigos estão no poder

Ideologia

Eu quero uma pra viver”

Cazuza / Roberto Frejat

Carnut L. Crítica a modelos de avaliação de desempenho de sistemas de saúde [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2015.

RESUMO

Introdução – Em saúde, a lógica da nova gestão pública considera os serviços sanitários como atividades públicas não-estatais. Neste cenário, a função de ‘controle’ alcança a centralidade da discussão tanto na posição do Estado sobre o desempenho de suas ‘agências executoras’, assim como da população sobre o desempenho das ações do Estado. Sob esta conjuntura, a corrente da ‘gestão por desempenho em saúde’ tem defendido a ideia do uso de ‘modelos de avaliação do desempenho’ para mensurar (e comparar) os resultados advindos do trabalho realizado nos sistemas de saúde assim como servir de instrumento de controle do desempenho da administração pública pela sociedade civil. **Objetivo** – Logo, o objetivo dessa pesquisa foi elaborar uma crítica aos modelos para avaliação de desempenho de sistemas de saúde descortinando seu conteúdo ideológico, tanto quanto ferramenta de controle estatal interno quanto externo, tomando-se como base empírica a experiência do Índice de desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS). **Método** – Para tanto, utilizou-se de três momentos metodológicos distintos. Um primeiro, utilizando-se da técnica da revisão narrativa descrita por Rothers para condução de uma revisão crítica sobre gerencialismo; uma segunda, na qual foi utilizada a revisão sistemática da literatura sobre o tema ‘avaliação de desempenho de sistemas de saúde’ compatibilizando-a com uma metassíntese qualitativa do tipo ‘metassummarização’; e, uma terceira, na qual se usou uma metodologia qualiquantitativa, cuja captação dos discursos foi feita em sítios eletrônicos, portais, *blogs* e *webblogs* que versavam sobre o Índice de desempenho do SUS. Foi utilizado o método do Discurso do Sujeito Coletivo como forma de análise além dos conceitos de ‘individuação’ em Touraine e ‘sociedade civil’ em Gramsci como suporte interpretativo do objeto em questão. **Resultados** – Na revisão narrativa, o foco recaiu sobre a forma direta como a contratualização de resultados vem sendo expressos em avaliações de desempenho dos sistemas de saúde. Em contra-argumento, reforçou-se a atenção à complexidade do campo tanto do ponto de vista do intenso dissenso sobre termos fundamentais assim como dos problemas metodológicos no estudo dos sistemas

de saúde. Na metassumarização, do total de artigos (n=32), 23 artigos (71,8%) não apresentam uma definição sobre “desempenho”. Dentre os conceitos subsidiários mais frequentes que compõem a ideia desempenho estão o conceito de ‘eficiência’ (11,9%), ‘qualidade’ (9,5%) e ‘efetividade’ (7,1%). O ‘dashboard’ foi o modelo de avaliação de desempenho mais frequente, sendo encontrado em 35,7% estudos. Apenas 25% dos estudos revisados apresentaram o modelo aplicado aos sistemas de saúde. Na fase qualiquantitativa, foram obtidos 215 discursos, categorizados em catorze ideias centrais. Dentre as ideias mais frequentes estavam as ‘comparações indevidas’ totalizando 23,04% do total (50); a ‘avaliação boa’ do SUS, 13,36% (29); e a ‘críticas ao método/índice’ totalizando 11,52% do total (25). **Conclusões** – Pôde-se concluir que, em geral, a comunidade científica precisa reorientar o tema, pois longe de se configurarem em ferramentas de gestão úteis à compreensão dos sistemas de saúde, esses modelos apresentam insuficiências que lhes comprometem a potência avaliativa sistêmica. Quando se observa a expressão empírica desse modelo no Brasil com o uso do IDSUS, percebe-se que a opinião pública sobre o desempenho se divide em um polo hegemônico e majoritário que torna a avaliação rasa e outro, minoritário, que busca requalificar o debate sobre a avaliação de desempenho. Nesse contexto, pode-se afirmar também que o controle da sociedade civil se fragiliza com o uso deste tipo de instrumento como suposto gerador de *accountability*.

DESCRITORES: Sistemas de Saúde; Avaliação em Saúde; Pesquisa Qualitativa; Sistema Único de Saúde; Opinião Pública; Ciência Política.

Carnut L. Critical to performance evaluation models of health systems [PhD thesis]. São Paulo: School of Public Health, University of São Paulo, 2015.

ABSTRACT

Introduction – In health, the logic of new public management considers the health services as non-state activities. Thus, the role of 'control' reaches the centrality of discussion which the control happens with the state's position on the performance over their 'executing agencies', in another hand, the civil society controls the state through monitoring of the performance of state actions. Under this scenario, the "management by health performance" has defended the idea of using 'performance evaluation models' to measure (and compare) the results from work carried out in health systems as well as serve as an instrument of performance monitoring of public administration by civil society. **Objective** – Therefore, the aim of this research was to develop a critic of performance evaluation models of health systems deconstructing its ideological content as much as external and internal state control tool, taking as empirical basis the experience of Performance Index of Unified Health System (PIUHS). **Method** – For this, we used three different methodological moments. Firstly, it was used a narrative review described by Rothers to conduct a critical review on the subject; secondly, it was used the systematic review of literature on the topic 'evaluation of health system performance' making it compatible with a qualitative meta-synthesis of type 'metassummarization'; and thirdly, it was used a qualiquantitative methodology, which raised the speeches was made in electronic sites, portals, blogs and web blogs that focused on this Performance Index. It used the Collective Subject Discourse method as a form of analysis beyond the concepts of 'individuation' in Touraine and 'civil society' in Gramsci as an interpretative support of the object under investigation. **Results** – In the narrative review, the focus was on how the direct contracting results have been expressed in the performance of health systems evaluations. Counter-argument was reinforced attention to the complexity of the field from the point of view of the intense disagreement on key terms as well as the methodological problems in the study of health systems. In metassummarization, the total number of articles (n = 32), 23 articles (71.8%) did not have a definition of "performance". Among the most frequent subsidiary concepts that make up the performance idea is the concept of 'efficiency'

(11.9%), 'quality' (9.5%) and 'effectiveness' (7.1%). The 'dashboard' was the most common performance evaluation model, being found in 35.7% studies. Only 25% of the studies reviewed showed the model applied to health systems. In qualitative phase were obtained 215 speeches, categorized into fourteen core ideas. Among the most common ideas were the 'undue comparisons' totaling 23.04% of the total (50); a 'good rating of National Health System', 13.36% (29); and 'criticism of the method / index' totaling 11.52% of the total (25). **Conclusions** – It could be concluded that, in general, the scientific community needs to reorient the subject because it is far from being configured into useful management tools for the understanding of health systems, these models have shortcomings that compromise their systemic evaluative power. When analyzing the empirical expression of this model in Brazil using the PIUHS, it is clear that public opinion on the performance is divided into a hegemonic and majority pole that makes the shallow and fragile evaluation and another minority that seeks to reclassify the debate on the evaluation of performance. In this context, one can also say that the control of civil society is weakened with the use of this instrument as alleged accountability generator.

KEYWORDS: Health Systems, Health Evaluation, Qualitative Research, Unified Health System, Political Science.

ÍNDICE

<i>Apresentação</i>	1

PARTE I – CONTEXTO E CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

1	Introdução	4
2	Objetivos	6
3	Método	7
3.1	Primeira fase	7
3.2	Segunda fase	13
3.3	Considerações éticas	17
3.4	Resultados	17
3.5	Normas de apresentação de trabalhos acadêmicos	18

PARTE II – PRODUTOS DA PESQUISA

4	Produtos	20
4.1	Artigo 1: Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira	21
4.2	Artigo 2: Modelos de avaliação de desempenho de sistemas de saúde: uma metassumarização	44
4.3	Artigo 3: Avaliação de desempenho de sistemas de saúde pela ótica dos interessados: o caso do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde no Brasil	80

PARTE III – CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO E OS RESULTADOS DA PESQUISA

5	Processo de pesquisa	125

Anexos

Anexo 1:	Página inicial do currículo Lattes do Autor	128
Anexo 2:	Página inicial do currículo Lattes do Orientador	129
Anexo 3:	Instruções para os autores- Revista Saúde e Sociedade	130

ÍNDICE DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 –	Indagação de refinamento da pergunta de pesquisa e exeqüibilidade da revisão sistemática	09
Figura 1 –	Identificação do itens-chave da pergunta de pesquisa proposta para a primeira fase	10
Figura 2 –	Intersecção das estratégias de busca para cada um dos itens-chave da pergunta de pesquisa	10
Figura 3 –	Fluxograma das etapas de realização da seleção dos estudos identificados	12
Figura 4 –	Pergunta norteadora da captação de dados secundários (discurso dos sujeitos) sobre a avaliação de desempenho no SUS	15
Quadro 2 –	Ambientes virtuais identificados como locais em potencial para a captação de dados secundários (discursos dos sujeitos) sobre a avaliação de desempenho no SUS	15

APRESENTAÇÃO

O Estado, enquanto ideia genérica de organização da vida social, através do exercício do poder de coerção e arbitragem dos conflitos entre humanos, é um dos principais produtos intelectuais dos primórdios da teoria política que vem se (re)desenhando ao longo de décadas nas sociedades em todo o mundo.

A administração pública tida como a operacionalização das ações do Estado (tanto de intervenção quanto da sua omissão) vem sendo reconfigurada a luz do que convencionou-se chamar, de modo abrangente, de gerencialismo (ou *new public management*). Essa nova forma de administrar a coisa pública adentrou o Brasil na década de '90, fazendo parte, oficialmente, do arcabouço jurídico-institucional batizado pelo nome de 'Reforma do Estado'.

A gestão do sistema de saúde brasileiro, compreendido como responsabilidade estatal (conforme disposto no art. 196 ao 200 da Constituição Federal), passou a estar submetido as modalidades e ferramentas de gestão incutidas no serviço público pelo gerencialismo, muito baseado na promessa da 'eficiência' e 'maior proximidade com o cidadão'.

Dentre as diversas formas e possibilidades de expressão material da lógica gerencialista no Sistema Único de Saúde (SUS), uma vem se tornando alvo discussões no Brasil e no mundo: a Avaliação de Desempenho. Devido ao seu conteúdo ser baseado em forte dissenso técnico e por representar um instrumento gerencial que remete a administração de empresas privadas, a avaliação de desempenho tem se apresentado com um verdadeiro 'campo minado' do saber em saúde pública.

Assim, partindo-se da posição política de defesa do direito à saúde como um direito social inalienável e da coerência filosófica para com os princípios e diretrizes que constroem o Sistema Único de Saúde, é que este estudo se propôs a analisar criticamente a ideologia presente na construção dos modelos de avaliação de desempenho para sistemas de saúde com foco no atual modelo preconizado para o Sistema Único de Saúde chamado Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS).

O IDSUS foi criado em 2012 pelo Ministério da Saúde com a proposta inicial de servir como instrumento que mediria o desempenho do sistema de saúde, em diferentes escalas geopolíticas para servir como forma de comparação, premiação e controle social. Contudo, após a primeira avaliação realizada em março do mesmo ano, o instrumento gerou diversas controvérsias na sociedade civil sobre sua aplicabilidade, e quiçá, sobre sua pertinência.

Assim, esse trabalho de pesquisa se debruçou sobre este tema percorrendo-o em três momentos distintos: um primeiro, tenta narrar as bases político-econômicas e sócio-históricas relacionadas à formulação do Estado gerencial, sua relação com a forma administrativa privada e suas consequências no âmbito da gestão dos serviços de saúde; uma segunda que se esforça na sistematização teórica sobre modelos de avaliação de desempenho na literatura científica mundial e, uma terceira que recolhe o discurso dos sujeitos interessados que compõem a sociedade civil sobre o IDSUS enquanto instrumento gerencial que é o símbolo da avaliação de desempenho de sistemas de saúde no SUS e que opera na lógica do paradigma gerencialista.

Logo, este trabalho é apresentado em três partes. A primeira, denominada “Contexto e caracterização da pesquisa”, aborda uma breve introdução à problemática de pesquisa e bem como detalha os objetivos e o percurso metodológico eleito pelo autor em sua aproximação com o objeto. A segunda parte contempla a apresentação dos resultados do projeto de pesquisa de doutorado, representada por três artigos que serão submetidos à publicação em periódicos. A terceira e última parte discorre sobre o desenvolvimento do processo de pesquisa, assim como suas implicações para saúde pública e para a proposição de uma agenda de pesquisa na área.

PARTE I

CONTEXTO E CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

1 INTRODUÇÃO

Sob a égide de um novo paradigma de gerenciamento dos recursos públicos (BRESSER-PEREIRA, 1996; BEHN, 1998; PACHECO, 2004; GARCES, SILVEIRA, 2002), a questão dos “resultados” aparece como forma de viabilizar a solução do problema de uma máquina pública complexa, burocrática e processualista (BEHN, 1998; GARCES, SILVEIRA, 2002). Assim, a implementação de modelos de gestão pública baseada em resultados ganha notoriedade mundial e alcança a administração pública brasileira com a promessa de maior agilidade na prestação de serviços ao “consumidor-cidadão”.

A organização das políticas públicas nos diversos setores do Estado contemporâneo vem incorporando a nova filosofia de gestão em seus processos de trabalho. Logo, vem se exigindo cada vez mais destes setores o alcance de metas que garantam um certo grau de “desempenho” na execução dessas políticas através de aferições de resultados parciais e focais (SMITH, 2002), em nome de uma estratégia (TOURAINÉ, 2002) que por vezes distancia os resultados do que um “desempenho” venha, porventura, significar (PROCÓPIO, 2010; JÚNIOR, RUIZ, CORRÊA, 2005; REIFSCHNEIDER 2008; MOURA, 2010; RINK, 2010; LING, 1977; IEA, 2009; PORTO, CREPE, 2010; CROW, 2010; HILL, 2001; MULLER, 2010; LOURENZANI, 2010; JESUS, 2010).

No setor saúde a tendência não é diferente e vem se materializando através de indicadores de gestão, índices de desempenho e programas de mensuração de qualidade (ANDRADE, 2002; BRASIL, 2011b) que tentam atribuir ao modelo a responsabilidade de captar a complexidade dos serviços sem, contudo, desenvolver as características que um modelo de avaliação, assentado em uma definição clara (e não estratégica) de desempenho, possa sugerir.

Quando se trata de objetos complexos como a mensuração de desempenho de “sistemas de saúde” (ROEMER, 1991; MENDES, 2002; CHAMPAGNE, CONTANDRIOPOULOS, 2005; CONILL, 2006; LOBATO, GIOVANELLA, 2008) o problema não recai apenas no quesito paradigmático-conceitual, mas adentra a seara metodológica (HOFFMAN, 2012; SMITH, PAPANICOLAS, 2011). O próprio entendimento de “sistemas de saúde” configura uma abordagem metodológica

específica que vai levar em consideração os indicadores que estão em consonância com o que se entende por esses sistemas (CHAMPAGNE, CONTANDRIOPOULOS, 2005).

Além disso, a realidade de sistemas tão díspares espalhados pelo mundo aumenta a complexidade metodológica desse tipo de empreitada tornando questionável, por vezes, a comparabilidade dos resultados. Ainda, como ferramenta de gestão (TANAKA, TAMAKI, 2012; TANAKA, TAMAKI, FELISBERTO, 2012), os modelos de avaliação de desempenho quando aplicados aos sistemas de saúde, devem deter todos os atributos que modelos de avaliação de desempenho desenvolvidos para níveis organizacionais detêm (LAUZEL, CIBERT, 1959; JÚNIOR, RUIZ, CORRÊA, 2005). Quando isso não ocorre, eles não se configuram como instrumentos de gestão que permitem visões globais e comparativas, estabelecem relações de causa-efeito e ajudam na antecipação necessária, desta forma desqualificando a tomada de decisão.

Este é o contexto no qual o presente estudo se insere, com a perspectiva de criticar os modelos de avaliação de desempenho de sistemas de saúde que, dotados de uma lógica gerencialista em sua constituição, renegam aspectos importantes da ontologia do setor saúde e geram análises que, de longe, representam a dinâmica destes sistemas.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar criticamente a ideologia presente na utilização dos modelos de avaliação de desempenho para sistemas de saúde com foco no atual modelo de avaliação de desempenho preconizado para o Sistema Único de Saúde (Índice de Desempenho do SUS – IDSUS).

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Revisar os estudos relativos ao papel do gerencialismo como forma operacional do Estado Regulador e reunir o arcabouço teórico que contextualiza a utilização da gestão por desempenho como modelo de gestão pública;
- b) Revisar os estudos relativos à avaliação de desempenho de sistemas de saúde na literatura científica vigente através da captação destes nas bases de dados pertinentes sintetizando o conteúdo dos estudos selecionados em busca das teorias que estejam relacionadas à avaliação de desempenho;
- b) Analisar o discurso dos atores sociais envolvidos na militância sanitária a respeito da implantação da avaliação de desempenho no Sistema Único de Saúde (SUS), tecendo a crítica ideológica da utilização deste tipo de modelos de avaliação com foco no Índice de avaliação de Desempenho (IDSUS).

3 MÉTODO

A hipótese do estudo, tal como formulada, previu diversas possibilidades metodológicas de abordagem. Nesse estudo, o processo de trabalho foi conduzido por duas etapas distintas. Uma primeira, em que se realizou uma densa revisão de literatura de forma sistematizada cujo objetivo foi obter subsídios teóricos sobre as abordagens organizacionais voltadas para o tema avaliação de desempenho nos serviços e sistemas de saúde. Na segunda, pretendeu-se captar o discurso dos atores sociais (entendidos aqui como os “interessados” do processo avaliativo de desempenho) para levar em consideração as críticas e sugestões em relação à avaliação de desempenho no SUS e o instrumento desenvolvido com este fim. Por último, partiu-se para uma crítica da ideologia constitutiva dos modelos de avaliação de desempenho específicos para sistemas de saúde. As fases do estudo podem ser observadas pormenorizadamente nas seções a seguir.

3.1 PRIMEIRA FASE

3.1.1 Tipologia do estudo

Na primeira fase deste estudo fez-se uma revisão sistemática da literatura sobre o tema “avaliação de desempenho em sistemas de saúde”. É sabido que processos de revisões sistemáticas clássicas, padrão Cochrane, foram concebidas inicialmente para revisar questões de ordem eminentemente clínicas (COUTINHO, 2005; MARINHO, 2006). Como nesta revisão, não se buscou captar evidências de ordem clínica e sim sentidos, significados e teorias a respeito de um tema específico, escolheu-se por mesclar a metodologia da revisão sistemática padrão Cochrane com a metassíntese qualitativa. Como propõem Sandelowski e Barroso (2012), a metassíntese qualitativa é uma integração interpretativa de resultados qualitativos que são, em si mesmos, a síntese interpretativa de dados, incluindo fenomenologia, etnografia, teoria fundamentada nos dados, bem como outras descrições, coerentes e integradas, ou explicações de

determinados fenômenos, eventos, ou de casos que são as marcas características da pesquisa qualitativa. Logo, a primeira fase foi subdividida em duas partes: a) a busca identificação e sistematização dos estudos relacionados ao tema e b) análise e síntese dos estudos incluídos.

3.1.2 Busca, identificação e sistematização dos estudos relacionados ao tema

Nesta parte, usou-se a metodologia de revisões sistemáticas padrão Cochrane até onde esta foi possível. Pelo objeto dessa fase do estudo (captação de elementos teóricos sobre avaliação de desempenho organizacional em saúde), previu-se que esta parte iria desde a organização da busca, identificação dos estudos selecionados, até a sistematização dos estudos incluídos na revisão. Essa parte apresenta a seguinte sequência segundo Clarke (2002):

3.1.2.1 Identificação da necessidade de revisão

Toda pesquisa é fruto de uma pergunta científica. Em qualquer estudo, inclusive os de revisão (CLARKE, 2002), esta pergunta precisa estar bem definida. Para o refinamento da pergunta, o Centro Cochrane do Brasil (2012) sugere algumas indagações como pode ser visto no Quadro 1 abaixo:

Indagações	Pergunta de Pesquisa: <i>“O que a literatura mundial dispõe sobre avaliação de desempenho de sistemas e serviços de saúde ?”</i>
A pergunta é relevante?	Sim. Conill (2006) coloca que poucos são os mecanismos para avaliar desempenho de sistemas existentes. Giovanella e Lobato (2008) explicitam que o desempenho é um fenômeno importante mas pouco medido devido à complexidade inerente a esse processo em sistemas de saúde.
A pergunta é realística?	Sim. Teoricamente, Hoffman (2012) afirmam que levando-se em consideração alguns desafios intrínsecos ao processo de medição de desempenho de sistemas de saúde, isso é possível. Champagne (2005) e

	Smith e Papanicolas (2012) colocam o mesmo.
O assunto é amplo ou limitado?	Em se tratando de “serviços de saúde”, o assunto é amplo (SMITH, PAPANICOLAS, 2012), em se tratando se “sistemas de saúde” o assunto é restrito.
Espera-se fazer uma Revisão Sistemática com ou sem metanálise?	Sem metanálise.

Quadro 1. Indagações de refinamento da pergunta de pesquisa e exequibilidade da revisão sistemática.

Na formulação da pergunta existem itens-chave que determinam critérios para seleção dos estudos da revisão sistemática e que são fundamentais para a elaboração da pergunta de pesquisa (COOPER, 1984; RICHARDSON et al, 1995). São eles: a) os participantes (situação clínica); b) as intervenções (comparações feitas entre os grupos); c) os desfechos clínicos de interesse (variáveis estudadas); d) o tipo de estudo em questão (CENTRO COCHRANE DO BRASIL, 2012). No entanto, a precisão da descrição de cada um destes itens pode variar de revisão para revisão (CENTRO COCHRANE DO BRASIL, 2012), por isso, nesse estudo o autor seguiu a adaptação para revisão conceitual realizada por Jardim et al (2007). Nesses estudos, há também, conforme protocolo Cochrane, a identificação de itens-chave na pergunta de pesquisa que guiarão a escolha dos descritores para busca. Esses itens-chave não estão relacionados com os critérios de um ensaio clínico, no entanto, referem-se a pontos centrais para busca sistemática, como podemos ver na Figura 1 abaixo:

Fonte: desenvolvido a partir da Cochrane Collaboration (2009).

Figura 1. Identificação dos itens-chave da pergunta de pesquisa proposta para a primeira fase.

As estratégias de busca para os itens-chave (amplitude, objeto e qualificação do objeto) foram elaboradas através dos seus sinônimos e descritores associados. Assim, obteve-se um grupo de estudos localizados pela estratégia da amplitude; um segundo grupo de estudos localizados pela estratégia do objeto e um terceiro grupo de estudos localizado pela estratégia da qualificação do objeto como pode ser visto na Figura 2:

Fonte: desenvolvido a partir da Cochrane Collaboration (2009).

Figura 2. Intersecção das estratégias de busca para cada um dos itens-chave da pergunta de pesquisa.

3.1.2.2 Identificação da literatura

O processo de identificação de estudos foi uma busca tão ampla quanto possível. O objetivo foi garantir que o maior número possível de estudos (publicados, não publicados e em andamento) fossem considerados na seleção. A técnica de identificação de estudos em revisões sistemáticas é tradicionalmente baseada em cinco fontes de identificação de estudos primários: a) grupo Cochrane de revisão; b) lista de referências de estudos selecionados; c) comunicação pessoal; d) bases de dados eletrônicas; e, e) busca manual. No entanto, dadas as características do objeto desta revisão, foram utilizados apenas os itens b), d) e e).

3.1.2.3 Seleção dos estudos

A seleção dos estudos foi feita observando-se os itens-chaves da pergunta de pesquisa. Os idiomas incluídos foram o português, inglês e espanhol. A seleção foi conduzida por três revisores, através de uma primeira reunião consensual, processada em duas fases: a) avaliação dos títulos e dos resumos de todos os estudos identificados e b) avaliação do texto completo (Figura 3).

Fonte: desenvolvido a partir da Cochrane Collaboration (2009).

Figura 3. Fluxograma das etapas de realização da seleção dos estudos.

3.1.3 Análise e síntese dos estudos selecionados na revisão

Nesta segunda parte, a metodologia da metassíntese qualitativa se iniciou. Encontram-se descritas na literatura três estratégias para a síntese de resultados de estudos qualitativos. A primeira envolve a integração de resultados de múltiplos caminhos desenvolvidos em um programa de pesquisa por um mesmo investigador(es). A segunda consiste na síntese dos resultados de pesquisas de diferentes investigadores, integradas por técnicas como análise comparativa qualitativa, tradução recíproca de metáforas chave (categorizando a informação obtida dos dados individuais em “variáveis-chave”), análise de conteúdo, entre outras. A terceira envolve o uso de métodos quantitativos para reunir resultados qualitativos de diferentes estudos, de modo a transformá-los em dados passíveis de análise estatística (metassumariação) (LOPES, FRACOLLI, 2008). Nesse estudo optou-se pela metassumariação como forma de síntese qualitativa. Em estudos de metassíntese, a depender do foco, é importante que os estudos selecionados sejam analisados dentro de padrões de qualidade (SANDELOWSKI, DOCHERTY, EMDEN, 1997). A análise de alguns critérios de qualidade como: vivacidade descritiva,

precisão analítica, relevância heurística e congruência metodológica são recomendados. Alguns autores (LOPES, FRACOLLI, 2008) sugerem métodos padronizados como o CASP (Critical Appraisal Skills Programme) por exemplo. Nesse estudo, por se tratar de uma revisão qualitativa conceitual, aplicou-se como filtro de qualidade a vivacidade descritiva dos conceitos identificados nos estudos. Este processo foi conduzido em uma segunda reunião consensual, onde, de fato, obteve-se os estudos incluídos na revisão. No processo de metassumariação, os estudos incluídos foram lidos na íntegra e destes foram extraídos os principais conceitos (contrastes e semelhanças), modelos de avaliação de desempenho (organizacionais e sistêmicos), características a serem levadas em consideração na análise de sistemas de saúde. Após essa identificação, os dados foram qualificados e quantificados a depender do número de estudos finais incluídos na revisão. Por fim, obteve-se a sumarização dos dados relativos à síntese qualitativa de seus significados.

3.2 SEGUNDA FASE

3.2.1 Tipologia do estudo

A segunda fase deste estudo teve como objetivo analisar o discurso dos sujeitos considerados ‘audiência’ (TANAKA, TAMAKI, 2012) do processo de avaliação de desempenho do sistema único de saúde através da análise dos discursos desses sujeitos sobre a ferramenta de avaliação de desempenho chamada “Índice de Desempenho do SUS” (IDSUS) lançado em março de 2012 pelo governo federal. Para tanto utilizou-se uma metodologia qualiquantitativa, do ponto de vista da abordagem do problema de pesquisa (TURATO, 2003). Quanto ao procedimento de coleta de dados, esta foi classificada como uma coleta de dados secundários. Esses dados tiveram como técnica de coleta a captação dos discursos que os sujeitos emitiram e publicizaram em âmbito virtual e como técnica de análise dos dados utilizou-se o método do Discurso do Sujeito Coletivo (LEFÈVRE et al 2002). Na tentativa de sistematizar a variada gama de sujeitos que abordavam o tema, tentou-se agrupá-los em indivíduos (civis, políticos, acadêmicos etc.) e grupos de interesse (associações, grupos representantes da sociedade civil,

jornais, gestores etc.) Esta fase contou com três subetapas a serem consideradas: a) as considerações teóricas a respeito do objeto e da análise dos dados; b) a técnica de coleta de dados e c) sistematização e análise dos dados.

3.2.2 Considerações teóricas a respeito do objeto e da análise dos dados

Essa fase da pesquisa apresentou dois elementos teóricos que são fundamentais na análise proposta. Um deles foi o objeto dessa análise e outro foi a corrente teórica que se utilizou para analisar o material que foi objeto de discussão. Em se tratando do objeto, o IDSUS foi o alvo em questão. Esse instrumento/ferramenta é a materialização da avaliação de desempenho no âmbito do Sistema Único de Saúde. Segundo documentação oficial (BRASIL, 2012), o IDSUS é uma metodologia de avaliação de desempenho, desenvolvida por uma equipe multiprofissional do Ministério da Saúde, livremente inspirado no Projeto de Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS) liderado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e coordenado pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Nesta, a análise de alguns indicadores divididos basicamente em dois grupos (acesso e efetividade) sumarizam o desempenho do SUS através da formulação de um índice de desempenho caracterizado como uma medida síntese. Neste momento, foram levantados documentos oficiais, legislação ministerial e relatórios de pesquisa do grupo que trabalhou na sua concepção com a finalidade de melhor caracterizar o IDSUS. Em se tratando do arcabouço teórico para a análise, utilizou-se para esse fim o pensamento sociológico de Alain Touraine (2000) sobre a construção de uma nova retórica do conceito de “individuação”. Nessa perspectiva, a intenção residiu em analisar como os diferentes atores interessados discursam sobre a avaliação de desempenho no Sistema Único de Saúde e como as múltiplas visões sobre o objeto podem reforçar ou não a manutenção de ideologias sobre o instrumento.

3.2.3 Técnica de coleta de dados

Foi atribuída uma pergunta norteadora com base na técnica de entrevistas semi-estruturadas (BRITTEN, 2009) também chamadas de semipadronizadas (FLICK, 2009). Essa pergunta serviu de ‘filtro’ para identificar os discursos que se identificam com a pergunta norteadora formulada, que pode ser vista na Figura 4 abaixo:

“O que você pensa da avaliação de desempenho promovida pelo IDSUS no Sistema Único de Saúde (SUS)?”

Figura 4. Pergunta norteadora da captação de dados secundários (discursos dos sujeitos) sobre a avaliação de desempenho no SUS.

Daí, a captação dos dados foi realizada através da identificação dos discursos dos sujeitos com a pergunta norteadora que foram publicizados em ambientes virtuais relativos ao tema. Para ajudar no mapeamento desses ambientes foram utilizadas duas estratégias: 1) a identificação das redes sociais públicas e de largo alcance que se consideravam fóruns de discussão sobre o tema e 2) a identificação de sítios na internet, portais, blogs e webblogs que versam sobre o assunto através do buscador de informação Google. Para o reconhecimento desses dois grandes grupos de ambientes virtuais alvos em potencial, foi utilizada a palavra-chave “IDSUS” como metodologia de busca como explicitado no Quadro 2 abaixo:

Método de busca	Ambientes identificados	
	Redes sociais	Outros ambientes virtuais
	Facebook	Sites
	Twitter	Portais
	Orkut	Blogs
		Webblogs

Quadro 2. Ambientes virtuais identificados como locais em potencial para captação de dados secundários (discursos dos sujeitos) sobre a avaliação de desempenho no SUS.

A partir daí, os discursos relativos ao IDSUS foram coletados de forma secundária e só se aplicaram ao estudo aqueles que se encontraram em consonância com a pergunta norteadora referida na Figura 4, isto é se encaixariam como uma possível resposta esta pergunta. A coleta desses discursos teve com limite temporal o prazo de 120 dias contados a partir da divulgação do IDSUS, ocorrida em março de 2012.

3.2.4 Sistematização e análise dos dados

Após a captação dos discursos relativos ao tema em questão, o material foi organizado e sistematizado pelo Software QualiquantiSoft para fins de utilização do método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). É uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos. Tendo como fundamento a Teoria da Representação Social, descrita por Serge Moscovici e seus pressupostos sociológicos, a proposta consiste basicamente em analisar o material verbal coletado, extraído de cada um dos depoimentos. O Discurso do Sujeito Coletivo é uma modalidade de apresentação de resultados de pesquisas qualitativas, que tem depoimentos como matéria prima, sob a forma de um ou vários discursos-síntese escritos na primeira pessoa do singular, expediente que visa expressar o pensamento de uma coletividade, como se esta coletividade fosse o emissor de um discurso; trata-se, portanto, de uma pesquisa de opinião. Esta técnica consiste em selecionar, de cada resposta individual a uma questão, as Expressões-Chave, que são trechos mais significativos destas respostas. A essas Expressões Chaves correspondem Ideias Centrais que são a síntese do conteúdo discursivo manifestado nas Expressões Chaves. Com o material das Expressões Chaves das Ideias Centrais se constroem discursos-síntese, na primeira pessoa do singular, que são os DSC, nos quais os pensamentos de um grupo ou coletividade aparecem como se fossem um discurso individual (LEFÈVRE, LEFÈVRE, 2003).

3.2.5 Suporte interpretativo para crítica à ideologia

Este momento se focou na crítica ao Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) compreendido como o modelo de avaliação de desempenho de sistemas de saúde vigente no país. De posse dos elementos identificados nas fases anteriores, coube agora, a interpretações do caráter ideológico manifesto na materialidade do que o modelo de avaliação de desempenho foi capaz de promover do ponto de vistas do atores interessados. Assim, nesse momento, utilizou uma matriz marxista de pensamento social apoiada no conceito de ‘sociedade civil’ trazido por Gramsci (BOBBIO, 1987) assim como o uso da categoria analítica pós-moderna chamada de ‘individuação’ cunhada por Alain Touraine (2000). A primeira categoria analítica permite compreender a conformação do poder ideológico que se germina no seio da sociedade civil e a segunda, demonstra a repulsa do sujeito ao projeto político coletivo, trazendo à baila a dificuldade inerente no cenário pós-moderno da participação, e portanto, controle da ação do Estado. Assim essas categorias ajudaram na interpretação sobre como os atores interessados e se configuram perante a ideologia erigida por este tipo de instrumento gerencial assim como quais reflexões puderam ser feitas do cenário atual.

3.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Essa pesquisa trabalhará com dados secundários de uso público. Segundo a resolução 196/96 CNS, para a manipulação de dados de domínio público não há necessidade de apreciação por comitê de ética em pesquisa (CEP). Para aqueles dados incluídos no processo de metassíntese, só serão considerados aqueles estudos cuja apreciação ética foi considerada na condução do estudo conforme será verificado no corpo do manuscrito na fase de leitura dos textos completos.

3.4 RESULTADOS

Os resultados principais da pesquisa foram apresentados, sinteticamente, no formato de três artigos científicos na Parte II desta tese, denominada “Produto da pesquisa”.

3.5 NORMAS DE APRESENTAÇÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Esta tese foi elaborada de acordo com as normas de apresentação de trabalhos acadêmicos do Guia de Apresentação de Teses da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (CUENCA et al., 2006). Os formatos de referências foram elaborados de acordo com os preconizados pelo Comitê Internacional de Revistas Biomédicas, conhecido por Grupo de Vancouver, versão 2005, acrescido das adaptações sugeridas no referido Guia.

A estrutura dos manuscritos apresentados na segunda parte desta tese foi redigida de acordo com as orientações das revistas científicas a que serão submetidos para publicação (Anexo 3). Desta forma, têm diferenças de formatação, em relação às demais partes da tese, notadamente em relação a citações e referências.

PARTE II

PRODUTOS DA PESQUISA

4 PRODUTOS

Nesta parte da tese, apresentam-se os principais produtos acadêmicos obtidos com o seu desenvolvimento. São três artigos, todos originais, redigidos em português e que serão, oportunamente, submetidos à publicação em periódicos editados no Brasil ou exterior

4.1 ARTIGO 1: AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE SISTEMAS DE SAÚDE E GERENCIALISMO NA GESTÃO PÚBLICA BRASILEIRA

Resumo

Em saúde, a lógica da nova gestão pública considera os serviços sanitários como atividades públicas não-estatais, portanto executáveis por entes privados. Neste cenário, a função de ‘controle’ alcança o prosclênio na discussão sobre a consolidação do Estado Regulador. Assim, este estudo se utilizou da técnica da revisão narrativa descrita por Rothers para tecer uma crítica inicial ao conteúdo em que o controle administrativo do Estado vem se delineando no setor saúde. O foco recaiu sobre a forma direta como a contratualização de resultados vem sendo expressos em avaliações de desempenho dos sistemas de saúde. Em contra-argumento, reforça-se a atenção à complexidade do campo tanto do ponto de vista do intenso dissenso sobre termos fundamentais assim como dos problemas metodológicos no estudo dos sistemas de saúde. Além disso, foram emitidos comentários sobre quais as perspectivas de atuação para além da função controle e a necessidade sobre a comunidade científica em reorientar o tema.

Descritores: Sistema de Saúde. Avaliação em Saúde. Estado. Saúde Pública. Sistema Único de Saúde.

Abstract

In health, the logic of the new public management considers the health services as non-state activities therefore executable by private entities. In this scenario, the function of 'control' reaches the proscenium in the discussion on the consolidation of the Regulatory State. Thus, this study used the technique of narrative review described by Rothers for making an initial critique of the content in the administrative control of the State has been outlining in the health sector. The focus was on how the direct way of contracting of results has been expressed in performance evaluations of health systems. In counterargument, it was reinforced the attention to the complexity of the field from the point of view of the intense disagreement on key terms as well as the methodological problems in the study of health systems. Furthermore, it was made out comments on the

outlook for action beyond the control function and the need for the scientific community to refocus the topic.

Key-words: Health System. Health Evaluation. State. Public Health. Unified Health System.

Introdução

As transformações no Estado contemporâneo têm levado, no Ocidente, à hegemonia do denominado Estado Regulador, cuja influência vem se espalhando por todo o mundo, no contexto histórico da globalização. Com a notável exceção de Cuba, o predomínio desse tipo de Estado, moldado pelas relações de produção capitalistas, consolida-se no período histórico de crise profunda do modelo de Estado neoliberal nos Estados Unidos e na Europa, nas primeiras décadas do século XXI, e produz efeitos até mesmo na China que, sob regime político de partido único, vem lenta, gradativa e firmemente abrindo a segmentos empresariais privados a possibilidade de empreender e produzir sob controle estatal. No Brasil, essa característica do Estado, ademais dos seus efeitos sobre a área econômica, repercute de modo importante também sobre os processos de definição e implementação de políticas sociais, incluindo a saúde pública¹.

O pressuposto, nesse tipo de Estado Regulador, é que às instituições públicas incumbe, essencialmente, tomar as decisões sobre as políticas e programas de saúde e executar as ações pertinentes apenas em áreas de atuação nas quais sejam indelegáveis, como as de vigilância epidemiológica e sanitária. O instrumento geral criado pelo Estado para regular as ações desenvolvidas por particulares, com ou sem finalidade lucrativa, é a agência reguladora. No âmbito do sistema público de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS) convive com duas agências reguladoras, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), e com 27 secretarias estaduais de saúde e cerca de 5.600 secretarias e departamentos municipais de saúde, as quais, em boa parte operam no setor saúde como se fossem agências reguladoras no seu âmbito federativo, uma vez que, a par de executarem parte dos serviços sob administração direta mantêm, e ampliam em ritmo acelerado, parcerias sob formatos variados com organizações sociais e empresas privadas para a prestação de

ações e serviços de saúde. Buscam dessa forma atribuir-se papel apenas regulador na institucionalidade da saúde no País.

Neste contexto volta a ganhar relevo, no Brasil e no exterior, o papel que o processo de planejamento, incluindo as funções de controle e avaliação, deve ter no exercício das atividades do Estado, de modo geral, e da saúde em particular. Admitindo-se a tese, vitoriosa na maioria dos países ocidentais, de que não cabe ao Estado prover diretamente assistência à saúde das pessoas, mas que deve financiá-la e fixar normas e condições para que sejam executadas por particulares, resultam de importância estratégica as definições sobre os recursos para executar essas ações, o modo como devem ser alocados, quem pode se habilitar à sua gestão, como os trabalhadores do setor podem participar da gestão dos processos de trabalho nos quais são sujeitos protagônicos e, ainda, como definir o que se deve fazer – ou não fazer – em saúde, como realizar o controle público desses recursos, dentre outros aspectos decisivos sobre sistemas de saúde, em regimes democráticos como o brasileiro. O Brasil dispõe, a propósito, de legislação específica (Lei 8.142/1990) sobre o controle que a sociedade deve fazer sobre as políticas públicas de saúde, por meio de conferências e conselhos de saúde, dentre outros.

Em cenários como o do Brasil, em que no setor saúde o Estado se incumba da execução de certas ações e serviços de saúde, mas convive com ações realizadas por particulares sem (saúde complementar) e com (saúde suplementar) fins lucrativos, ganha destaque a necessidade de o Estado controlar os investimentos realizados e a eficiência no uso desses recursos. O exercício dessa atribuição (função controle) pelo Estado implica, dentre outros aspectos, avaliar o desempenho do conjunto das organizações que constituem o sistema de saúde, além das próprias instituições estatais. No caso brasileiro, não obstante o consenso entre os analistas quanto ao crônico subfinanciamento do sistema, é recorrente a afirmação de que não faltam recursos, e que o problema seria a má gestão no uso desses recursos². A opinião pública, os movimentos sociais, as lideranças políticas e sindicais vêm pressionando o Estado para que “o governo” “avalie o desempenho” do sistema de saúde e “tome as medidas necessárias para melhorar as coisas”, exigindo-se “hospitais padrão-Fifa” (por analogia à qualidade de estádios de futebol impostas ao governo brasileiro pela Federação Internacional de Futebol, por ocasião da realização no Brasil da Copa do Mundo de futebol, em 2014).

Em resposta a essas expectativas, um novo paradigma de gerenciamento dos recursos públicos emergiu nos anos 1990³, no qual a questão dos “resultados” aparece como forma de solucionar o “problema” de uma máquina pública complexa, burocrática e processualista⁴: trata-se da ‘nova gestão pública’, ‘administração pública gerencial’ ou ‘paradigma gerencialista’. Embora haja questionamentos quanto à potência do paradigma gerencialista para assegurar uma prestação a contento⁵, a nova administração pública vem se consolidando no Brasil e no exterior. Com essa consolidação amplia-se a importância da avaliação de desempenho, como instrumento indispensável ao exercício da função controle por parte das instituições do Estado.

Atribui-se a Jules Henri Fayol, considerado o fundador da Teoria Clássica da Administração, a identificação das cinco funções típicas do administrador de qualquer nível, em qualquer organização, quais sejam: 1) prever e planejar; 2) organizar; 3) comandar; 4) coordenar; e, 5) controlar, sendo esta definida como a verificação permanente do cumprimento das normas e regras estabelecidas⁶. Neste artigo o foco está direcionado para a função controle, no contexto específico do desempenho de sistemas de saúde, pois o setor saúde vem reproduzindo a tendência geral, na administração gerencial, de se materializar em indicadores de gestão, índices de desempenho e programas de mensuração de qualidade^{7,8}. Busca-se, nesse cenário organizacional, conferir ao respectivo modelo avaliativo do desempenho as condições que o tornem apto a captar a complexidade desses serviços, uma vez que a avaliação é indispensável à função de controle, mas avaliar a produção de parafusos é bem diferente do que avaliar desempenho de sistemas de serviços, como saúde e educação, para ficar em apenas dois exemplos relativos ao exercício de direitos sociais.

Assim, quando se trata de objetos complexos como a mensuração de desempenho de ‘sistemas de saúde’^{9,10} o problema não recai apenas na dimensão paradigmática-conceitual, mas adentra a seara metodológica¹¹. O próprio entendimento do que é um “sistema de saúde”, para esse propósito avaliativo, requer configurar uma abordagem metodológica específica que deve levar em consideração a compatibilidade dos indicadores com o que se entende por sistema nesse contexto¹² esperando-se que sua abrangência extrapole, por coerência, o próprio setor saúde. Não obstante, as estratégias com base em incentivos ao desempenho têm se ampliado. Um exemplo é o sistema de ‘ranking’ implantado na Inglaterra, a partir do ano 2000, em que se atribui estrelas aos hospitais, tornando públicos os resultados e estabelecendo sanções ou benefícios

conforme o cumprimento de metas¹³. Desse modo, toda a complexidade do processo de avaliação em saúde fica reduzida ao desempenho e, este, a um mero ranqueamento de organizações.

Neste artigo são apresentados e discutidos os resultados de uma revisão narrativa, tal como conceituada por Rother¹⁴, em uma perspectiva crítica, partindo-se da literatura mundial sobre avaliação de desempenho de sistemas de saúde, tendo em vista o caráter estratégico que tais avaliações assumem na gestão das políticas e programas de saúde no Estado contemporâneo, e também o crescente interesse pelo assunto no Brasil, conforme atesta a iniciativa de criação o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) no início de 2012.

Função controle segundo os paradigmas burocrático e gerencialista no setor público brasileiro

Governar implica exercer a função de controlar as ações e operações realizadas por organizações de propriedade estatal ou particular, de interesse público. Os graus que tais controles podem assumir variam de uma organização para outra, e de acordo com a forma de propriedade e a missão da organização. No caso do Estado brasileiro, são bem conhecidos os três modelos de administração pública: o patrimonialista, o burocrático e o gerencial. O patrimonialismo foi hegemônico entre nós até a Revolução de 1930 e a administração burocrática predominou até o advento da Reforma Gerencial do Estado, em 1995, que buscou introduzir o paradigma gerencialista.

A clara separação entre o Estado e o mercado é, para alguns analistas como Bresser-Pereira (1996)¹⁵, essencial para o capitalismo, uma vez que a democracia só pode existir quando a sociedade civil, formada por cidadãos, distingue-se do Estado ao mesmo tempo em que o controla. Por isso, em face às exigências de novos papéis desses agentes econômicos e a impregnação da ciência como organizadora da vida social tornou-se necessário desenvolver um tipo de administração que partisse não apenas da clara distinção entre o público e o privado, mas também gerasse a separação entre o político e o administrador público. Não há unanimidade, porém, em relação à tese da separação Estado-mercado. Para Mascaro (2013)¹⁶, sob o capitalismo não há como

separar Estado e mercado, uma vez que são os interesses deste que o moldam, pois sua forma política só pode ser compreendida como derivação da forma mercadoria. Por essa razão, “a compreensão do Estado só pode se fundar na crítica da economia política capitalista, lastreada necessariamente na totalidade social. Não na ideologia do bem comum, ou da ordem, nem do louvor ao dado, mas no seio das explorações, das dominações e das crises da reprodução do capital (...). Nesse sentido, deve-se entender o Estado não como um aparato neutro à disposição da burguesia, para que, nele, ela exerça o poder. É preciso compreender na dinâmica das próprias relações capitalistas a razão de ser estrutural do Estado (...) [sendo este] um derivado necessário da própria reprodução capitalista; estas relações ensejam sua constituição ou sua formação”.

Na história da organização do setor público, o paradigma racional-legal é herança intelectual de três pensadores: Woodrow Wilson, Frederick Taylor e Max Weber. De fato, os três construíram a base conceitual na qual a maioria dos Estados até então vigentes organizaram suas administrações. Wilson afirmava que a administração deveria ser separada da política. Para ele, depois que os responsáveis pelas políticas tomassem as decisões de Estado, sua implementação poderia ser delegada àqueles bem versados na “ciência da administração”, que executariam a tarefa da forma mais eficiente possível. Isso seria possível porque, segundo Taylor, “entre os vários métodos e implementos utilizados em cada elemento de cada caso, existe sempre um método e um implemento mais ágil e melhor que todos os outros”. Weber, por sua vez, afirmava que a burocracia era o mais eficiente mecanismo organizacional; assim, a burocracia seria ideal para implementar os princípios científicos aos quais Taylor se referia³.

A implantação do paradigma burocrático na organização do Estado, rapidamente ganhou aceitação, muito motivada por um contexto sócio-histórico no qual se apontava a necessidade de combate ao patrimonialismo oriundo da formação do Estado brasileiro. Como afirma Gilberto Freyre (1998)¹⁷, a origem do Estado Patrimonial brasileiro se localiza na vinculação entre “unidade familiar” e “unidade de produção”, que se confundiam na Casa Grande, e que se consolidou ao longo dos séculos. Por isso, no período pós-Revolução de 1930 (“getulista”), racionalizar a gestão era uma forma de reafirmação dos valores propriamente burocráticos na administração pública¹⁵ visando extirpar qualquer tipo de manifestação do patrimonialismo fortemente entranhado na tessitura social brasileira.

Contudo, no decorrer da consolidação do “modelo burocrático” no âmbito da administração pública brasileira, muitas mudanças significativas foram ocorrendo, em particular as relacionadas ao questionamento da eficiência das ações públicas frente às novas necessidades advindas do avanço das sociedades capitalistas, da agudização das relações conflituosas entre Estado-mercado e da ressignificação do papel dos Estados Nacionais na proteção da vida dos cidadãos^{15,18}. Assim, em meados dos anos 1970, as críticas relativas ao tamanho do Estado, à adoção de mecanismos de regulação econômica de inspiração keynesiana e a pouca capacidade de resposta ágil e eficiente do Estado às demandas sociais emergentes se agravaram. ‘Pari passu’ às críticas relativas ao papel do Estado, a crise do petróleo em 1974 e a globalização da economia após a Queda do Muro de Berlim, com o fim da utopia comunista¹⁹ evidenciaram ainda mais a problemática de um Estado-Interventor. Não obstante, como solução à crise estrutural do capital, apostou-se no recuo do Estado em prol do reaquecimento econômico, como elencado na maioria dos projetos políticos neoliberais adotados em vários países²⁰.

No contexto histórico aberto em nível mundial com a Queda do Muro de Berlim, e logo em seguida com o fim da União Soviética, um típico Estado-Interventor, rapidamente a máquina pública adaptou-se, em muitos países, aos moldes do Estado Regulador. Não foi diferente no Brasil, com a redefinição de regras que passaram a reger a administração pública. Para Bresser-Pereira (1996)¹⁵ essas novas regras se apoiam “na proposta de administração pública gerencial, como uma resposta à grande crise do Estado dos anos 1980 e à globalização da economia. Para este autor, os dois fenômenos supracitados impuseram, em todo o mundo, a redefinição das funções do Estado e da sua burocracia, com vistas a atribuir-lhe “como missão principal a ênfase nos resultados”. Apesar dos diferentes significados suscitados pela nova gestão pública, Bresser-Pereira (1996)¹⁵ argumenta com o fato de que a necessidade deste modelo decorria não só da diferenciação de estruturas e da complexidade crescente da pauta de problemas a serem enfrentados pelo Estado, mas também de legitimação da burocracia perante as demandas da cidadania. Behn (1998)³ assinala que a nova gestão pública é uma nova conceituação da administração pública que “consiste de vários componentes inter-relacionados” buscando “fornecer serviços de alta qualidade que os cidadãos valorizem; aumentar a autonomia dos gestores públicos, especialmente dos controles da agência central; ‘medir e premiar organizações e indivíduos com base no cumprimento das metas exigidas de performance’ [grifo nosso]; tornar disponível recursos humanos e

tecnológicos que os gestores necessitam para desempenharem bem suas tarefas; e, reconhecendo as virtudes da competição, manter uma atitude aberta a respeito de quais propósitos públicos devem ser desempenhados pelo setor privado, e não pelo setor público”. Trata-se, em suma, de uma reestruturação das organizações públicas para atribuir-lhes flexibilidade administrativa e responsabilização⁴. Para materialização dessa proposta, a “contratualização de resultados” é uma das ferramentas mais utilizadas, tornando-se, portanto, um mecanismo cada vez mais incorporado às políticas públicas. Daí então, os resultados se tornam o alvo em potencial das organizações públicas que passam a focar na melhoria de seus desempenhos, para isso tentando equacionar adequadamente os requisitos de autonomia (de gestão) e controle (de resultados)²¹.

No decorrer da implantação do paradigma gerencial, a contratualização de resultados foi tomando distintos significados nas administrações públicas, o que Kettl (1997)²² identificou como duas correntes de contratualização diferentes. Por um lado, tem-se a corrente chamada ‘make managers manage’, reunindo países que criaram incentivos visando influenciar comportamentos e, por outro, ‘let managers manage’, expressando a visão de que há inúmeras barreiras a serem removidas, regras, procedimentos e estruturas rígidas que impedem o administrador público de administrar. No primeiro caso, a contratualização de resultados representa uma ‘nova forma de controle’ e vem acompanhada do estabelecimento de sanções positivas e negativas; o país que levou mais longe tal perspectiva foi a Nova Zelândia, com a primeira geração de reformadores. No segundo caso, o acordo de resultados é visto como instrumento de coordenação, ajuste e aprendizado organizacional. A experimentação, e não o controle, é a aposta para a melhoria do desempenho. Esta tem sido a marca das reformas na Austrália e Suécia.

Claramente identificada com a proposta de contratualização, a administração pública brasileira vem desenvolvendo uma gestão na qual o alcance dos resultados vem acompanhado de mecanismos de ganhos/perdas de incentivos. Mesmo sabendo-se que a maior restrição da administração pública brasileira é a rigidez de procedimentos administrativos e uma execução orçamentária legalmente difícil (ao qual se aplicaria a segunda proposta), a aposta da vertente brasileira repousa na modificação do estilo de trabalho do servidor; ou seja, na aquisição de um comportamento empreendedor dos gerentes públicos, inseridos em um ambiente organizacional tradicionalmente burocrático⁴ de modelagem clássica.

Pode-se reiterar, portanto, que o objetivo geral da reforma administrativa conduzida em âmbito brasileiro foi fomentar a passagem de uma administração pública burocrática para uma administração pública gerencial. As características da administração gerencial podem ser elencadas como: (1) descentralização do ponto de vista político, transferindo recursos e atribuições para os níveis políticos regionais e locais; (2) descentralização administrativa, através da delegação de autoridade para os administradores públicos transformados em gerentes crescentemente autônomos; (3) organizações com poucos níveis hierárquicos ao invés de piramidal, (4) pressuposto da confiança limitada e não da desconfiança total; (5) administração voltada para o atendimento do cidadão, ao invés de auto-referida; e (6) controle por resultados, ‘a posteriori’, ao invés do controle rígido, passo a passo, dos processos administrativos¹⁵.

Devido à forte ênfase na execução orçamentária e financeira orientada pelos resultados obtidos⁴ é que o paradigma gerencialista recomenda atenção ao ‘planejamento’ e à ‘gestão estratégica’. A estratégia, entendida como uma forma de sobrevivência contemporânea a um mercado cada vez mais competitivo²³, invade o espaço público gerando concorrência pública entre seus entes. A estratégia se torna a pedra fundamental para o alcance dos resultados e muitas vezes obriga a gestão, em nome de um desempenho, a lançar mão da seletividade e da focalização⁴. Nessa perspectiva, a introdução de “programas” e um processo de gerenciamento cada vez mais orientado por “pacotes programáticos” adentram o ambiente atual da administração pública engendrando progressivamente novos valores e atitudes empreendedoras características da administração orientada para resultados⁴, o que faz com que alguns autores^{24,25} batizem a administração gerencial como um processo de “gestão por resultados” de forma mercantilizada. A especificidade do ‘resultado’ como produto máximo dessa filosofia de gestão deposita nas metas a redução do escopo administrativo, sendo estas representativas de toda cadeia de intangíveis intrínseca aos processos organizacionais, como a qualidade por exemplo. Nessa conjuntura, como refere Busanelo (2011)²⁶, as metas organizacionais se resumem a um sistema de ‘controle típico’ que envolve quatro passos essenciais: (i) estabelecer parâmetros de desempenho; (ii) ‘medir o desempenho’ [grifo nosso]; (iii) comparar o desempenho com os parâmetros e determinar desvios; e (iv) tomar medidas corretivas (na maior parte das vezes, nos comportamentos dos indivíduos).

Lógica meritocrática e função controle: resultado, desempenho e premiação

No senso comum, o ‘desempenho’ do ente que se pretende avaliar goza de certo consenso. Contudo, do ponto de vista científico, o termo detém diversos sentidos e formas de aplicação que se diferenciam, basicamente, a partir ou do quê está sendo avaliado ou da ênfase no processo que está sob avaliação²⁷.

O vocábulo “desempenho” apresenta diversas significações a depender do autor e da seara científica na qual se localiza o termo. No sentido ‘lato’, pode-se dizer que ‘desempenho’ (ou ‘performance’) é um conjunto de características ou capacidades de comportamento e rendimento de um indivíduo²⁸, de uma organização²⁹ ou grupo ou de seres humanos³⁰, de animais³¹ ou de outros seres vivos³², de máquinas ou equipamentos³³, de produtos³⁴, sistemas³⁵, empreendimentos³⁶ ou processos³⁷, em especial quando comparados com metas, requisitos ou expectativas previamente definidas. Em sentido mais estrito, Bergamini e Beraldo (1988)³⁸ definem desempenho como uma ação, atuação, ou comportamento qualificados a partir de uma expectativa. Para Siqueira (2002)³⁹ o desempenho é uma defasagem a ser mensurada a partir de uma expectativa criada sobre determinado comportamento. Misoczky e Vieira (2001)⁴⁰ identificam alguns significados para o termo desempenho, presentes na literatura sobre organizações: a) como desempenho “dramático” e “cultural” na interação entre gerentes e outros membros da organização no processo de construir o sentido da identidade organizacional; b) como resultado de atividades quantificáveis através de medidas como o lucro contábil ou o retorno do investimento, p.ex., sendo sinônimo de eficiência; c) como o que é atingido dos objetivos formais. Como se vê, é consenso que o desempenho está relacionado a uma expectativa de cumprimento comportamental previamente estabelecido.

O desempenho está relacionado à lógica de superação de expectativas que atribuem um mérito funcional àquele que executou algo além do esperado. Não obstante, desempenho pode ser entendido como uma gradação de resultados conceitualmente relacionados à busca de um prêmio por mérito atingido e, portanto, compõe a lógica da meritocracia. Contudo, no paradigma gerencial o desempenho ficou associado só à produtividade, à quantidade de trabalho⁴¹. Contudo, toda organização necessita ser avaliada por meio de um sistema que possibilite, por processos de retroalimentação,

rever suas estratégias e métodos de trabalho. Assim ela se recicla, oxigena-se e torna-se capaz de sobreviver em ambientes turbulentos e mutáveis⁴². Bons desempenhos, sob a lógica meritocrática, são incentivados pela premiação. O foco de abordagem de um processo que avalia o desempenho de determinado ente é a relação entre contribuição ‘versus’ retribuição. O que se constata é que, dependendo da época, do tipo e da forma pela qual foi conduzida a avaliação, a relação contribuição-retribuição sofrerá alterações⁴³.

O desempenho ainda assim, pode ser entendido de diversas formas a depender do suporte teórico em que a avaliação organizacional repousa. No ‘modelo do alcance das metas’ (mais utilizado pelos analistas e pelos técnicos em organizações) corresponde à conceituação funcionalista, racional, da organização, que foi e continua sendo a perspectiva dominante na teoria das organizações. Segundo esta abordagem, uma organização existe para cumprir objetivos específicos e a avaliação do seu desempenho consiste então em avaliar em que medida a organização atinge seus objetivos⁴⁴.

Um segundo modelo frequentemente utilizado é o ‘modelo dos processos internos’ segundo o qual uma organização com alto desempenho é aquela que funciona sem solavancos, de acordo com as normas estabelecidas, sem tensões excessivas. Valoriza-se então a estabilidade e o controle. Este modelo coloca a medida do desempenho organizacional ao nível dos processos internos de produção.

Quando as organizações são trabalhadas no ‘modelo de sistemas abertos’, dá-se uma grande importância às relações estabelecidas entre a organização e seu ambiente. A aquisição e a manutenção de um nível de recursos adequado tornam-se então alguns dos principais desafios organizacionais. Este modelo da aquisição dos recursos representa, para vários gestores, a definição operacional do objeto da organização, sugerindo que o sucesso reside na aquisição de recursos, no crescimento e na adaptação. A capacidade para uma organização de apossar-se dos recursos necessários ao seu bom funcionamento e à sua sobrevivência no ambiente tornam-se, em consequência, critérios importantes para avaliar seu desempenho⁴⁴.

No ‘modelo das relações humanas’ (que está baseado numa visão orgânica ou natural das organizações), coloca-se a ênfase nas atividades necessárias à manutenção de um clima satisfatório de colaboração dentro da organização e na satisfação das necessidades das pessoas que nela trabalham. Isto sugere que uma organização com alto desempenho

é aquela que consegue funcionar enquanto ambiente de trabalho saudável. A estabilidade, o consenso, a motivação, o ambiente de trabalho são valores fundamentais.

Um quinto modelo que conforma a idéia de desempenho organizacional é o ‘modelo político’ (‘strategic constituencies model’) segundo o qual uma organização com alto desempenho é aquela que consegue satisfazer os objetivos internos e externos. Este modelo está fundamentado numa visão política ou estratégica segundo a qual as organizações constituem arenas políticas nas quais os atores interagem em função dos seus próprios interesses estratégicos. Aqui, a ênfase está colocada na negociação e no compromisso.

O ‘modelo da legitimidade social’ (‘social legitimacy model’), que se insere numa perspectiva ecológica do funcionamento das organizações, considera que uma organização é eficiente na medida em que ela se mantém e sobrevive conciliando os processos e os resultados com valores sociais, normas e objetivos. Reputação, prestígio e imagem constituem então os indicadores de desempenho¹².

Esses modelos de avaliação do desempenho organizacional são baseados em diversas representações conceituais do desempenho. Outros autores escolheram renunciar a definir (no nível conceitual) o desempenho e propuseram modelos que se poderia qualificar de “metodológicos” da avaliação do desempenho. O ‘modelo zero defeito’ (‘fault-driven model’) estima que uma organização é considerada de alto desempenho se ela não cometer erros ou se não existir sinais de ineficiência. Ao invés de definir o que poderia ser o desempenho, trata-se aqui de avaliá-lo identificando os momentos de mau desempenho. O ‘modelo comparativo de desempenho’ (‘comparative high performance model’) é um outro modelo metodológico, segundo o qual uma organização é avaliada em comparação com outras organizações semelhantes. Geralmente, o critério de desempenho é então escolhido em função dos dados disponíveis para as diversas organizações que estão sendo comparadas. Finalmente, o modelo metodológico mais popular da avaliação do desempenho das organizações de serviços de saúde é o ‘modelo normativo do sistema de ação racional’. Inspirando-se nas teorias da ação em sociologia (Weber, Parsons, Simon e outros), Donabedian (1966)⁴⁵ propôs que a qualidade dos cuidados ou, mais geralmente, o desempenho pode ser avaliado utilizando normas não apenas de resultados, mas também, de processo e de estrutura⁴⁶.

Função controle e dificuldades em avaliar o desempenho de sistemas de saúde como objeto complexo

Na indústria, a aferição do desempenho é possível uma vez que há um produto concreto derivado do processo de trabalho. A avaliação do desempenho do sistema é feita sob duas circunstâncias basicamente: quando a produção de uma dada organização é orientada pelo produto ou quando há um processo de produção de um determinado bem, de modo isolado de outros processos. Nesse tipo de arranjo, a causalidade é conhecida, o desempenho pode ser definido em indicadores, os produtos são uniformes e o ambiente estável⁴⁷.

Contudo, tomando-se apenas o ‘serviço’ de saúde como foco de mensuração, a medição do desempenho já necessita levar em consideração diversos atributos. A natureza do ‘trabalho em saúde’ já lhe confere, por si só, características que não cotejam com a noção de controle característica dos processos industriais. O trabalho em saúde é essencialmente: a) coletivo; b) compartimentalizado; c) interdependente e d) marcado pela incerteza da demanda⁴⁸. Uma vez que o ‘serviço’ é um ‘processo de trabalho’⁴⁹, os ‘serviços de saúde’ podem ser considerados como um ‘trabalho em saúde em processo’.

Segundo as características elencadas por Meirelles (2006)⁴⁹, os ‘serviços em geral’ têm algumas características que são: (1) intangibilidade: ele não pode ser tocado, ou seja, não é dotado de base material. (2) inestocabilidade: não pode ser estocável, ou seja, não possui uma base material que possa fazer com que seja guardado na espera do seu consumo; (3) irreversibilidade: o serviço uma vez iniciado não pode ser desfeito. Ele pode até parar no meio de sua execução, mas não pode ser retroagido, ou ainda, ele não pode retroceder; (4) ele é dependente de recursos humanos: não há como prestar um serviço sem pessoas que o executem; (5) é dependente de informação: devido à interface prestador-usuário, a informação é fundamental para que haja entendimento sobre o serviço que se está prestando; (6) indistinguibilidade: o processo e o produto são indistinguíveis, ou seja, o produto é consumido no ato de sua execução.

Os ‘serviços de saúde’, além de todas essas características (apenas por serem ‘serviços’) ainda possuem mais quatro (próprias do fato de serem ‘de saúde’): (1) não são passíveis de padronização: mesmo com uso de protocolos que guiam as ações, os serviços de

saúde são praticamente incapazes de serem replicados identicamente⁵⁰; (2) são altamente dependente das relações interpessoais: vínculo, escuta, paciência, tolerância e outros atributos próprios da psicologia humana no tratamento do outro; (3) dependem de recursos humanos muito qualificados: todos os profissionais de saúde requerem no mínimo segundo grau completo e ainda 2 anos no mínimo de formação na área específica de saúde⁵¹; (4) apresenta fragmentação organizacional: um paciente muitas vezes depende da prestação de vários serviços em organizações diferentes para resolver seu problema de saúde, pois nem todas as organizações possuem os recursos suficientes para resolver todos os problemas de um usuário⁵².

Para os autores contemporâneos os ‘serviços de saúde’ podem ser classificados como: a) ‘serviços finais’, relacionados ao bem estar e qualidade de vida dos consumidores⁵³; b) ‘serviços de suporte às necessidades pessoais’⁵⁴; c) ‘serviços governamentais’ devido ao fato de o Estado promover esses serviços, visto que não tem valor agregado⁵⁵; e d) ‘serviço’ do tipo ‘puro’, ou seja, aquele que é único e exclusivo. O resultado do processo de trabalho é o próprio trabalho sem necessariamente um produto resultante⁴⁹, sendo este externo ao processo de trabalho.

Logo, comparada às condições industriais e todos os aspectos relativos à especificidade da saúde como serviço, fica evidente a complexidade do tema quando se trata de sistemas de saúde. Estes lidam com organizações que tem obrigações centradas nos usuários com a produção de múltiplos “produtos”, têm uma orientação fortemente focada no processo e sua produção é geralmente confundida com a de outros co-produtores de saúde. Ainda, os produtos dos sistemas de saúde são entrelaçados de causalidades desconhecidas. Há dificuldades em definir padrões de qualidade nos indicadores de desempenho e os desafios aumentam à medida do aumento dos serviços e pela dinâmica do ambiente⁴⁷.

Fora isso, como afirma Conill (2006)⁵⁶, quando se busca analisar comparativamente os sistemas de saúde, o foco tende a recair sobre os “sistemas de serviços e cuidados”. Entretanto reduzir os ‘sistemas de saúde’ aos ‘sistemas de serviços e cuidados em saúde’ é um dos problemas mais grosseiros da área. Os primeiros são muito mais abrangentes e se referem à saúde em um sentido ampliado a qual é resultado de uma interação complexa de um conjunto de fatores e ações de diversos sistemas sociais. Os sistemas de saúde incluem o conjunto das intervenções que têm como meta problemas

específicos, sociais ou de saúde; cobrem toda a gama das intervenções, dos serviços preventivos aos serviços paliativos, passando pelos serviços de diagnósticos e curativos. Compreendem as grandes funções da saúde pública (vigilância, proteção e promoção da saúde, prevenção das doenças, avaliação do sistema dos serviços de saúde, desenvolvimento das competências em saúde pública)⁵⁷, mas os sistemas de saúde não têm responsabilidades diretas, ou governabilidade, sobre o conjunto das condições sociais, econômicas, culturais, demográficas que afetam a capacidade das pessoas de viver bem e por muito tempo.

Assim, a compreensão do desempenho nos estudos de sistemas de saúde tem recebido muitas críticas negativas pelas suas deficiências. Muitos sistemas de desempenho sofrem de incompletude, no entanto é inevitável que alguns aspectos da prestação do serviço sejam omitidos nas medidas de desempenho. A implicação disso é que alguns aspectos medidos ganham prioridade e os não-medidos são negligenciados, ou seja, o velho ditado de que “o que é medido, é feito”⁵⁸. Há pelo menos três problemas centrais relativos à mensuração de desempenho de sistemas de saúde: em primeiro lugar, a consistência ao longo do tempo é importante em medidas de desempenho, consistência na visão, na regulação e no uso dos incentivos de mercado. Em segundo lugar, as tensões se encontram entre a auto-melhora, a auto-regulação e as pressões externas. Onde se verificar melhor equilíbrio entre essas formas de regulação haverá margem para outras considerações como o papel dos gerentes, a avaliação pelos pares e os reguladores externos. Em terceiro lugar, há a preocupação de que o uso de metas tende a concentrar-se sobre as áreas que são medidas, enquanto que as que não o são tendem a ser negligenciadas, de modo que o que é medido é gerenciado, mas permanecem dúvidas sobre aquilo que não é medido²⁷. Assim, avaliar o desempenho de sistemas de saúde requer um modelo conceitual claro, no qual se explicita o que se considera desempenho do sistema de saúde, que se disponha de bancos de dados que disponibilizem os dados necessários à construção dos indicadores e de uma política e um sistema de gestão que use constantemente as informações produzidas nas avaliações, nas tomadas de decisões⁴⁷.

As pesquisas sobre sistemas de saúde apresentam uma ampla gama de delineamentos e métodos. O ‘The Methodological Reader’ publicado pela ‘Alliance for Health Policy and Systems Research’ em 2012 classifica os desenhos de pesquisa nesta área em duas principais estratégias de pesquisa: a) desenhos fixos que são estabelecidos antes da

coleta de dados, e b) desenhos flexíveis que evoluem durante o processo de estudo. Estratégias fixas normalmente usam abordagens mais positivistas no desenho do estudo, os dados são geralmente quantitativos e os investigadores procuram principalmente medir o impacto de um fenômeno em condições altamente específicas e controladas. Projetos experimentais e modelagens são acoplados com análise estatística geral. Dentre as técnicas comuns incluem a coleta de dados tipo ‘surveys’, entrevistas estruturadas, semi-estruturadas e pesquisas de opinião. Desenhos flexíveis, por outro lado, são mais de natureza interpretativa e lidam com dados qualitativos primordialmente. Projetos globais incluem estudo de caso, ‘grounded theory’, etnografias, histórias de vida e métodos fenomenológicos. Entrevistas, grupos focais, diversas modalidades de observação e revisão de documentos são comumente as fontes de dados. Os dados são analisados de forma interativa por processos interpretativos¹¹.

Para Hoffman et al (2012)¹¹ os desafios na mensuração do desempenho de sistemas de saúde estão relacionados com a: a) generalização: os achados de pesquisas muitas vezes dependem do contexto em particular em que os estudos foram conduzidos o que torna difícil generalizá-los, além disso, os métodos para alcançar validade externa e promover a generalização estão sujeitos ao escrutínio de diferentes tradições de pesquisa com diferentes orientações metodológicas; b) comparabilidade: o número reduzido de sistemas nacionais de saúde em todo o mundo (pouco mais de 200) é um problema para o uso de certos métodos empíricos como as análises transversais por exemplo, além disso, os sistemas de saúde são muito raramente reformados em grande escala (e estão ainda constantemente experimentando pequenas mudanças); c) aplicabilidade e transferência: a pesquisa de sistemas de saúde é altamente contexto-específica, isso significa que estudos realizados em uma jurisdição não podem ser aplicáveis ou transferíveis ‘ipsis litteris’ a outra jurisdição; d) padronização: como visto há uma falta de concordância conceitual em termos-chaves, uma diversidade de quadros teóricos e de paradigmas e discordância quanto ao modo como métodos diferentes dialogam e as circunstâncias nas quais eles podem ser úteis em responder diferentes tipos de questões; e) priorização: a comunidade de pesquisadores de sistemas de saúde também carece de um processo de consenso amplo sobre as prioridades que dinamicamente são identificadas e o tipo de pesquisa que deveria ser conduzida e financiada. Dado o contexto específico da pesquisa de sistemas de saúde, este desafio é agravado pela possibilidade de transferência limitada de definição de prioridades de uma jurisdição a

outra e, portanto, requer a capacidade supranacional de priorização e f) diversidade comunitária: na pesquisa em sistemas de saúde a comunidade não é na realidade uma comunidade. Como um campo de investigação que está devotado ao fortalecimento dos sistemas de saúde e entendimento do contexto nos quais eles funcionam (particularmente avançando no debate sobre os aspectos teóricos e desenvolvimento de métodos particulares) os pesquisadores de sistemas de saúde vem de diferentes lugares, foram treinados em diferentes disciplinas, trazem diferentes tradições, falam línguas diferentes, preferem diferentes métodos e focam em diferentes questões.

Desempenho de sistemas de saúde para além da função controle: avaliar com quem e para quem?

Construir um quadro teórico de desempenho de sistemas de saúde não é uma atividade simples nem um exercício acadêmico neutro, mas deve capturar tanto noções administrativas quanto ‘políticas’. Por isso, a construção de muitos quadros de desempenho baseia-se em processos de desenvolvimento que inclui os principais grupos de interessados (‘stakeholders’)⁴⁷.

A medição do desempenho, entendida como um insumo para avaliação na gestão, deve ter por finalidade propiciar um processo de decisão oportuno no tempo, com confiabilidade e abrangência de informações, segundo objetivos dos distintos atores⁵⁹. Em Avaliações para Gestão de Serviços de Saúde (AGSS) é importante que todos aqueles que participam ou que serão afetados pelas ações desencadeadas pela tomada e implementação da decisão, tornem-se ‘partícipes’ e ‘interessados’ pelos resultados da avaliação. A avaliação tem que convergir para as necessidades dos atores da avaliação, ou seja, não só aqueles que são responsáveis pela tomada de decisão, mas também aqueles que serão responsáveis pela implementação das ações decorrentes da decisão tomada. Pelo fato de constituir uma cadeia de eventos, se um deles não executar a tarefa que lhe é devida a ação não será concretizada. Por isso é fundamental ter aceitabilidade pelos atores a fim de que os seus resultados sejam legitimados e utilizados pelos gestores e técnicos envolvidos na ação⁶⁰.

Com fins de caracterizar os atores dos processos de avaliação de desempenho de sistemas de saúde, Andrade (2012)⁷ propõe que, neste sentido, há pelo menos cinco cenários onde se localizam os atores interessados na tomada de decisão: 1) o cidadão-usuário; 2) a família; 3) a sociedade; 4) os técnicos e administradores; 5) os gestores. Para Champagne e Contandriopoulos (2005)¹² os atores envolvidos com o processo de avaliação podem ser indivíduos ou grupos organizados de agentes (organizações, grupos de pressão, sindicatos etc.). Os atores caracterizam-se por: 1) seus valores, suas convicções, seus conhecimentos; 2) seus projetos, suas intenções; 3) pelos recursos que possuem ou que controlam; e 4) por suas disposições para a ação. Os atores interagem num jogo permanente de cooperação e de competições para melhorar sua posição, para ter ou controlar os ‘recursos críticos’ do ‘sistema de ação’ (dinheiro, poder, influência, compromissos em função das normas sociais). As práticas dos atores (gestores, médicos, pessoal para os cuidados, dentre outros) ficam ao mesmo tempo influenciadas pelas estruturas do sistema e as constituem processualmente.

As práticas dos atores organizam os processos por meio dos quais os recursos do sistema são mobilizados e utilizados para produzir os bens e serviços necessários para alcançar as metas almejadas (organizacionais, pessoais, de grupo). Os atores são, portanto, interdependentes¹², e se poderia dizer que essa interdependência é a base da dinamicidade dos sistemas de saúde. A dinâmica dos sistemas de saúde pode ser caracterizada por funções e relações que se estabelecem entre seus componentes. Resultam em políticas, ações e serviços, contribuem para os resultados – negativos ou positivos – e determinam o desempenho dos sistemas de saúde¹⁰.

A dinâmica dos sistemas de saúde pode ser entendida como um ‘sistema de ação organizado’. Como todo sistema de ação organizado, o sistema dos serviços de saúde está situado num contexto concreto, num determinado momento. Sua estrutura é constituída pela interação de uma estrutura física particular (prédios, arquitetura, níveis técnicos, orçamentos), uma estrutura organizacional (governança) e uma estrutura simbólica específica (representações, valores, normas coletivas). Ela delimita um espaço social no qual interagem quatro grandes grupos de atores (profissionais, gestores, mundo mercantil e mundo político), num jogo permanente de concorrência e de cooperação, orientado ao mesmo tempo pelas finalidades do sistema, no intuito de conseguir ou de controlar os recursos. O próprio sistema dos serviços de saúde enquanto

sistema de ação organizado está formado de vários subsistemas de ação organizados e interdependentes, cada qual com certo grau de autonomia¹².

Reconhecer a existência dessas relações políticas e incorporá-las ao estudo dos sistemas é identificar quem são os atores importantes no processo de decisão ou implementação de uma determinada diretriz do sistema; o que pensam, quais seus projetos, que recursos detêm, que estratégias adotam¹⁰. Em alguns sistemas, as fortes influências político-partidárias com grande rotatividade, descontinuidade e desqualificação técnica da gestão são barreiras clássicas da dinâmica dos sistemas ao desempenho de sistemas de saúde¹³ por isso, mais uma vez se justifica a necessidade do olhar desses atores e seus interesses intrínsecos à avaliação de desempenho desses sistemas. Para cada componente ou função dos sistemas de saúde, há um conjunto de relações sociais que interferem em sua dinâmica. É inegável sua presença na condução dos sistemas, daí a necessidade de que os estudos passem a incorporá-los como elementos inerentes à emergência, desenvolvimento e porque não dizer, ao desempenho dos sistemas de saúde¹⁰. Por isso, em estudos de sistemas de saúde, incorporar as perspectivas dos atores sociais nos processos de avaliação é de suma importância. A valorização da experiência vivencial dos atores sociais, concebendo-os como esse “outro” – sujeito e protagonista de um programa ou serviço, aliada à postura epistemológica de investigação pautada na intersubjetividade da relação sujeito-investigador contemplaria, duplamente, a exigência ética da alteridade na reflexão acerca dos serviços e ações governamentais⁶¹.

Considerações finais

Embora recorrente entre gestores e analistas do sistema público de saúde brasileiro, o tema da avaliação do desempenho de sistemas de saúde, por sua complexidade e forte componente político, é abordado escassamente na literatura científica mundial, conforme se constata na revisão empreendida neste ensaio. Há nítida opção, por parte dos estudiosos, por temas pouco abrangentes e são raros os artigos que abordam a temática do desempenho utilizando delineamentos compreensivos e totalizantes. A maior parte das pesquisas ocupa-se de aspectos parciais, seletivos e focalizados, dirigindo as análises para dimensões que se poderiam classificar como secundárias,

considerando-se a relevância desse tipo de estudo para as políticas públicas, em todos os países. Tais restrições das abordagens decorrem, pode-se admitir, da referida complexidade inerente ao tema, embora não se deva subestimar o papel da dimensão política (e, portanto, ideológica) presente nessas escolhas.

Neste ensaio, com foco na função administrativa (mas não exclusivamente administrativa) do controle, observa-se a relativa utilidade, para este fim, dos estudos focalizados e restritos a par do insuficiente desenvolvimento teórico-metodológico desta área de estudos no que concerne às abordagens mais inclusivas e totalizantes. Configura-se, portanto, uma importante lacuna no conhecimento científico sobre o tema, com reflexos significativos sobre as práticas avaliativas, prejudicando-as. Esta constatação é relevante, uma vez que a consolidação do Estado Regulador requer esse desenvolvimento teórico, imprescindível para dotá-lo dos instrumentos e recursos necessários ao cumprimento do seu papel. Fazer avançar esses conhecimentos interessa a governantes, gestores, lideranças sindicais e dos movimentos sociais, dentre outros segmentos sociais, para que possam dispor de bases científicas sobre avaliação de desempenho de sistemas de saúde, para nelas apoiar suas ações. Pode-se afirmar, por fim, que o predomínio de abordagens seletivas, combinado com a ausência ou insuficiência de estudos abrangentes, conforme se identifica nesta revisão, indica a necessidade de reorientar a produção de conhecimentos sobre desempenho de sistemas de saúde – e não apenas no Brasil.

Referências

1. CHERCHIGLIA, M. L.; DALLARI, S. G. A reforma do Estado e o setor público de saúde: governança e eficiência. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, 1999, p. 65-84.
2. NISHIJIMA, M.; BIASOTO-JUNIOR G. Análise de eficiência técnica em saúde entre 1999 e 2006. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, v. 40, 2013, p. 45-65.
3. BEHN, R. D. O novo paradigma da gestão pública e a busca pela *accountability* democrática. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 49, n. 4, 1998, p. 5-43.
4. GARCES, A.; SILVEIRA, J. P. Gestão pública orientada por resultados no Brasil. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 53, n. 4, 2002, p. 53-77.
5. SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, 2009, p. 347-369.

6. FAYOL, H. *Administração industrial e geral*. 10ª ed. São Paulo: Atlas; 1990.
7. ANDRADE, L. O. M. Inteligência de governança para apoio à tomada de decisão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, 2012, p. 829-832.
8. BRASIL. Portaria n. 1.654 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 jul. 2011. Seção 1, p 37.
9. ROEMER, M. *National Health Systems of the World. (Vol.1: The Countries)*. Oxford University Press: Oxford, England, 1991.
10. LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et al (orgs). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2a. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2012. p. 89-120.
11. HOFFMAN, S. J. et al. *Background paper on conceptual issues related to health systems research to inform a WHO global strategy on health systems research*. A Working Paper in Progress Last Revised 29 February, 2012.
12. BROUSELLE, A. et al (orgs.) *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.
13. CONILL, E. M. Sobre os impasses dos usos da avaliação para a gestão: não é preciso inventar, nem basta simplificar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n. 4, 2012, p. 834-836.
14. ROTHER, E. T. Editorial: Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 2, 2007, p. v-vi.
15. BRESSER-PEREIRA, L. C. Da administração pública burocrática à gerencial. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 47, n. 1, 1996, p. 1-28.
16. MASCARO, A. L. *Estado e forma política*. São Paulo: Boitempo, 2013.
17. FREYRE, G. *Casa-Grande & Senzala*. 34ª edição. Rio de Janeiro: Record, 1998.
18. FIORI, J. L. Para repensar o papel do Estado sem ser um neoliberal. *Revista de Economia Política*, São Paulo, v. 12, n. 45, 1992, p. 76-89.
19. HOBSBAWM, E. O século: vista aérea: olhar panorâmico: In: _____. *Era dos extremos*. O breve século XX 1914-1991. São Paulo: Companhia das Letras, 1995. p. 11-26.
20. LAURELL, A. Avançando em direção ao passado: a política social no neoliberalismo. In: _____. *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. 3ª. ed., São Paulo: Cortez, 2002. p. 151-178.
21. PACHECO, R. S. Mensuração do desempenho no setor público: os termos do debate. *Cadernos de Gestão Pública e Cidadania*, São Paulo, v. 14, n. 55, 2009, p. 149-161.
22. KETTL, D. F. The global revolution in public management: driving themes, missing links. *Journal of Policy Analysis and Management*, USA, v. 16, n. 3, 1997, p. 446-62.
23. TOURAINE, A. *Igualdad y diversidad: Las nuevas tareas de la democracia*. México: Fondo de Cultura Económica, 2000.
24. SMITH, P. C. Performance management in British health care: will it deliver? *Health Affairs*, USA, v. 21, n. 3, 2002, p. 103-15.
25. MATIAS-PEREIRA, J. Administração pública comparada: uma avaliação das reformas administrativas do Brasil, EUA e União Européia. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, 2008, p. 61-82.

26. BUSANELO, E. C. Um panorama dos estudos sobre avaliação de desempenho logístico Indicadores e sistemas de mensuração. In: XXXV ENANPAD 2011. Rio de Janeiro: ANPAD, 2011. v. 1.
27. IRWIN, R. Managing performance: an introduction. *Eurohealth*, United Kingdom, v. 16, n. 3, 2010, p. 15-16.
28. PROCÓPIO, M. L. Reflexões sobre a avaliação individual de desempenho. Portal Guia RH. Disponível em: <<http://www.rh.com.br/Portal/Desempenho/Artigo/3163/reflexoes-sobre-a-avaliacao-individual-de-desempenho.html>> Acesso em: 10 nov. 2010.
29. CORRÊA, H. L.; HOURNEUAX JÚNIOR, F. A Evolução dos métodos de mensuração e avaliação de desempenho. In: *Anais do XXIX ENANPAD*. Brasília: ANPAD, 2005. v. 1. p. 1-15.
30. REIFSCHNEIDER, M. B. Considerações sobre avaliação de desempenho. *Ensaio: avaliação e políticas públicas em educação*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 58, 2008, p. 47-58.
31. RINK, B. Equitação e liderança. Palestra de para os alunos do Curso de Instrutor de Equitação/2004 na Escola de Equitação do Exército, em 16/03/2004. Disponível em: <http://www.desempenho.esp.br/noticia/get_noticia.cfm?id=1176> Acesso em: 10 nov. 2010.
32. LING, G. N. The physical state of water and ions in living cells and a new theory of the energization of biological work performance by ATP. *Molecular and Cellular Biochemistry*, USA, v. 15, n. 3, 1977, p. 159-172.
33. PORTO, L. G. C.; CREPPE, R. C. Modelo matemático para análise de desempenho de motores elétricos em máquinas de processamento de arroz. In: *Anais do IV Encontro de Energia no Meio Rural*, 2002.
34. CROW, K. Product development metrics. DRM Associates. Disponível em: <<http://www.npd-solutions.com/pdmetrics.html>> Acesso em: 10 nov. 2010.
35. HILL, J. System performance management - moving from chaos to value. Disponível em: <<http://www.oracle.com/us/sun/index.htm>> Acesso em: 10 nov. 2010.
36. LOURENZANI, W. L.; QUEIROZ, T. R.; SOUZA FILHO, H. M. Scorecard Sistêmico: modelo de gestão para empreendimentos rurais familiares. *Organizações Rurais & Agroindustriais (UFLA)*, Lavras - Minas Gerais, v. 10, n. 1, 2008, p. 1-15.
37. JESUS, L. Medição de desempenho de processos. Disponível em: <http://www.elogroup.com.br/download/abpmp_medicao_desempenho_processos_v060808.pdf> Acesso em: 10 nov. 2010.
38. BERGAMINI, C. W.; BERALDO, D. G. R. *Avaliação de desempenho humano na empresa*. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1988.
39. SIQUEIRA, W. *Avaliação de desempenho: como romper amarras e superar modelos ultrapassados*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2002.
40. MISOCZKY, M. C.; VIEIRA, M. M. F. Desempenho e qualidade no campo das organizações públicas: uma reflexão sobre significados. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 5, 2001, p. 163-77.
41. BARBOSA, L. Meritocracia à brasileira: o que é desempenho no Brasil? *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 120, n. 3, 1996, p. 58-102.
42. SOUZA, V. L. *Gestão do desempenho: julgamento ou diálogo*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002.
43. NETO, A. S.; GOMES, R. M. Reflexões sobre a avaliação de desempenho: uma breve análise do sistema tradicional e das novas propostas. *Revista Eletrônica de*

- Ciência Administrativa (RECADM)*, Campo Largo - Paraná, v. 1, n. 1, 2003, p. 1-24.
44. SICOTTE, C.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. C. La performance organisationnelle des organismes publics de santé. *Ruptures – Revue Transdisciplinaire en Santé*, Montréal - Canada, 1998; v. 6, n. 1, 1998, p. 34-46.
  45. DONABEDIAN, A. The effectiveness of quality assurance. *International Journal for Quality in Health Care*, United Kingdom, v. 8, n. 4, 1996, p. 401-407.
  46. CHAMPAGNE, F. *Defining a model of hospital performance assessment for European hospitals*. Barcelone: WHO regional office for Europe, 2003.
  47. KLAZINGA, N. Health system performance management: quality for better or for worse. *Eurohealth*, United Kingdom, v. 16, n. 3, 2010, p. 26-28.
  48. RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, 2004, p. 438-446.
  49. MEIRELLES, D. S. O conceito de serviço. *Revista de Economia Política*, São Paulo, v. 26, n. 1, 2006, p. 119-136.
  50. SPILLER, E. S. et al. Fundamentos da gestão dos serviços em saúde. In: _____. *Gestão dos serviços em saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009. p. 19-44.
  51. NOGUEIRA, R. P. O Trabalho em Serviço de Saúde. In: SANTANA, J.P. et al. *Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos, 1997. p. 183-186.
  52. MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
  53. NUSBAUMER, J. *Les services: nouvelle donne de l'economie*. Paris: Economica, 1984.
  54. MARSHALL, J. N. *Services and uneven development*. Oxford: Oxford University Press, 1988.
  55. WALKER, R. Is there a service economy? *Science and Society*, v. 49, n. 1, 1985, p. 42-83.
  56. CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 563-613.
  57. LEVESQUE, J. F., BERGERON, P. De l'individuel au collectif: une vision décloisonnée de la santé publique et des soins. *Ruptures – Revue transdisciplinaire en santé*, Montréal - Canada, v. 9, n. 2, 2003, p. 73-89.
  58. EXWORTHY, M. The performance paradigm in the English NHS: potential, pitfalls, and prospects. *Eurohealth*, United Kingdom, 2010; v. 16, n. 3, 2010, p. 16-19.
  59. TANAKA, O. Y.; MELO, C. Avaliação de serviços e programas de saúde para a tomada de decisão. In: ROCHA, A. M.; CESAR, C. L. M. (editores). *Saúde pública: bases conceituais*. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 119-131.
  60. TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, 2012, p. 821-828.
  61. UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, 2002, p. 1561-1569.

4.2 ARTIGO 2: MODELOS DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE SISTEMAS DE SAÚDE: UMA METASSUMARIZAÇÃO

Resumo

No bojo da discussão sobre o Estado gerencial, a ‘gestão por desempenho em saúde’ tem defendido a ideia do uso de ‘modelos de avaliação do desempenho’ para mensurar (e comparar) os resultados advindos do trabalho realizado nos sistemas de saúde como o fim último dessas organizações. Assim, tornou-se objetivo desse estudo identificar e analisar os modelos para avaliação de desempenho de sistemas de saúde, registrados na literatura científica mundial indexada em todas as bases de dados relativas ao tema. Para isso usou-se a revisão sistemática da literatura sobre o tema ‘avaliação de desempenho de sistemas de saúde’ compatibilizando-a com uma metassíntese qualitativa do tipo ‘metassumarização’. Do total de artigos (n=32), 23 artigos (71,8%) não apresentam uma definição sobre “desempenho”. Dentre os conceitos subsidiários mais frequentes que compõem a ideia desempenho estão o conceito de ‘eficiência’ (11,9%), ‘qualidade’ (9,5%) e ‘efetividade’ (7,1%). O ‘dashboard’ foi o modelo de avaliação de desempenho mais frequente, sendo encontrado em 35,7% estudos. Apenas 25% dos estudos revisados apresentaram o modelo aplicado aos sistemas de saúde. Neste cenário, longe de se configurarem em ferramentas de gestão úteis à compreensão dos sistemas de saúde, esses modelos apresentam insuficiências que lhes comprometem a potência avaliativa sistêmica.

Descritores: Sistema de Saúde. Avaliação em Saúde. Saúde Pública. SUS. Pesquisa Qualitativa. Revisão de Literatura como Assunto.

Abstract

In the discussion of the managerial state, the 'health performance management' has defended the idea of using 'performance evaluation models' to measure (and compare) the results arising from work performed in health systems as the end last of these organizations. So, it was object of this study to identify and to analyze the models for evaluation of health system performance, recorded in the world scientific literature indexed on all databases on the subject. For this, it was used a systematic literature review on the topic 'evaluation of health systems performance' making it compatible

with a type of qualitative meta-synthesis called 'metassumarization'. Of the 32 articles, 23 (71.8%) did not have a definition of "performance". Among the most frequent subsidiary concepts that built the performance idea was found the concept of 'efficiency' (11.9%), 'quality' (9.5%) and 'effectiveness' (7.1%). The 'dashboard' was the most common performance evaluation model, being found in 35.7% studies. Only 25% of the studies reviewed showed the model applied to health systems. In this scenario, far from being configured into useful management tools for the understanding of health systems, these models have shortcomings that compromise their systemic evaluative power.

Key-words: Health System. Health Evaluation. Public Health. Unified Health System. Qualitative Research. Review Literature as topic.

Introdução

O esgotamento do paradigma clássico da administração levou aos imperativos atuais de controle sobre o gasto e sobre o desempenho das organizações públicas¹. O 'desempenho' como elemento central de um 'novo modelo de gestão' invade a seara organizacional contemporânea, inclusive daquelas relacionadas com a prestação de serviços de saúde. Inicialmente aplicada ao fator humano das organizações (indivíduos), a noção de desempenho vem sendo transportada para níveis estruturais mais amplos (organizações, programas etc.), advogando-se até ser possível uma mensuração de desempenho em níveis de 'sistemas' (no caso: de saúde). O discurso da eficiência e da efetividade paira, por sua vez, no ideário da agenda de pesquisa sobre reforma do Estado². Neste cenário, o desempenho surge como uma palavra-chave da nova forma de gerir serviços públicos, incluindo os de saúde.

Smith (2002)³ afirma que a 'gestão por desempenho em saúde' é um "rol de instrumentos gerenciais desenhados para assegurar o desempenho ótimo de um sistema de cuidados de saúde através do tempo e alinhado a políticas objetivas". Assim, elaborar um 'modelo de avaliação do desempenho' para mensurar (e comparar) os resultados advindos do trabalho realizado nos sistemas de saúde vem se tornando, nessa lógica gerencial, o fim último dessas organizações.

Historicamente, o processo de avaliação do desempenho organizacional esteve atrelado essencialmente à utilização de relatórios financeiros, que expressavam os resultados de uma organização a partir de medidas como lucratividade, rentabilidade de produtos, receita operacional e retorno sobre o patrimônio. Tais indicadores, no entanto, descrevem apenas ‘situações passadas’, sem explicar a geração de valor futuro^{4,5,6}.

Outra vertente que apresenta muita força na administração de empresas é centrar a avaliação do desempenho no esforço individual para cumprimento de tarefas. Logo, nessa vertente, ganha força a avaliação de desempenho com foco no ‘pessoal’. Esse tipo de avaliação é entendido como uma apreciação sistemática do desempenho de cada pessoa em função das atividades que ela desempenha, das metas/resultados a serem alcançados e do seu potencial de desenvolvimento⁷. Para alguns autores, o termo ‘avaliação de desempenho’ confunde-se como o termo ‘avaliação de desempenho de pessoal’, como está na definição apresentada por Neto e Gomes (2003)⁸ segundo a qual a avaliação de desempenho “tem como principal objetivo diagnosticar e analisar o desempenho individual e grupal dos funcionários, promovendo o crescimento pessoal e profissional, bem como um melhor desempenho”.

De fato os relatórios financeiros ou de avaliação de pessoal encontram-se longe de expressar a totalidade de uma organização. Por outro lado, o novo momento das organizações tem feito com que surjam outros métodos de avaliação de desempenho, com uma abordagem completamente inovadora⁹ e focada em uma perspectiva ‘global’ da organização. Nesse sentido, Zago et al (2008)¹⁰ afirmam que a avaliação de desempenho, sob diferentes perspectivas, deve permitir uma análise ‘global’ da situação da organização, bem como identificar processos passíveis de melhoria e adequação.

Em busca de uma visão integradora, Barrette e Bérard (2000)¹¹ sugerem que um ‘sistema de gestão do desempenho’ deve associar os objetivos estratégicos da organização a medidas concretas de melhoria do desempenho organizacional. Para estes autores seriam necessárias para isto as seguintes medidas: a) medidas primárias: desempenho financeiro; b) medidas secundárias: aquisição de novos clientes, indicadores de qualidade e segurança, criação de novos produtos, redução do ciclo da produção, satisfação dos empregados; c) medidas terciárias: agregação de medidas de desempenho sobre o controle de qualidade. Nesse ponto, identifica-se a tentativa de não restringir a avaliação do desempenho organizacional às pessoas ou aos relatórios

financeiros, mas sem desconsiderá-las, partir para uma aferição mais geral do desempenho por vir a ser.

No exercício de um ponto de vista organizacional global, Lauzel e Cibert (1959)¹² propõem que um método de avaliação de desempenho deve responder a quatro perguntas: 1) ‘quem?’ Deve representar quem são os responsáveis dentro da estrutura administrativa; como se dá a delegação das tarefas; e como funcionam os sistemas de comunicação e informação na empresa; 2) ‘o quê?’ Deve tornar possível saber quais as informações que interessam a uma determinada função e a uma determinada responsabilidade na organização; 3) ‘como?’ Deve assinalar as tendências ou os acontecimentos incomuns e orientar em direção a análise mais aprofundada; e 4) ‘quando?’ Deve ter a frequência necessária para comunicar uma mesma informação em um ou mais níveis hierárquicos, ou em um mesmo nível hierárquico, variando a natureza das informações. Deve-se ainda respeitar as características dos negócios e da estrutura de cada organização. Assim, vários modelos de avaliação de desempenho organizacionais, ditos globais, foram concebidos com fins de captar a totalidade das organizações e identificar o papel de cada parte na determinação do desempenho.

Assim, o primeiro e mais antigo dos modelos de avaliação de desempenho, é chamado de ‘Tableau du Bord’ (também conhecido como ‘painel de indicadores’). Este é definido como um conjunto de medidas que inclui tanto indicadores financeiros como não financeiros, que pretende traduzir a missão e a visão da organização em objetivos dos quais se derivariam os fatores críticos de sucesso da organização. O conjunto dos indicadores que refletem os processos críticos da organização são chamados de KPI (‘Key Performance Indicators’), estes devem ser monitorados para se mensurar o desempenho da organização¹³. Nesse sentido, o painel de indicadores é um instrumento gerencial útil para a busca de melhorias no controle interno e na avaliação de desempenho da instituição¹⁴.

Outro modelo idealizado foi o Método de Martindell. Neste, o método de avaliação deve atender aos seguintes requisitos: a) flexibilidade: a sua aplicação deve ser estendida a diversos tipos de administração e a vários campos do conhecimento; b) inteligibilidade: trata-se do entendimento quanto às propriedades das questões abordadas retratarem a situação da organização; c) comparabilidade: possibilidade de comparação entre as várias organizações; d) mensurabilidade: medidas que refletem a

qualidade da administração; e, e) enfoque sistêmico: consideram-se as várias interrelações e a interdependência que ocorrem dentro das organizações.

Outro método considerado dentro da perspectiva deste estudo é aquele decorrente da chamada Administração por Objetivos (APO), criada por Peter Drucker, que o propõe como um método de controle sobre o desempenho de áreas e organizações em crescimento rápido focado em: a) estabelecimento de metas; b) desenvolvimento de planos de ação; c) revisão dos progressos; d) ‘avaliação do desempenho global’¹⁵. E com base nestas premissas, Buchele (1971)¹⁶ criou o método da avaliação direta, que, através da análise dos processos administrativos, consiste em realizar: a) análise da força competitiva: passado, presente e futuro, em que são avaliados: planos e objetivos, produtos ou serviços, capacidade de desenvolvimento de produtos ou serviços; b) análise dos departamentos principais, em que são avaliados: extensão do desenvolvimento dos departamentos, ‘registro do desempenho’, características da administração; c) análise financeira, em que são avaliados: tendências da situação geral, posição atual, aproveitamento das informações, estrutura do capital, valor da empresa; d) análise da administração de cúpula, em que são avaliados: identificação e registro da administração de cúpula, tendências da capacidade da administração de cúpula e sucessão administrativa¹⁶.

Retirando-se o foco dos ‘objetivos’ e colocando-o na ‘estratégia’ da empresa, o ‘Balanced Scorecard’ (ou tabela balanceada) é o principal representante deste tipo de modelo, dito, ‘estratégico’. Este apresenta quatro perspectivas diferentes que “equilibram os objetivos de curto e longo prazos, os resultados desejados e os vetores de desempenho desses resultados, as medidas concretas e as medidas subjetivas mais imprecisas”. Estas perspectivas são: a) Financeira: estratégia para crescimento, lucro e risco percebido pela perspectiva dos acionistas; b) Clientes: estratégia para criação de valor e diferenciação pela perspectiva do cliente; c) Processos de negócios internos: prioridades estratégicas para vários processos de negócios que levam à satisfação do cliente e do acionista; d) Aprendizado e crescimento: prioridades para criar uma atmosfera que dê apoio ao crescimento, à inovação e às mudanças organizacionais¹⁷.

Ainda se tratando dos modelos organizacionais de avaliação de desempenho, o Método ‘Skandia Navigator’ é defendido por Svelby (1998)¹⁸. O navegador consiste em cerca de trinta indicadores-chave divididos em cinco áreas, sendo o foco financeiro referente aos

resultados ocorridos (passado) e os focos nos clientes, nos recursos humanos e nos processos voltados ao que ocorre no momento na empresa (presente). O foco restante se refere à capacidade de renovação e de desenvolvimento da organização, competências que permitiriam vislumbrar seu futuro.

Outro modelo usado contemporaneamente é o ‘SIGMA Sustainability Scorecard’, composto por quatro perspectivas básicas de avaliação de desempenho: a) perspectiva da sustentabilidade: como nós entendemos o sucesso desta organização em termos de desenvolvimento sustentável e objetivo de sustentabilidade? Que indicadores de performance sociais, econômicos e ambientais são relevantes, de acordo com a missão, a visão e os valores da organização?; b) perspectiva do ‘stakeholder’ externo: quanto deve a organização se comprometer com, e ser responsável por, seus ‘stakeholders’ a fim de alcançar sua contribuição para um desenvolvimento sustentável?; c) perspectiva do ‘stakeholder’ interno: como devem ser realizadas as atividades da administração e os processos da organização a fim de satisfazer seus ‘stakeholders’ e alcançar sua contribuição para um desenvolvimento sustentável?; e, d) perspectiva do conhecimento e habilidade: como a organização aprende, inova e melhora com o objetivo de obter excelência em suas atividades e processos administrativos para alcançar suas contribuições para o desenvolvimento sustentável?¹⁹.

Findando os modelos de base organizacional, o ‘Multi Criteria Decision Aid Construtivista’ (MCDA-C) insere-se nas metodologias de decisão que empregam métodos multicritérios baseados na abordagem de subordinação de síntese para agregação matemática dos critérios do modelo e assume o construtivismo como paradigma norteador do processo de apoio à decisão²⁰.

Transcendendo à questão organizacional, a avaliação alcança o âmbito dos programas públicos através da lógica de mensuração de resultados, como propõe Dubois et al (2011)²¹, nas etapas históricas de evolução da avaliação e suas gerações (primeira, segunda, terceira e a atual quarta geração). Focando-se no aspecto desempenho associado à avaliação de programas, o tema vem sendo cada vez mais explorado. Garces e Silveira (2002)²² referem que a avaliação de desempenho [dos programas] é uma das etapas mais importantes do ciclo de gestão brasileiro. Seu objetivo é assegurar o aperfeiçoamento contínuo dos programas e do plano, provendo subsídios para corrigir falhas de concepção e execução, atualizar objetivos e metas em relação às demandas da

sociedade e garantir que os resultados desejados para o público-alvo ocorram efetivamente.

No Brasil, a avaliação de desempenho de programas está ainda encerrada na ideia de ‘monitoramento e avaliação de políticas públicas’ que, de certa forma, também são uma manifestação do novo paradigma gerencial no setor público. Internacionalmente, os programas vêm sendo periodicamente avaliados por seus desempenhos. Os melhores exemplos são a iniciativa norte-americana da ‘avaliação de políticas públicas com foco na equidade’ (‘equity-focused based evaluation’)²³ e a experiência inglesa da ‘saúde em todas as políticas públicas’ (‘health in all policies’)²⁴.

Quando se extrapola o olhar das ‘políticas públicas’ para ‘sistemas’, e no caso deste estudo, com o foco nos ‘sistemas de saúde’ (e não em ‘sistemas de serviços de saúde’)²⁵, a avaliação de desempenho se torna ainda mais problemática e insuficiente por razões que vão desde dificuldades conceituais, metodológicas, até a existência de dados que melhor caracterizem o sistema de forma confiável. Contudo, uma ideia é unânime sobre a avaliação de desempenho: ela é tida como necessária e esforços deveriam ser realizados neste sentido²⁶.

A arquitetura dos modelos de avaliação de desempenho para sistemas de saúde que se vem construindo para este propósito deve alicerçar-se num conjunto de escolhas que devem refletir muito bem o contexto de sua utilização. Essas escolhas dizem respeito a: 1) o objeto da avaliação; 2) a conceitualização do desempenho; 3) a meta da avaliação e o público-alvo; 4) os valores, interesses, estratégias e prioridades dos principais atores envolvidos; e, 5) a exequibilidade operacional²⁷. O quadro teórico de desempenho dos sistemas de saúde tradicionalmente usado pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) foi baseado em diversos construtos (ou dimensões). Ele considera os serviços de saúde como um dos determinantes de saúde ao lado do ambiente, estilo de vida e genética (o clássico modelo de Lalonde). Quatro funções nos sistemas de saúde são identificadas (manutenção da saúde, recuperação da saúde, viver com incapacidades e lidar com o fim da vida) e operacionaliza a qualidade em três domínios (efetividade, segurança e foco no paciente) ao lado do acesso, custos e equidade²⁶.

Em cumprimento às resoluções do Conselho Executivo da Organização Mundial de Saúde, em maio de 2001 a Organização Pan-americana da Saúde realizou uma consulta

regional sobre o Relatório Mundial de Saúde 2000 ('World Health Report 2000')²⁸. Naquela ocasião, considerou-se que 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 sistemas de saúde, além de estar centrada na avaliação quantitativa e qualitativa do grau de realização de objetivos e metas dos sistemas. Nesse sentido, recomendou-se 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.

Conforme assinalado por Klazinga (2012)²⁶, apesar de poder ajudar na construção de dados estatísticos longitudinais da população, a mensuração dos resultados de sistemas de saúde é desafiadora, sobretudo quando tais resultados podem ser atribuídos ao desempenho atual dos serviços de saúde. Apesar do desafio da mensurabilidade, o desafio da gestão reside em como estabelecer associação entre mensuração de resultados e iniciativas políticas tais como financiamento (associação da alocação de recursos pelo desempenho) ou programas nacionais de melhoria da qualidade.

Para Champagne e Contandriopoulos (2005)²⁷, a principal crítica aos modelos de avaliação de desempenho para sistemas de saúde reside no fato de que estes parecem terem emergido dos dados disponíveis, ou terem sido replicados a partir de outras experiências de avaliação que não dialogam com a realidade no qual o modelo está sendo aplicado. Algo que parece ser uma questão difícil de resolver pela tensão entre o particular e o geral. Haja vista, como expõe Tanaka e Tamaki (2012)²⁹ que a gestão dos serviços de saúde tem de levar em consideração tanto 'aspectos internos' – organização e funcionamento do serviço – como 'aspectos externos' – o seu papel no sistema de saúde e o impacto na saúde da população. Embora as medidas de qualidade do cuidado se apresentem como um desafio para muitos serviços de saúde, atualmente há um interesse cada vez maior não na avaliação da qualidade de componentes individuais do sistema, mas, sim, no desempenho do sistema de saúde como um todo²⁶.

Face a essa tensão, Tanaka e Tamaki (2012)²⁹ ratificam que avaliar requer a objetividade necessária para tornar o processo factível dentro do tempo e dos recursos disponíveis, 'mesmo que para isso seja necessário simplificar processos', limitar a

profundidade do estudo e relativizar a precisão e abrangência dos resultados, preservando o que lhe é essencial: a contribuição para a tomada de decisão e sua implementação. Mas esse pragmatismo avaliativo pode, em certos casos, comprometer-lhe irremediavelmente o propósito. Alguns trabalhos têm sugerido que os estudos de avaliação devem realizar uma separação analítica entre os níveis macro (formulação de políticas), o nível meso (gestão) e o nível micro (prestação direta de serviços). A ideia é que a separação entre esses níveis, planos ou enfoques analíticos permite identificar melhor as distintas lógicas de interação e ação social que demandam indicadores específicos e compreendem estratégias particulares de mudança³⁰.

Em extensa revisão bibliográfica sobre sistemas de saúde, Hoffman et al (2012)³¹ identificaram 41 quadros teóricos diferentes, aos quais classificaram como ‘quadros teóricos dos sistemas’ (aqueles que focam em todo o sistema de saúde), ‘subquadros teóricos’ (aqueles que focam em uma parte específica do sistema de saúde) e ‘supraquadros teóricos’ (aqueles que focam em como outros sistemas sociais interagem com o sistema de saúde). Em estudo posterior, Smith e Papanicolas (2012)³² identificaram que todos os sistemas de saúde apresentam em comum os seguintes domínios, que poderiam ser utilizados para a avaliação de seus desempenhos: a) saúde da população; b) resultados [da prestação] dos serviços de saúde; c) equidade; d) proteção financeira; e) capacidade de resposta; e, f) eficiência.

Uma vez que o tema é controverso, e a literatura sobre o assunto difusa, este estudo tem como objetivo identificar e analisar os modelos para avaliação de desempenho de sistemas de saúde, registrados na literatura científica mundial indexada em bases de dados pertinentes.

Metodologia

Foi realizada uma revisão sistemática da literatura sobre o tema ‘avaliação de desempenho de sistemas de saúde’. É reconhecido que processos de revisões sistemáticas clássicas, conforme o padrão Cochrane, foram concebidas inicialmente para revisar aspectos de ordem eminentemente clínicos^{33,34}. Como nesta revisão não se busca captar evidências de ordem clínica e sim sentidos, significados e teorias a respeito

de um tema específico, optou-se pela utilização de procedimentos metodológicos típicos da revisão sistemática padrão Cochrane buscando compatibilizá-los com a metassíntese qualitativa.

Como propõem Sandelowski e Barroso (2012)³⁵, a metassíntese qualitativa é uma integração interpretativa de resultados qualitativos que são, em si mesmos, a síntese interpretativa de dados, incluindo fenomenologia, etnografia, teoria fundamentada nos dados, bem como outras descrições, coerentes e integradas, ou explicações de determinados fenômenos, eventos, ou de casos que são as marcas características da pesquisa qualitativa. Logo, neste estudo, duas partes podem ser identificadas: a) a busca, identificação e sistematização dos estudos relacionados ao tema; e, b) a análise e síntese dos estudos incluídos.

Quanto à busca, identificação e revisão seguiu-se o protocolo Cochrane para revisões sistemáticas. Em estudos de revisão sistemática é necessário que os pesquisadores identifiquem ‘itens-chave’ na pergunta de pesquisa que sirvam de subsídio para a eleição dos descritores. Estes descritores, sob uma estratégia de busca adequadamente delineada, são a base para a identificação dos estudos^{36,37}. Nas revisões sistemáticas clássicas, os itens-chaves são: a) os participantes (situação clínica); b) as intervenções (comparações feitas entre os grupos); c) os desfechos clínicos de interesse (variáveis estudadas); d) o tipo de estudo em questão³⁸. No entanto, no presente estudo os autores adotaram a adaptação para uma revisão sistemática ‘conceitual’ realizada por Jardim et al (2007)³⁹, em que os itens identificados estavam de acordo com a seguinte pergunta de pesquisa: ‘O que a literatura mundial dispõe sobre avaliação de desempenho de sistemas e serviços de saúde?’, na qual os itens-chaves foram ‘literatura mundial’ (amplitude da revisão), ‘avaliação de desempenho’ (objeto da revisão) e, ‘sistemas e serviços de saúde’ (qualificador do objeto da revisão).

O processo de identificação de estudos foi uma busca tão ampla quanto possível. O objetivo foi garantir que o maior número possível de estudos (publicados) fosse considerado na seleção. A técnica de identificação de estudos em revisões sistemáticas é tradicionalmente baseada em cinco fontes de identificação de estudos primários: a) grupo Cochrane de revisão; b) lista de referências de estudos selecionados; c) comunicação pessoal; d) bases de dados eletrônicas; e, e) busca manual. No entanto, dadas as características do objeto desta revisão, foram utilizados apenas os itens ‘b’, ‘d’

e ‘e’. As bases de dados utilizadas foram a PubMed, Scopus, EMBASE, PubAdm e Lilacs/SciELO.

A seleção dos estudos foi feita observando-se os itens-chaves da pergunta de pesquisa. Os idiomas incluídos foram português, inglês e espanhol. A seleção foi conduzida por dois revisores. Independentemente, os revisores avaliaram os títulos e os resumos de todos os estudos identificados e, em uma primeira reunião consensual, validaram entre si seus achados. No caso de dúvidas sobre a inclusão ou não de um estudo, um terceiro revisor foi convocado para decidir. Após essa fase, os estudos foram consensualmente considerados como ‘selecionados’ para a revisão por contemplarem sua amplitude, objeto e qualificação.

Quanto à análise e síntese desses estudos, procedeu-se à avaliação do texto completo de todos os estudos considerados à luz do método da metassíntese qualitativa. Encontram-se descritas na literatura três estratégias para a síntese de resultados de estudos qualitativos. A primeira envolve a integração de resultados de múltiplos caminhos desenvolvidos em um programa de pesquisa por um mesmo investigador. A segunda consiste na síntese dos resultados de pesquisas de diferentes investigadores, integradas por técnicas como análise comparativa qualitativa, tradução recíproca de metáforas chave (categorizando a informação obtida dos dados individuais em ‘variáveis-chave’), análise de conteúdo, entre outras. A terceira envolve o uso de métodos quantitativos para reunir resultados qualitativos de diferentes estudos, de modo a transformá-los em dados passíveis de análise estatística (metassummarização)⁴⁰. Neste estudo optou-se pela ‘metassummarização’ como forma de síntese qualitativa.

Em estudos de metassíntese, a depender do foco, é importante que os estudos selecionados sejam analisados dentro de padrões de qualidade⁴¹. Recomenda-se a análise de alguns critérios de qualidade como: vivacidade descritiva, precisão analítica, relevância heurística e congruência metodológica. Alguns autores⁴⁰ sugerem métodos padronizados como o ‘Critical Appraisal Skills Programme’ (CASP), por exemplo. Neste estudo, por se tratar de uma revisão qualitativa conceitual, aplicou-se como filtro de qualidade a ‘vivacidade descritiva’ dos conceitos identificados nos estudos. Este processo foi conduzido em uma segunda reunião consensual, em que foram definidos os estudos a serem ‘incluídos’ na revisão.

No processo de metassumarização, os estudos incluídos foram lidos na íntegra e destes foram extraídos os principais conceitos (contrastes e semelhanças) (critério 1), termos subsidiários (critério 2), modelos de avaliação de desempenho utilizados (organizacionais e sistêmicos) (critério 3), características a serem levadas em consideração na análise de sistemas de saúde (critério 4). Após essa identificação, os dados foram qualificados e quantificados. Por fim, obteve-se a sumarização dos dados relativos à síntese qualitativa de seus significados.

Resultados

Foram identificados na busca inicial 56 estudos. Destes, 1 estudo foi excluído por ser um estudo repetido, restando 55 identificados sem repetição. Dos 55 estudos foram excluídos 10 que não apresentavam resumo e 9 que não eram artigos originais. Restaram, portanto, 36 artigos originais. Nenhum dos 36 se apresentou em outro idioma que não o português, inglês ou espanhol.

Em primeira reunião consensual dois revisores classificaram esses artigos originais. Essa classificação foi realizada através da identificação dos itens-chaves (“amplitude”, “objeto” e “qualificador”) no título e/ou resumo. Obteve-se então os artigos “selecionados” (32 artigos) e os “não-selecionados” (4 artigos). Ainda se observou artigos ambíguos (1 artigo). Para este, um terceiro revisor foi solicitado a avaliar por sua inclusão ou não aos selecionados. Quanto à análise do artigo ambíguo, ao julgar sua inclusão ou não, o terceiro revisor avaliou que ele não deveria compor o rol dos selecionados por não ter sido possível identificar todos os itens-chaves na sua constituição não contribuindo, em decorrência, para responder à pergunta de pesquisa.

Ao final da primeira reunião, foi consenso que 32 artigos foram selecionados para compor a revisão sistemática (Quadro 1). O fluxograma que esquematiza a sequência desde a identificação dos estudos até os artigos selecionados está na Figura 1.

A metassumarização teve início no momento em que os 32 artigos foram lidos na íntegra. Então, a partir dos critérios de vivacidade descritiva, estabelecidos para análise do objeto desta metassíntese, os artigos foram classificados como inclusos ou não

inclusos tomando esses critérios como aferição de qualidade. Assim, após uma segunda reunião consensual, dos 32 artigos, 4 não preenchiam todos os critérios relacionados à vivacidade descritiva, sendo portanto, excluídos por insuficiência qualitativa. Os Quadros 2, 4, 5 e 6 indicam os artigos incluídos na revisão segundo os critérios de vivacidade descritiva.

*(Lawthers AG, 1996; Neiger BL et al, 2012; Lauer JA et al, 2004; Malta DC et al, 2007)

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos artigos incluídos nos critérios da revisão sistemática e da metassumariação.

n°	Base de Dados	Descritores (Cruzamento)	Autores	Título	Fonte	Ano
1	SCOPUS	Health Indicator AND Performance	Arah OA, Westert GP ⁴²	Correlates of health and healthcare performance: applying the Canadian health indicators framework at the provincial-territorial level	BMC Health Services Research; 5:76	2005
2	SCOPUS	Health Indicator AND Performance	Eggli Y et al ⁴³	Ambulatory healthcare information system: A conceptual framework	Health Policy;78(1):26-38	2006
3	SCOPUS	Health Indicator AND Performance	Kruk ME, Freedman LP ⁴⁴	Assessing health system performance in developing countries: A review of the literature	Health Policy;85(3):263-7	2008
4	PUBMED	Process Assessment Health Care AND Public Health Administration	Olsen IT ⁴⁵	Sustainability of a health care: a framework analysis	Health Policy and Planning; 13(3):287-295	1998
5	PUBMED	National Health System AND Process Assessment Health Care	Walley P, Silvester K, Mountford S ⁴⁶	Health-care process improvement decisions: a systems perspective	International Journal of Health Care Quality; 19(1):93-104	2006
6	PUBMED	National Health System AND Process Assessment Health Care	Mannion R, Marini G, Street A ⁴⁷	Implementing payment by results in the English NHS: Changing incentives and the role of information	Journal of Health Organization and Management; 22(1):79-88	2008
7	PUBMED	National Health System AND Process Assessment Health Care	Locock L ⁴⁸	Healthcare redesign: meaning, origins and application	Qual Saf Health Care; 12:53-58	2003
8	PUBMED	National Health System AND Process Assessment Health Care	Lega F, Vendramini E ⁴⁹	Budgeting and performance management in the Italian National Health System (INHS): Assessment and constructive criticism	Journal of Health Organization and Management; 22(1):11-22	2008
9	PUBMED	National Health System AND Process Assessment Health Care	Benavent J et al ⁵⁰	Using pay-for-performance to introduce changes in primary healthcare centres in Spain: first year results	Quality in Primary Care; 17:123-31	2009
10	PUBMED	Evaluation Health Performance [ti]	Viacava et al ⁵¹	Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro	Ciência & Saúde Coletiva; 9(3):711-724	2004
11	PUBMED	Evaluation Health Performance [ti]	Pereira et al ⁵²	Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde	Rev Gaúcha Enferm.; 32(1):48-55	2011
12	PUBMED	Evaluation Health Performance [ti]	Neiger BL et al ⁵³	Use of Social Media in Health Promotion : Purposes, Key Performance Indicators, and Evaluation Metrics	Health Promot Practice; 13:159-164	2012
13	PUBMED	Evaluation Health Performance [ti]	Moreira EMM, Costa EA ⁵⁴	Avaliação de desempenho da Agência Nacional de Vigilância Sanitária no modelo de contrato de gestão	Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 3):3381-3391	2010
14	PUBMED	Evaluation Health Performance [ti]	Martins M, Travassos C, Noronha JC ⁵⁵	Sistema de Informações Hospitalares como ajuste de risco em índices de desempenho	Rev Saúde Pública;35(2):185-192	2001
15	PUBMED	Evaluation Health Performance [ti]	Ibañez N et al ⁵⁶	Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo	Ciência & Saúde Coletiva;11(3):683-703	2006
16	PUBMED	Evaluation Health Performance [ti]	García-Atlés A et al ⁵⁷	Análisis del desempeño de los servicios sanitarios de Cataluña: evaluación de los primeros resultados del proyecto demostrativo	GacSanit.; 23(5):465-472	2009
17	PUBMED	Evaluation Health Performance [ti]	Bonacim CAG, Araújo AMP ⁵⁸	Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar	Ciência & Saúde Coletiva; 16(Supl. 1):1055-1068	2011
18	PUBMED	Communitary Health Planning AND Performance	Conrad DA, Shortell SM ⁵⁹	Integrated health systems: Promise and performance	Frontiers of Health Services Management;13(1):3-40	1996
19	PUBMED	Ambulatory Care Inform System AND performance	Radford A et al ⁶⁰	A Comparative Performance Scorecard for Federally Funded Community Health Centers in North Carolina	Journal of Healthcare Management;52(1):20-33	2007
20	PUBMED	Ambulatory Care Inform System AND performance	Lawthers AG ⁶¹	III Validity Review for performance measures	International Journal for Quality in Health Care; 8(3):229-306	1996
21	LILACS	Avaliação de Desempenho AND Sistemas de Saúde	Viacava F et al ⁶²	Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise	Ciência & Saúde Coletiva; 17(4):921-934	2012
22	LILACS	Avaliação de Desempenho AND Sistemas de Saúde	Szwarcwald CL, Viacava F ⁶³	Pesquisa Mundial de Saúde: aspectos metodológicos e articulação com a Organização Mundial da Saúde	Rev Bras Epidemiol; 11(supl1): 58-66	2008
23	LILACS	Avaliação de Desempenho AND Sistemas de Saúde	Szwarcwald CL et al ⁶⁴	Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003	Rev. Bras. Saúde Matern. Infant; 5 (Supl 1): S11-S22.	2005
24	EMBASE	health system_ti AND performance_tilim-public health lim-embase	Ten Asbroek AHA et al ⁶⁵	Developing a national performance indicator framework for the Dutch health system	International Journal for Quality in Health Care; 16(S1):65-71	2004
25	EMBASE	health system_ti AND performance_tilim-public	Smith PC ⁶⁶	Measuring health system performance	Eur J Health Econom; 3:145-148	2002

		health lim-embase				
26	EMBASE	health system_ti AND performance_tilim-public health lim-embase	Masiye F ⁶⁷	Investigating health system performance: An application of data envelopment analysis to Zambian hospitals	BMC Health Services Research; 7(58):1-11.	2007
27	EMBASE	health system_ti AND performance_tilim-public health lim-embase	Lauer JA et al ⁶⁸	World health system performance revisited: the impact of varying the relative importance of health system goals	BMC Health Services Research; 4(19):1-8.	2004
28	EMBASE	health system_ti AND performance_tilim-public health lim-embase	Ingram RC et al ⁶⁹	Local Public Health System Performance and Community Health Outcomes	Am J PrevMed; 42(3):214-220	2012
29	EMBASE	health system_ti AND performance_tilim-public health lim-embase	Heywood P, Yoounjoung C ⁷⁰	Health system performance at the district level in Indonesia after decentralization	International Health and Human Rights; 10(3):1-12.	2010
30	EMBASE	health system_ti AND performance_tilim-public health lim-embase	Handler A, Issel M, Turnock B ⁷¹	A Conceptual Framework to Measure Performance of the Public Health System	American Journal of Public Health; 91(8):1235-1239	2001
31	EMBASE	health system_ti AND performance_tilim-public health lim-embase	Gauld R et al ⁷²	Scorecards for health system performance assessment: The New Zealand example	Health Policy; 103:200-208	2011
32	DEDALUS	Desempenho organizacional [ti]	Malta DC et al ⁷³	Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil	Epidemiol. Serv. Saúde; 16(4):233-244	2007

Quadro 1. Artigos selecionados na revisão sistemática da literatura por bases de dados utilizadas.

n°.	Autores	Título	Conceituação dos termos	
			Desempenho	Sistemas/serviços de Saúde
1	Arah OA, Westert GP	Correlates of health and healthcare performance: applying the Canadian health indicators framework at the provincial-territorial Level	“Desempenho de Saúde” como os resultados finais de saúde finais (medida como estado de saúde e os determinantes não-médicos da saúde e dos serviços de saúde); “Desempenho de serviços de saúde” como o grau de manutenção do funcionamento do sistema de serviços (dimensões: aceitabilidade, acessibilidade, efetividade, adequação, segurança, vigilância em saúde).	-
2	Eggli Y et al	Ambulatory healthcare information system: a conceptual framework	O “desempenho” foi definido como a medida em que o sistema satisfaz os objetivos, isto é, a distância entre o esperado e observado.	-
3	Olsen IT	Sustainability of a health care: a framework analysis	“Sustentabilidade” como um “Desempenho Interno”(processo de transformação de “recursos” em “resultados” e resultados de acordo com os critérios de equidade, eficiência e efetividade);	O serviço de saúde é “sustentável” quando opera por um sistema organizacional com habilidade de longo prazo para mobilizar e alocar recursos suficientes e apropriados (trabalhadores, tecnologia, informação e finanças) para atividades que se direcionem às necessidades/demandas dos indivíduos e da saúde pública.
4	Kruk ME, Freedman LP	Assessing health system performance in developing countries: A review of the literature	Desempenho (de sistemas de saúde) = equidade + eficiência + efetividade;	Sistemas de saúde (definição OMS): todas as atividades cujo objetivo principal é para promover, restaurar ou manter a saúde.
5	Walley P, Silvester K, Mountford S	Health-care process improvement decisions: a systems perspective	Gestão do desempenho dentro da literatura acadêmica é retratado como um processo estratégico que integra a medição através das fronteiras funcionais, para produzir um conjunto consistente.	-
6	Mannion R, Marini G, Street A	Implementing payment by results in the English NHS: Changing incentives and the role of information	Não apresenta definição de desempenho; Desempenho (hospitalar) estimulado pelo pagamento por resultados.	-
7	Locock L	Healthcare redesign: meaning, origins and application	Não apresenta definição de desempenho; Relaciona o “desempenho” ao melhoramento dos serviços. O melhoramento é função da qualidade(não define qualidade).	-
8	Lega F, Vendramini E	Budgeting and performance management in the Italian National Health System (INHS): Assessment and constructive criticism	Não apresenta um conceito de desempenho; Relaciona o “desempenho” como uma definição de objetivos estratégicos	-
9	Benavent J et al	Using pay-for-performance to introduce changes in primary	Não apresenta definição de desempenho;	-

		healthcare centres in Spain: first year results	Relaciona desempenho à qualidade.	
10	Viacava F et al	Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro	“Desempenho”, em geral, se refere ao grau de alcance dos objetivos dos sistemas de saúde; “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; “Medida de desempenho” é a inter-relação entre essas “metas” e “componentes”; “Desempenho dos sistemas de saúde” é medir desempenho em termos de qualidade, eficiência e equidade; “Avaliar o desempenho dos sistemas de saúde” é montar sistemas de gerenciamento de desempenho na perspectiva de impulsionar mudanças de comportamentos que possibilitem conseguir melhores resultados. A avaliação de desempenho dependerá, portanto, da clareza sobre os princípios, objetivos e metas dos sistemas de saúde que se quer avaliar, que por sua vez, vão embasar a escolha das dimensões que serão objeto da avaliação de desempenho.	-
11	Pereira et al	Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de atenção básica à saúde	Não define desempenho (organizacional); Sugere que o desempenho (organizacional) é a soma dos atributos da APS medidos por uma escala Lickert.	-
12	Neiger BL et al *	Use of Social Media in Health Promotion: Purposes, Key Performance Indicators, and Evaluation Metrics	Não apresenta definição de desempenho; Trabalha questões relacionadas aos indicadores de acesso à mídia.	-
13	Moreira EMM. Costa EA	Avaliação de desempenho da Agência Nacional de Vigilância Sanitária no modelo de contrato de gestão	Não apresenta uma definição de desempenho; Sugere que o desempenho é um grau (medida) de aproximação a uma meta organizacional pré-estabelecida.	-
14	Martins M, Travassos C, Noronha JC	Sistema de Informações Hospitalares como ajuste de risco em índices de desempenho	Não apresenta uma definição de desempenho.	-
15	Ibañez N et al	Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo	Não define desempenho (organizacional); Sugere que o desempenho (organizacional) é a soma dos atributos da APS medidos por uma escala Lickert.	-
16	García-Atlés A et al	Análisis del desempeño de los servicios sanitarios de Cataluña: evaluación de los primeros resultados del proyecto demostrativo	“Desempenho” é que se baseia na definição de indicadores que permitem medir os objetivos dos serviços de saúde para sua posterior avaliação e que se operacionalize a marcha das intervenções para definições de políticas e prestação de contas ante a sociedade.	-
17	Bonacim CAG, Araújo AMP	Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar	Não define desempenho.	-
18	Conrad DA. Shortell SM	Integrated health systems: Promise and performance	Não define desempenho (organizacional – com foco no hospital); Trabalha com foco na discussão da integralidade nos sistemas de saúde. Como conseguir formar Sistemas de Saúde Integrados. Coloca o bom desempenho como resultante da integração entre os serviços (cadeia de valor, economia de escala e escopo)	-
19	Radford A et al	A Comparative Performance Scorecard for Federally Funded Community Health Centers in North Carolina	Não define desempenho (organizacional); Sugere que o desempenho (organizacional) é a soma dos atributos da CHC medidos por uma escala Lickert.	-
20	Lawthers AG*	III Validity Review for performance measures	Não apresenta definição de desempenho; Trabalha questões relacionadas aos	-

			indicadores clínicos do atendimento em saúde.	
21	Viacava F et al	Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise	Não apresenta uma definição sobre o que é o desempenho.	-
22	Szwarcwald CL, Viacava F	Pesquisa Mundial de Saúde: aspectos metodológicos e articulação com a Organização Mundial da Saúde	Não apresenta uma definição sobre o que é o desempenho.	-
23	Szwarcwald CL et al	Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003	Não apresenta uma definição sobre o que é o desempenho.	-
24	Ten Asbroek AHA et al	Developing a national performance indicator framework for the Dutch health system	Não apresenta uma definição sobre o que é o desempenho.	-
25	Smith PC	Measuring health system performance	Dados de “Desempenho para Serviços de Saúde” apresentam duas grandes funções: identificar em geral o que funciona para promover o alcance dos objetivos dos sistemas de saúde e identificar a competência funcional dos trabalhadores específicos ou das organizações.	-
26	Masiye F	Investigating health system performance: An application of data envelopment analysis to Zambian hospitals	“Desempenho” como eficiência técnica da provisão de serviços públicos de saúde.	-
27	Lauer JA et al*	World health system performance revisited: the impact of varying the relative importance of health system goals	Não apresenta uma definição sobre o que é o desempenho. Trabalha questões relacionadas aos aspectos estatísticos do relatório apresentado pela OMS em 2000.	-
28	Ingram RC et al	Local Public Health System Performance and Community Health Outcomes	Não apresenta uma definição sobre o que é o desempenho.	-
29	Heywood P, Yoonjung C	Health system performance at the district level in Indonesia after decentralization	Não apresenta uma definição sobre o que é o desempenho.	-
30	Handler A, Issel M, Turnock B	A Conceptual Framework to Measure Performance of the Public Health System	Não apresenta uma definição sobre o que é o desempenho.	-
31	Gauld R et al	Scorecards for health system performance assessment: The New Zealand example	Não apresenta uma definição sobre o que é o desempenho.	-
32	Malta DC et al*	Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil	Não apresenta uma definição sobre o que é o desempenho. Trabalha a questão do desempenho como produto final de uma lista de causa de mortes evitáveis que, se trabalhada adequadamente melhoram o desempenho dos serviços.	-

*Artigos que, após a leitura na íntegra, não puderam ser classificados quanto a todos os critérios de vivacidade descritiva

Quadro 2. Artigos selecionados segundo a conceituação dos termos: ‘desempenho’ e ‘sistemas de saúde’.

Do total de artigos (n=32), 23 artigos (71,87%) não apresentam a definição do que “desempenho” vem a ser (Quadro 2). Em apenas 2 artigos (6,25%) os autores se preocuparam em definir “sistemas/serviços de saúde”. Dos 9 artigos que apresentam alguma definição sobre desempenho, 2 artigos (22,22%) apresentam diferenciações semânticas importantes para definições do desempenho em relação aos adjetivos que os qualificam (desempenho de saúde, medida de desempenho, avaliação de desempenho etc). Metassinteticamente, o que a literatura científica revisada conceitua como “desempenho” e por “sistemas de saúde” pode ser visto Quadro 3.

Ideia Central	Conceituação
“Desempenho”	
Articular equidade, eficiência e efetividade	A medida da qualidade, eficiência técnica da provisão e equidade dos serviços.
Atingir objetivos	A medida ou a distância observada entre a realização das funções e os objetivos da organização ou sistema, fixados em metas, de acordo com uma competência esperada.
Definição de indicadores	Definição de indicadores que permitem medir os objetivos dos serviços para sua posterior avaliação.
Manter funcionamento integrado	A resultante da manutenção do funcionamento integrado de um sistema de serviços.
Mudança de comportamento e transformação para melhores resultados	Mudança de comportamentos que possibilitem transformar de “recursos” em melhores “resultados”.
Tautologia	Depende da sua avaliação e da escolha das dimensões que dependem do que o desempenho vem a ser.
“Sistemas/serviços de saúde”	
Serviços de saúde	O serviço de saúde é a organização capaz de mobilizar e alocar recursos suficientes e apropriados (trabalhadores, tecnologia, informação e finanças) para atividades que se direcionem às necessidades/demandas dos indivíduos e da saúde pública.
Sistemas de saúde	As atividades cujo objetivo principal é promover, restaurar ou manter a saúde.

Quadro 3. Metassíntese das ideias centrais sobre os conceitos de “desempenho” e de “sistemas/serviços de saúde” encontrados na literatura científica revisada.

nº.	Autores	Artigo	Principais conceitos subsidiários e teorias científicas de suporte	
			Conceitos subsidiários	Teorias
1	Arah OA, Westert GP	Correlates of health and healthcare performance: applying the Canadian health indicators framework at the provincial-territorial Level	-	Determinantes sociais da saúde
2	Eggli Y et al	Ambulatory healthcare information system: a conceptual framework	Benchmarks	Teoria do agente e principal
3	Olsen IT	Sustainability of a health care: a framework analysis	Sustentabilidade	Teoria dos sistemas
4	Kruk ME, Freedman LP	Assessing health system performance in developing countries: A review of the literature	Qualidade Efetividade Equidade Eficiência	Revisão sistemática
5	Walley P, Silvester K, Mountford S	Health-care process improvement decisions: a systems perspective	Sustentabilidade	Teoria dos sistemas
6	Mannion R, Marini G, Street A	Implementing payment by results in the English NHS: Changing incentives and the role of information	Pagamento por resultados (“Pay-by-Results-PbR”)	Teoria econômica marginalista
7	Locock L	Healthcare redesign: meaning, origins and application	“Redesign”	Teoria das restrições Teoria do pensamento enxuto Teoria da complexidade.
8	Lega F, Vendramini E	Budgeting and performance management in the Italian National Health System (INHS): Assessment and constructive criticism	Pagamento por desempenho (“Pay-for-performance”) Pagamento por responsabilidades (“Pay for responsibilities”); Quase-mercado Acreditação Gestão por desempenho	Teoria econômica marginalista
9	Benavent J et al	Using pay-for-performance to introduce changes in primary healthcare centres in Spain: first year results	Produtividade Pagamento por desempenho (“pay-for-performance”)	Teoria econômica marginalista
10	Viacava F et al	Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro	Eficiência Sustentabilidade	Determinantes sociais da saúde
11	Pereira et al	Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde	-	-
12	Moreira EMM, Costa EA	Avaliação de desempenho da Agência Nacional de Vigilância Sanitária no modelo de contrato de gestão	Contrato de Gestão	Administração por objetivos
13	Martins M, Travassos C, Noronha JC	Sistema de Informações Hospitalares como ajuste de risco em índices de desempenho	Estratégia	-
14	Ibañez N et al	Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo	Eficiência Qualidade Focalização Seletividade	-
15	García-Atlés A et al	Análisis del desempeño de los servicios sanitarios de Cataluña: evaluación de los	Eficiência Efetividade	-

		primeros resultados del proyecto demostrativo		
16	Bonacim CAG, Araújo AMP	Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar	Qualidade Estratégia Seletividade	Teoria econômica
17	Conrad DA, Shortell SM	Integrated health systems: Promise and performance	Integração (integralidade)	Teoria econômica Teoria organizacional
18	Radford A et al	A Comparative Performance Scorecard for Federally Funded Community Health Centers in North Carolina	Participação	Teoria organizacional
19	Viacava F et al	Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise	Efetividade Eficiência Acesso Adequação	Desigualdades sociais e saúde.
20	Szwarcwald CL, Viacava F	Pesquisa Mundial de Saúde: aspectos metodológicos e articulação com a Organização Mundial da Saúde	-	-
21	Szwarcwald CL et al	Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003	-	-
22	Ten Asbroek AHA et al	Developing a national performance indicator framework for the Dutch health system	Qualidade Re-engenharia	Engenharia de produção Determinantes sociais da saúde
23	Smith PC	Measuring health system performance	Incentivos Estratégia	Teoria organizacional dos papéis Teoria econômica do agente principal
24	Masiye F	Investigating health system performance: An application of data envelopment analysis to Zambian hospitals	-	Teoria econômica marginalista
25	Ingram RC et al	Local Public Health System Performance and Community Health Outcomes	Funções essenciais de saúde pública	Teoria organizacional.
26	Heywood P, Yoonjung C	Health system performance at the district level in Indonesia after decentralization	-	Teoria organizacional.
27	Handler A, Issel M, Turnock B	A Conceptual Framework to Measure Performance of the Public Health System	Funções essenciais de saúde pública	Modelo teórico de Donabedian.
28	Gauld R et al	Scorecards for health system performance assessment: The New Zealand example	Benchmarks	Teoria organizacional.

Quadro 4. Artigos selecionados segundo os conceitos subsidiários e teorias de sustentação das definições de desempenho apresentadas.

Quanto à presença dos conceitos subsidiários e as teorias que dão sustentação à ideia de desempenho nos estudos revisados, observou-se que dos 28 estudos incluídos que preencheram os critérios vivacidade, 6 (21,42%) não apresentaram conceitos subsidiários nem a teoria que dá suporte à ideia de desempenho apresentada no texto. É pertinente assinalar que, um mesmo estudo pôde apresentar mais de um conceito subsidiário e apoiar sua sustentação teórica em mais de uma teoria explicativa (Quadro 4).

De forma geral, dentre os conceitos subsidiários mais frequentes encontra-se o conceito de ‘eficiência’ sendo citado 5 vezes (11,9%) no total em estudos distintos, sendo seguido pelos conceitos de ‘qualidade’ (9,52%) e ‘efetividade’ (7,14%). No tocante às teorias que embasam a ideia de desempenho, tem-se que a teoria organizacional geral (sem maiores especificações) é a mais frequente sendo referida como base teórica em 5 artigos distintos (18,11%) do total das teorias identificadas na literatura, seguido pela

teoria econômica marginalista (14,81%) e a teoria dos determinantes sociais da saúde (11,11%) (Tabelas 1 e 2).

Conceitos Subsidiários	N	%
Eficiência	5	11,90
Qualidade	4	9,52
Efetividade	3	7,14
Estratégia	3	7,14
Sustentabilidade	3	7,14
Benchmarks	2	4,76
Funções essenciais de saúde pública	2	4,76
Seletividade	2	4,76
Pagamento por desempenho	2	4,76
Acesso	1	2,38
Acreditação	1	2,38
Adequação	1	2,38
Contrato de Gestão	1	2,38
Equidade	1	2,38
Focalização	1	2,38
Gestão por desempenho	1	2,38
Incentivos	1	2,38
Integração (integralidade)	1	2,38
Pagamento por responsabilidades	1	2,38
Pagamento por resultados	1	2,38
Participação	1	2,38
Produtividade	1	2,38
Quase-mercado	1	2,38
Redesign	1	2,38
Re-engenharia	1	2,38
Total de conceitos encontrados	42	100,00

Tabela 1. Frequência dos conceitos subsidiários da noção de desempenho apresentadas nos estudos revisados.

Teorias	N	%
Teoria organizacional	5	18,51
Teoria econômica marginalista	4	14,81
Determinantes sociais da saúde	3	11,11
Teoria dos sistemas	2	7,40
Teoria do agente e principal	2	7,40
Teoria econômica	2	7,40
Revisão sistemática	1	3,70
Teoria das restrições	1	3,70
Teoria do pensamento enxuto	1	3,70
Teoria da complexidade.	1	3,70
Administração por objetivos	1	3,70
Desigualdades sociais e saúde.	1	3,70
Teoria organizacional dos papeis	1	3,70
Modelo teórico de Donabedian.	1	3,70
Engenharia de produção	1	3,70
Total de teorias encontradas	27	100,00

Tabela 2. Frequência das teorias de suporte para a noção de desempenho apresentadas nos estudos revisados.

n°.	Autores	Artigo	Modelos de avaliação de desempenho	
			Método do modelo	Nível estrutural aplicado
1	Arah OA, Westert GP	Correlates of health and healthcare performance: applying the Canadian health indicators framework at the provincial-territorial Level	Dashboard	Serviços de Saúde (Organizacional)
2	Eggli Y et al	Ambulatory healthcare information system: A conceptual framework	Dashboard	Serviços de Saúde (Organizacional)
3	Olsen IT	Sustainability of a health care: a framework analysis	Modelo de Sistema Aberto (Bertalanffy)	Serviços de Saúde (Organizacional)
4	Kruk ME, Freedman LP	Assessing health system performance in developing countries: A review of the literature	Analisa dimensões e indicadores do desempenho	Sistemas de Saúde
5	Walley P, Silvester K, Mountford S	Health-care process improvement decisions: a systems perspective	-	Serviços de Saúde (Organizacional)
6	Mannion R, Marini G, Street A	Implementing payment by results in the English NHS: Changing incentives and the role of information	-	Serviços de Saúde (Organizacional) 2 hospitais

7	Locock L	Healthcare redesign: meaning, origins and application	-	Sistema de Serviços de Saúde (Organizacional)
8	Lega F, Vendramini E	Budgeting and performance management in the Italian National Health System (INHS): Assessment and constructive criticism	Dashboard	Sistema de Saúde
9	Benavent J et al	Using pay-for-performance to introduce changes in primary healthcare centres in Spain: first year results	Por meio de um questionário padronizado e uma entrevista entre o profissional e o líder da equipe.	Serviços de Saúde (Organizacional)
10	Viacava F et al	Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro	Dashboard	Sistemas de Saúde
11	Pereira et al	Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde	Primary Care Assessment Tool (PCAT)	Serviços de Saúde (Organizacional)
12	Moreira EMM, Costa EA	Avaliação de desempenho da Agência Nacional de Vigilância Sanitária no modelo de contrato de gestão	Balanced Scorecard (BSC)	Serviços de Saúde (Organizacional)
13	Martins M, Travassos C, Noronha JC	Sistema de Informações Hospitalares como ajuste de risco em índices de desempenho	-	Serviços de Saúde (Organizacional) hospitalares
14	Ibañez N et al	Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo	Primary Care Assessment Tool (PCAT)	Serviços de Saúde (Organizacional)
15	García-Atlés A et al	Análisis del desempeño de los servicios sanitarios de Cataluña: evaluación de los primeros resultados del proyecto demostrativo	Dashboard	Serviços de Saúde (Organizacional)
16	Bonacim CAG, Araújo AMP	Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar	Balanced scorecard (BSC).	Serviços de Saúde (Organizacional) hospitalares
17	Conrad DA, Shortell SM	Integrated health systems: Promise and performance	-	Sistemas de Saúde
18	Radford A et al	A Comparative Performance Scorecard for Federally Funded Community Health Centers in North Carolina	Balanced scorecard (BSC).	Serviços de Saúde (Organizacional)
19	Viacava F et al	Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise	Dashboard	Serviços de Saúde (Organizacional)
20	Szwarcwald CL, Viacava F	Pesquisa Mundial de Saúde: aspectos metodológicos e articulação com a Organização Mundial da Saúde	Dashboard	Serviços de Saúde (Organizacional)
21	Szwarcwald CL et al	Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003	Dashboard	Serviços de Saúde (Organizacional)
22	Ten Asbroek AHA et al	Developing a national performance indicator framework for the Dutch health system	Balanced scorecard (BSC)	Sistema de Saúde (Holandês)
23	Smith PC	Measuring health system performance	Não se aplica	Sistemas de Saúde
24	Masiye F	Investigating health system performance: An application of data envelopment analysis to Zambian hospitals	-	Serviços de Saúde (Organizacional) hospitalar
25	Ingram RC et al	Local Public Health System Performance and Community Health Outcomes	Dashboard	Serviços de Saúde (Organizacional)
26	Heywood P, Yoonjoung C	Health system performance at the district level in Indonesia after decentralization	Dashboard	Serviços de Saúde (Organizacional)
27	Handler A, Issel M, Turnock B	A Conceptual Framework to Measure Performance of the Public Health System	Não se aplica	Sistemas de Saúde
28	Gauld R et al	Scorecards for health system performance assessment: The New Zealand example	Balanced scorecard (BSC)	Serviços de Saúde (Organizacional)

Quadro 4. Artigos selecionados segundo os modelos de avaliação de desempenho utilizados e o nível estrutural de aplicação (organizações ou sistemas).

Quanto aos modelos de avaliação de desempenho utilizados nos estudos para operacionalizar a noção de desempenho por eles idealizada, dos 28 estudos, 6 artigos (21,42%) não apresentaram o modelo de avaliação de desempenho que utilizaram. O ‘dashboard’ foi o modelo de avaliação de desempenho mais frequente, sendo encontrado em 10 (35,71%) estudos. O segundo mais frequente foi o ‘balanced scorecard’ totalizando 5 (17,85%).

Quanto ao nível estrutural no qual o modelo de avaliação de desempenho foi aplicado, 21 estudos (75%) tomaram como unidade de análise o ‘sistema de serviços de saúde’,

ou seja, alguma(s) organização(ões) de saúde para aplicação do modelo. Apenas 7 (25%) apresentaram o modelo aplicado aos sistemas de saúde.

n°.	Autores	Artigo	Características a serem levadas em consideração na análise do desempenho de sistemas de saúde		
			Nome do instrumento de avaliação de desempenho	Partes do modelo	Conteúdo de cada parte do modelo (dimensões)
1	Arah OA, Westert GP	Correlates of health and healthcare performance: applying the Canadian health indicators framework at the provincial-territorial level	Canadian Health Indicators Framework – CHIF	Camadas	condições de saúde determinantes não-médicos da saúde desempenho do sistema de saúde
2	Eggl Y et al	Ambulatory healthcare information system: a conceptual framework	Ambulatory health information systems – AHIS	Entidades	a população em geral as pessoas com problemas de saúde os pacientes serviços recursos efeitos
3	Olsen IT	Sustainability of a health care: a framework analysis			não se aplica (trata dos critérios de sustentabilidade de serviços de saúde)
4	Kruk ME, Freedman LP	Assessing health system performance in developing countries: A review of the literature			equidade, efetividade eficiência
5	Walley P, Silvester K, Mountford S	Health-care process improvement decisions: a systems Perspective	Medical Assessment Unit (MAU)		
6	Mannion R, Marini G, Street A	Implementing payment by results in the English NHS: Changing incentives and the role of information			resultados
7	Locock L	Healthcare redesign: meaning, origins and application			qualidade total reengenharia
8	Lega F, Vendramini E	Budgeting and performance management in the Italian National Health System (INHS): Assessment and constructive criticism		Domínios	produtividade custos receitas inovações climáticas desenvolvimentos profissionais
9	Benavent J et al	Using pay-for-performance to introduce changes in primary healthcare centres in Spain: first year results	Avaliação de desempenho de pessoal		Embora este foi baseado em um questionário semi-estruturado, foi criticada como uma medida subjetiva. É sabido que não existe um padrão ouro para avaliação de desempenho. Por estas razões, o resultado da avaliação realizada pelo líder da equipe teve de ser acordado pela pessoa avaliada.
10	Viacava F et al	Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro		dimensões	qualidade eficiência
11	Pereira et al	Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde	Metodologia de avaliação rápida das características organizacionais	dimensões	acesso coordenação da atenção vínculo formação profissional enfoque familiar porta de entrada elenco de serviços orientação comunitária
13	Moreira EMM, Costa EA	Avaliação de desempenho da Agência Nacional de Vigilância Sanitária no modelo de contrato de gestão	Modelo de desempenho institucional	dimensões	desempenho orçamentário-financeiro grau de cumprimento das metas estabelecidas
14	Martins M, Travassos C, Noronha JC	Sistema de Informações Hospitalares como ajuste de risco em índices de desempenho	Índice de Comorbidade de Charlson (ICC)		
15	Ibañez N et al	Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo	Metodologia de avaliação rápida das características organizacionais		acesso coordenação da atenção vínculo formação profissional enfoque familiar porta de entrada elenco de serviços orientação comunitária
16	García-Atlés A et al	Análisis del desempeño de los servicios sanitarios de Cataluña: evaluación de los primeros resultados del proyecto demostrativo			melhora do estado de saúde acesso equitativo provisão efetiva de serviços sanitários apropriados eficiência; resultados em saúde dos serviços sanitários experiência do usuário.
17	Bonacim	Avaliação de desempenho econômico-			Centros de Custos de Base: trans-portes,

	CAG, Araújo AMP	financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar			almoxarifado, nutrição, lavanderia, higiene e limpeza, engenharia, arquivo médico, controle de leitos, etc.; Centros de Custos Intermediários: são os laboratórios clínicos e os serviços auxiliares de diagnóstico e terapia; Centros de Custos Especiais: são as unidades que atendem os pacientes, desempenham as atividades fins do HCFMRP-USP. São eles: ambulatório, enfermarias de clínica médica, pediatria, cirurgia, ortopedia, oftalmologia, ginecologia e obstetrícia, centro cirúrgico, centro obstétrico, etc.; Centros de Custos de Produção: constituem as pequenas indústrias subsidiárias de um hospital. São elas: gráfica, farmácia industrial e roupa e costura
18	Conrad DA, Shortell SM	Integrated health systems: Promise and performance			Não apresenta
19	Radford A et al	A Comparative Performance Scorecard for Federally Funded Community Health Centers in North Carolina		dimensões	acesso aos serviços variáveis clínicas desempenho financeiro satisfação do paciente recursos humanos utilização produtividade
20	Viacava F et al	Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise		dimensões	efetividade, acesso, eficiência adequação
21	Szwarcwald CL, Viacava F	Pesquisa Mundial de Saúde: aspectos metodológicos e articulação com a Organização Mundial da Saúde		dimensões	estado de saúde desigualdade do estado de saúde capacidade de resposta do sistema de saúde desigualdades na capacidade de resposta do sistema de saúde justiça na contribuição do financiamento da saúde
22	Szwarcwald CL et al	Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003			não apresenta claramente suas dimensões. Supõe que os leitores já as dominam
23	Ten Asbroek AHA et al	Developing a national performance indicator framework for the Dutch health system			efetividade eficiência qualidade equidade integralidade saúde da população
24	Smith PC	Measuring health system performance			não apresenta
25	Masiye F	Investigating health system performance: An application of data envelopment analysis to Zambian hospitals		dimensões	eficiência de escala eficiência de congestionamento
26	Lauer JA et al	World health system performance revisited: the impact of varying the relative importance of health system goals			
27	Ingram RC et al	Local Public Health System Performance and Community Health Outcomes		dimensões	avaliação desenvolvimento de políticas garantia
28	Heywood P, Yoounjoung C	Health system performance at the district level in Indonesia after decentralization			utilização de pré-natal parto materna cobertura vacinal fonte de anticoncepcionais uso
29	Handler A, Issel M, Turnock B	A Conceptual Framework to Measure Performance of the Public Health System			não apresenta
30	Gauld R et al	Scorecards for health system performance assessment: The New Zealand example			eficiência equidade qualidade acesso vidas saudáveis

Quadro 4. Artigos selecionados segundo as características a serem levadas em consideração na análise do desempenho de sistemas de saúde.

Quanto às características específicas de cada modelo de avaliação de desempenho utilizadas nos estudos revisados, apenas 8 (26,6%) de 30 estudos apresentaram um nome para seu modelo específico. De modo geral, as partes constitutivas dos modelos tenderam a ser chamadas de ‘dimensões’ por seus autores, embora outras sinonímias fossem usadas como ‘camadas’ ou ‘entidades’. No que tange ao conteúdo das dimensões utilizadas, estas variaram muito conforme a avaliação recaía sobre o nível de sistemas ou sobre o nível organizacional. Mesmo neste caso, a variação encontrada também foi grande dependendo basicamente da organização em saúde a ser avaliada, o nível de atenção em que se encontra a organização, e do foco no processo que se pretendeu avaliar.

Discussão

Pode-se dizer que a literatura científica encontrada nas bases de dados de abrangência mundial sobre avaliação de desempenho de sistemas de saúde é muito escassa, especialmente levando-se em consideração o fato de que a maior parte dos estudos não foca suas análises no sistema de saúde e não o define. Os estudos convergem suas análises às organizações de saúde que compõem o sistema, o que reforça o argumento de Conill (2006)²⁵ e Hoffman et al (2012)³¹ de que os estudos de avaliação de desempenho de ‘sistemas’ de saúde se confundem com os de avaliação de desempenho de ‘serviços’ de saúde.

Mesmo sob esta clara limitação no campo de estudo, outro aspecto relevante é que uma parte dos estudos não apresenta uma definição clara sobre o que o modelo avaliativo adotado em cada estudo considera como desempenho. Nesse sentido, Misoczky e Vieira (2001)⁷⁴ alertam para as consequências no comportamento organizacional esperado, haja vista a ausência de uma especificação clara do significado e do sentido que o desempenho pode assumir, dando margem a uma diversidade de interpretações, derivada não de visões distintas de um objeto claramente definido, mas da falta mesmo de clara definição do objeto.

Foi possível constatar também que a problemática da significação do desempenho perpassa por diversas formas de uso linguístico do vocábulo. Ora como substantivo, ora

adjetivando nomes, foi possível localizar vários termos que usam a palavra ‘desempenho’ com conteúdos diferentes, dentre elas: ‘desempenho de saúde’ entendido como os resultados finais de saúde (medida como estado de saúde e os determinantes não-médicos da saúde e dos serviços de saúde); ‘medida de desempenho’ entendida como a métrica relativa à defasagem ou superação de uma atividade em relação a uma meta preestabelecida; ‘desempenho dos serviços de saúde’ como o grau de manutenção do funcionamento do sistema de serviços (dimensões: aceitabilidade, acessibilidade, efetividade, adequação, segurança, vigilância em saúde) e ‘avaliação de desempenho’ como o juízo de valor exercido sobre um desempenho^{42,43,51}.

Aqueles estudos que apresentaram certas definições sobre desempenho trouxeram consigo um rol de significados para desempenho que podem ser sintetizados em seis principais: a) desempenho como a medida de qualidade, eficiência técnica da provisão e equidade dos serviços; b) a medida ou distância observada entre a realização das funções e os objetivos da organização ou sistema, fixados em metas, de acordo com uma competência esperada; c) a definição de indicadores que permitem medir os objetivos dos serviços para sua posterior avaliação; d) a resultante da manutenção do funcionamento integrado de um sistema de serviços; e) a mudança de comportamentos que possibilitem transformar de ‘recursos’ em melhores ‘resultados’; e ainda, f) depende do significado atribuído pelos avaliadores e, portanto, da escolha das dimensões que, por sua vez, dependem do que o desempenho venha a ser naquele específico contexto^{42-47,49,51,57,66,67}.

Dentre os conceitos subsidiários que apoiam a ideia de desempenho, os estudos revisados apontaram que é mais frequente que o desempenho esteja associado às noções de ‘eficiência’, ‘qualidade’ e ‘efetividade’. Quando se trata de eficiência, é pertinente ressaltar que vários são os seus tipos. Mesmo o termo eficiência não sendo privativo de nenhuma ciência, vale à pena ordenar os conceitos, interrogando as nomenclaturas, porque nem sempre as semelhanças nominais traduzem semelhanças de conteúdo⁷⁵. Assim pelo menos três estão em pauta quando se trata do estudo de sistemas de saúde: a eficiência administrativa⁷⁶; a eficiência econômica⁷⁷; e a eficiência jurídica⁷⁸.

Eficiência administrativa pode ser do tipo ‘pura’ ou ‘processual’. Esta se refere ao processo de trabalho em si e é entendida como o melhor processo de trabalho, ou seja, o melhor meio⁷⁹ para alcançar o objetivo pretendido, e este deve ser impessoal e justo⁷⁶.

Trata-se do não-desperdício de energia proveniente dos atos corretos⁸⁰. Outro tipo de eficiência administrativa ligada à gestão da atividade estatal é do tipo eficiência ‘pública’. Esta é entendida como correspondente às atribuições que todo agente público deve realizar com presteza, precisão, perfeição e rendimento funcional a partir de duas dimensões: uma dimensão da racionalidade e otimização no uso dos meios; e outra da satisfatoriedade dos resultados da atividade administrativa pública. Assim, pode-se dizer que a eficiência administrativa pública trata-se da exigência jurídica, imposta à administração pública e àqueles que lhe fazem às vezes ou simplesmente recebem recursos públicos vinculados de subvenção ou fomento, de atuação idônea, econômica e satisfatória na realização das finalidades públicas que lhe forem confiadas por lei ou por ato ou contrato de direito público^{75,81}.

Com relação à eficiência econômica, vários foram os significados encontrados na literatura. Tem-se a ‘eficiência alocativa’ ou ‘distributiva’ que trata da produção ao menor custo social de bens e serviços que mais valorizam a sociedade e a distribuição destes de forma socialmente ótima; a ‘eficiência técnica’ que trata da combinação de insumos da forma mais eficaz pelo fato de as funções de produção descrever o maior volume de produção possível para um determinado conjunto de insumos num sistema tecnicamente eficiente; a ‘eficiência de gestão’ que se traduz como a consecução de um produto minimizando custos, ou seja, a maximização da produção a um custo dado; a ‘eficiência clínica’ que trata da comparação entre os custos e os benefícios esperados ou seja, depende da habilidade do profissional de saúde para selecionar e executar os procedimentos de atenção à saúde de maneira que evite o desperdício; e por fim, a ‘eficiência na produção’ que se refere àquela em que a instituição produz bens e serviços e os coloca à disposição dos profissionais de saúde⁷⁷.

Quando se trata do âmbito jurídico, a eficiência torna-se herdeira do sentido econômico com certas ressalvas. Assim, a eficiência jurídica atende essencialmente ao modo como se ponderam entre si bens jurídicos ou interesses juridicamente protegidos, orientando a conduta pública para a prossecução (integral) do objetivo proposto com a menor lesão dos bens jurídicos envolvidos⁷⁸. A eficiência no direito, portanto, é medida pela análise do cumprimento das regras jurídicas⁸². Aparentemente desconexa, a eficiência jurídica é fundamental no debate sanitário sobre desempenho. É fundamental lembrar que, quando se avalia o desempenho do sistema de saúde está se depositando neste, em última instância, a prestação eficiente de um direito por parte do aparelho do Estado⁸³. Deriva

disto que a eficiência jurídica deve ser, compulsoriamente, objeto de análise quando se trata de sistemas nacionais como no caso do Sistema Único de Saúde no Brasil.

“Qualidade” é outro termo que subsidia a ideia de desempenho e se associa a este diretamente. É um termo de domínio público, pois todos têm uma noção intuitiva do que seja qualidade⁸⁴ o que torna sua definição difícil. Para Zeithaml, Parasuraman e Berry (1990)⁸⁵ qualidade de serviços é a discrepância que existe entre as expectativas e as percepções dos clientes sobre um serviço experimentado. Pollit e Bouckaert (1995)⁸⁶ identificam duas gerações na definição do conceito de qualidade. Na primeira, significa corrigir erros, produtos com defeito a partir do que se admite como sendo “adequado” ou não para o uso. Na segunda, refere-se ao refinamento do padrão de adequado, incluindo não apenas a funcionalidade, mas também a aparência, a entrega, o suporte técnico posterior à aquisição, e a opinião dos consumidores. Misoczky e Vieira (2001)⁷⁴ afirmam ainda que a qualidade depende do nível de análise de uma prestação do serviço. Para esses autores existe uma microqualidade (conceito de qualidade interna, associada à interrelação das partes da organização), uma qualidade intermediária (voltada para a qualidade externa, relação entre produtor e consumidor, ou seja, entre provedor e usuário) e uma macroqualidade (inclui a melhoria da qualidade na relação entre serviço público e cidadania, ou seja, entre Estado e sociedade civil).

O fato é que a qualidade não dispensa a ideia de características desejáveis de cuidado, que incluem dimensões tais como: efetividade, eficácia, equidade, aceitabilidade, acessibilidade, adequação e qualidade técnico-científica⁸⁷. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde⁸⁸ considera que uma assistência qualitativamente adequada deve incluir, pelo menos, os seguintes elementos: qualidade técnica, uso eficiente dos recursos, controle dos riscos oriundos das práticas assistenciais, acessibilidade da atenção, aceitabilidade por parte dos pacientes. Ou ainda os famosos “sete pilares donabedianos da qualidade”. Para este autor, a qualidade na assistência à saúde é definida pelos seus pilares eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade, e equidade⁸⁹. Nessa seara é prudente considerar que, quando se trata de qualidade, antes de buscar uma definição precisa, é mais importante constituir suas dimensões de análise^{90,91}. Já Walsh (1993)⁹² afirma que a incongruência na definição da qualidade nos serviços públicos de saúde e seus componentes é devida à qualidade ter que lidar com a estrutura de valores da sociedade, pois o que varia, na verdade, são os critérios com os quais a qualidade é julgada em cada cultura.

Na busca por um conceito mais abrangente e sintético sobre a qualidade dos serviços de saúde, Øvretveit (1996)⁹³ afirma que a qualidade é a completa satisfação das necessidades de quem mais precisa do serviço de saúde ao custo mais baixo para a organização e dentro das regulamentações estabelecidas. Percebe-se que nessa conceituação tenta-se a compatibilização da ‘equidade’ juntamente com a ‘questão econômica’. Admite-se que para os sistemas de saúde essa definição seja oportuna. Contudo, na lógica em que se assentam os estudos analisados, cujas perspectivas derivam da administração de empresas e da teoria econômica, a qualidade é marcada pela toada concorrencial e se orienta, portanto, tendo em vista o desenvolvimento de práticas assistenciais que têm por referência algum padrão de sucesso do tipo *benchmarks*⁹⁴ ao invés de buscarem padrões adequados de exercício da equidade, em cada contexto, conforme visto em alguns estudos.

No que diz respeito ao último termo associado ao desempenho, a efetividade, este goza das mesmas prerrogativas da eficiência do ponto de vista de sua qualificação. Ao contrário da eficiência, a efetividade tem mais pertença ao mundo do direito do que propriamente da economia, mesmo sabendo que suas interpretações são intercambiáveis. Assim as três definições também são essenciais no que concerne à discussão do desempenho de sistemas de saúde.

Entende-se por ‘efetividade jurídica’ a capacidade de a norma ser atendida tanto pelos destinatários, quanto pelos aplicadores do direito. É indispensável, então, o cumprimento por parte dos indivíduos, daquilo que está prescrito no ordenamento, para que se alcance a efetividade⁹⁵. Assim, quando se trata do estudo de sistemas de saúde que fazem parte de um sistema de proteção social, o exercício do direito à saúde e sua ação manifesta é essencial. Decorre disso que, para que se possa falar em efetividade o Estado deve atuar não simplesmente editando leis, mas também aumentando a densidade das normas instituidoras de direitos sociais através da realização de políticas públicas. Dessa forma, destaca-se o combate à omissão estatal como condição para essa efetividade⁹⁶.

Outra forma de efetividade se refere à ‘efetividade administrativa’ ou ‘organizacional’. Esta foi definida por Georgopoulos e Tannenbaum (1957)⁹⁷ como a extensão em que uma organização, como sistema social, alcança seus objetivos sem incapacitar os meios e recursos e sem gerar tensão entre seus membros. Harrison (1994)⁹⁸ por sua vez,

definiu efetividade organizacional como a capacidade da organização em atingir metas de produção, gerenciar os processos relacionados aos recursos humanos e materiais disponíveis para alcançar as metas de produção e gerenciar seus recursos internos de forma a se adaptar às influências externas. É fato que sistemas de saúde dependem, pelo menos em parte, das organizações de saúde e suas ações. Quanto mais efetivas tais organizações e ações, mais contribuem positivamente para a efetividade em uma abordagem sistêmica⁷.

Outra efetividade a ser considerada ao analisar o desempenho é a ‘efetividade econômica’. Esta é, provavelmente, a mais pragmática de todas. Baseia-se na noção de produção de um efeito e vem, na economia, lastreada na ideia de custo. Assim, custo-efetividade é a noção econômica de efetividade que tem, em sua origem, a lógica do custo necessário (ou suficiente) para o alcance do efeito. É relevante salientar que a noção de ‘efeito’ na prestação de serviços não está isenta da percepção do usuário/receptor/cliente sobre se o que foi feito surtiu ou não o efeito desejado. Assim, a noção de efetividade econômica em saúde ainda é eminentemente relacional, uma vez que o efeito deve ser manifesto e percebido por aquele que faz usufruto da ação empreendida.

Com relação às teorias que apoiam os conceitos extraídos nos estudos, a maior parte se assenta em teorias organizacionais gerais, seguidos da teoria econômica marginalista e da teoria dos determinantes sociais da saúde. Dentre as teorias organizacionais identificadas, há uma miscelânea de abordagens que variam daquelas que estão diretamente ligadas à administração clássica⁸⁰, até as mais contemporâneas relativas à Qualidade Total e Reengenharia⁹⁹, algumas tendendo inclusive à área da engenharia de produção. Os estudos de enfoque econômico apresentam-se na ordem de discussão da teoria econômica marginalista. Essa teoria investe na noção de valor-utilidade e orienta a análise econômica a partir da percepção de necessidade do indivíduo em consumir e sua capacidade de pagamento para tal¹⁰⁰ estando bem alinhada com a lógica de produção, reprodução e acumulação do capital. Ainda em uma terceira teoria que ganhou destaque nesta revisão, e sem dúvida, a que resgata o cerne da discussão sobre saúde como processo social se refere à teoria dos determinantes sociais da saúde. Essa teoria embasa a construção dos modelos de desempenho pela causalidade das características sociais que determinam o processo saúde-doença nos indivíduos, conforme descrito por Dahlgren e Whitehead¹⁰¹ e Diderichsen, Evans e Hallqvist¹⁰².

Em relação aos modelos de desempenho utilizados pelos autores, a maior parte dos estudos utilizou o ‘dashboard’ e, em segundo lugar, o ‘balanced scorecard’. O ‘dashboard’ ou ‘painel de controle’ é, sem dúvida o mais rudimentar de todos os modelos de avaliação de desempenho e pode ser definido como o conjunto de medidas que inclui tanto indicadores financeiros como não financeiros, que pretende traduzir a missão e a visão da organização em objetivos dos quais se derivariam os fatores críticos de sucesso da organização¹³. É paradoxal, portanto, que seu uso esteja tão difundido e corriqueiro no caso do desempenho de sistemas de saúde, uma vez que se trata, reconhecidamente, de um objeto que encerra grande complexidade. Já o ‘balanced scorecard’, idealizado por Kaplan e Norton (1997)¹⁷, é um modelo de avaliação mais contemporâneo e se baseia na ideia de estratégia organizacional para orientar seus domínios e indicadores. Originalmente concebido para garantir a sobrevivência de empresas em um mercado cada vez mais competitivo¹⁰³, não é de estranhar que a lógica incutida nesse modelo também corresponda à perspectiva da sustentabilidade de mercado. Portanto, o que se compreende por desempenho na abordagem do ‘balanced scorecard’ é também marcado por essa conotação.

As dimensões que os modelos de avaliação de desempenho assumiram nos estudos analisados variaram muito, podendo-se concluir que, em sua maioria, essas dimensões ajustam-se ao objeto e ao nível de aplicação dos modelos. Salvaguardadas algumas dimensões, requeridas em alguns modelos específicos, não há homogeneidade de dimensões, mas, ao contrário, uma profusão, a indicar a flexibilidade desses modelos, característica esta que os fragilizam como recursos avaliativos do desempenho, tomando-se a comparabilidade como questão essencial.

Cabe assinalar que os resultados obtidos neste estudo, nos distintos modelos de avaliação, quanto aos sentidos e significados do desempenho puseram em evidência a celeuma entre qualidade, eficiência e efetividade. Em consequência, por mais que o conceito de desempenho invoque a qualidade como sua dimensão, esta requer, para produzir sentido, que se lhe justaponha as dimensões da eficiência e da efetividade, o que significa dizer que desempenho e qualidade são termos muito próximos ou praticamente sinônimos. Há, porém, dificuldades com essa sobreposição semântico-conceitual, uma vez que o bom desempenho de um serviço pode ser sinônimo de qualidade, mas nem sempre isto acontece. Assim, cabe interrogar sobre a essência do desempenho, em sentido ontológico, com vistas a distingui-lo da qualidade, ainda que

admitindo-se a eficiência e a efetividade como dimensões que lhes são comuns, pois a literatura que deu origem a presente metassíntese indicou clara insuficiência das definições correntes de desempenho, com implicações relevantes para as avaliações fundadas neste conceito, fragilizando-as irremediavelmente.

Conclusão

A presente revisão da literatura mundial sobre os modelos de avaliação de desempenho de sistemas de saúde indicou que há problemas e dificuldades com esses instrumentos. A metassíntese empreendida evidenciou que, longe de se configurarem em ferramentas de gestão úteis à compreensão dos sistemas de saúde que se propõe avaliar, esses modelos apresentam insuficiências que lhes comprometem a potência avaliativa sistêmica e, portanto, a captação da essência do fazer em saúde, em nível de sistemas.

Referências

1. PACHECO, R.S. Mensuração do desempenho no setor público: os termos do debate. *Cadernos Gestão Pública e Cidadania* 2009; 14(55):149-161.
2. ABRUCIO, F.L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. *RAP. (Edição Especial Comemorativa)* 67-86, 2007.
3. SMITH, P.C. Performance management in British health care: will it deliver? *Health Affairs* 2002; 103-15.
4. BRANDÃO, H.P. et al. Gestão de desempenho por competências: integrando à avaliação 360 graus, o balanced scorecard e a gestão por competências. *Resumo ANPAD*. 2005.
5. FERNANDES, B.H.R.; FLEURY, M.T.L. Competências e desempenho organizacional – uma polêmica relação. *Resumo ANPAD*. 2005.
6. FREITAS, I.A. A Avaliação de desempenho é um instrumento adequado para medir impacto de treinamento? *Resumo ANPAD*. 2005.
7. CHIAVENATO, I. *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Campus; 1999.
8. NETO, A.S.; GOMES, R.M. Reflexões sobre a avaliação de desempenho: uma breve análise do sistema tradicional e das novas propostas. *Revista Eletrônica de Ciência Administrativa (RECADM)* 2003; 1(1):1-24.
9. GENTIL, D. Avaliação de desempenho: uma visão moderna. Acessado em : 30/09/2012. Disponível em: <http://www.administradores.com.br/informe-se/artigos/avaliacao-de-desempenho-uma-visao-moderna/11418/>

10. ZAGO, C.A. et al. Perspectivas metodológicas de avaliação de desempenho organizacional: aplicabilidade na logística. *Revista Eletrônica Sistemas & Gestão* 2008; 3(3):178-195.
11. BARRETTE, J.; BÉRARD, J. Gestion de la performance: lier la stratégie aux operations. *Gestion* 2000; 24(4):12-19.
12. LAUZEL, P.; CIBERT, A. Des ratios au tableau de bord. Paris: Éditions de l'entreprise moderne; 1959, 214 p.
13. DeBUSK, G. K, BROWN, R.M. & KILLOUGH, L.N. Components and relative weights in utilization of dashboard systems like the Balanced Scorecard. *The British Accounting Review* 2003; 35:215-231.
14. PEIXOTO, F.M.; PINTO, K.C.R.; REIS, E.A. Controle interno e avaliação de desempenho através de indicadores operacionais em uma instituição pública: uma proposta para a FAPEMIG. ANPAD, 2005.
15. JÚNIOR, F.H.; RUIZ, F.M.; CORRÊA, H.L. A evolução dos métodos de mensuração e avaliação de desempenho das organizações. *Resumo ANPAD*. 2005.
16. BUCHELE, R.B. Políticas administrativas para empresas em crescimento (Manual para Avaliação). São Paulo: Atlas, 1971, 220 p.
17. KAPLAN, R.S.; NORTON, D.P. A estratégia em ação – balanced scorecard. 13ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997, 344 p.
18. SVELBY, K.E. A nova riqueza das organizações. 2a. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998, 220 p.
19. SIGMA GUIDELINES TOOLKIT. Setembro 2003, p. 1-12. Disponível em: www.projectsigma.com. Acesso em: 05/04/2004
20. LONGARAY, A.A.; ENSSLIN, L. Avaliação do desempenho de um hospital universitário utilizando a MCDA – Construtivista. *Anais XXXV Encontro da ANPAD*, 2011.
21. DUBOIS, C.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da avaliação. In: BROUSSELLE, A. et al (org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Tradução Michel Colin - Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011, p. 19-40.
22. GARCES, A.; SILVEIRA, J.P. Gestão pública orientada por resultados no Brasil. *Revista do Serviço Público* 2002; 53(4):53-77.
23. MAHONEY, M. et al. Equity-focused health impact assessment framework Australasian Collaboration for Health Equity Impact Assessment (ACHEIA), [Geelong, Vic.] 2004.
24. STÅL et al. Health in all policies – prospects and potentials. Ministry of Social Affairs and Health – Finland. European observatory on health systems and Policies, 2006.
25. CONILL, E.M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 563-613.
26. KLAZINGA, N. Health system performance management: quality for better or for worse. *Eurohealth* 2010; 16(3):26-28.
27. CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Elementos de arquitetura dos sistemas e avaliação do desempenho dos sistemas de serviços de saúde. Universidade de Montreal. 1º. Simpósio Internacional da Conferência Luso-francófona da Saúde (COLUFRAS). 2005.
28. AZEVEDO, L.O.; QUEIROZ, R.S.B.; REZENDE, C.E.M. The World Health Survey: a report on the field experience in Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21 Sup:S25-S32, 2005.

29. TANAKA, O.Y.; TAMAKI, E.M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2012; 17(4):821-828.
30. CONILL, E.M. Sobre os impasses dos usos da avaliação para a gestão: não é preciso inventar, nem basta simplificar. *Ciênc. saúde coletiva* 2012; 17(4):834-836.
31. HOFFMAN, S.J.; RØTTINGEN, J.A.; BENNETT, S.; LAVIS, J.N.; EDGE, J.S.; FRENK, J. Background paper on conceptual issues related to health systems research to inform a WHO global strategy on health systems research. 2012.
32. SMITH, P.C.; PAPANICOLAS, I. Health system performance comparison: an agenda for policy, information and research. World Health Organization (WHO). World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2012.
33. COUTINHO, E. Revisões Sistemáticas e Meta-análise em Odontologia. In: LUIZ, R.R.; COSTA, A.J.L.; NADANOVSKY, P. *Epidemiologia e Bioestatística na Pesquisa Odontológica*. São Paulo: Editora Atheneu, 2005 p.397-403.
34. MARINHO, V. Revisões Sistemáticas e Metanálise. In: ANTUNES, J.L.F.; PERES, M.A. *Fundamentos de Odontologia – Epidemiologia da Saúde Bucal*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2006; pg.421-433
35. SANDELOWSKI, M.; BARROSO, J. Sandbar digital library project. Qualitative metasummary method. Chapel Hill (USA): University of North Carolina at Chapel Hill School of Nursing; 2004. Acesso em 12/10/2012. Disponível em: <http://sonweb.unc.edu/sandbar/index.cfm?fuseaction=about#>.
36. COOPER, H.M. The problem formulation stage. In: COOPER, H.M. editor. *Integrating Research: a guide for literature reviews*. Newbury Park: Sage Publications, 1984; 19-37.
37. RICHARDSON, W.S.; WILSON, M.S.; NISHIKAWA, J., HAYWARD, R.S.A. The well-built clinical question: a key to evidence based decisions. *ACP J Club* 1995; A12-3.
38. CENTRO COCHRANE DO BRASIL. Curso de Revisão Sistemática e Metanálise. Acessado em: 10/05/2012. Disponível em: <http://www.virtual.epm.br/cursos/metanalise/>.
39. JARDIM, R.; BARRETO, S.M.; ASSUNÇÃO, A.A. Voice Disorder: case definition and prevalence in teachers. *Rev Bras Epidemiol* 2007; 10(4):625-36.
40. LOPES, A.L.M.; FRACOLLI, L.A. Revisão sistemática de literatura e metassíntese qualitativa: considerações sobre sua aplicação na pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2008; 17(4):771-8.
41. SANDELOWSKI, M.; DOCHERTY, S.; EMDEN, C. Focus on qualitative methods. qualitative metasynthesis: issues and techniques. *Res Nurs Health*. 1997; 20(4):365-71.
42. ARAH, O.A.; WESTERT, G.P. Correlates of health and healthcare performance: applying the Canadian health indicators framework at the provincial-territorial level. *BMC Health Services Research*. 2005; 5:76.
43. EGGLI, Y. et al. Ambulatory healthcare information system: a conceptual framework. *Health Policy*. 2006; 78(1):26-38.
44. KRUK, M.E.; FREEDMAN, L.P. Assessing health system performance in developing countries: A review of the literature. *Health Policy*. 2008;85(3):263-7.
45. OLSEN, I.T. Sustainability of a health care: a framework analysis. *Health Policy and Planning*. 1998; 13(3):287-295.

46. WALLEY, P.; SILVESTER, K. MOUNTFORD, S. Health-care process improvement decisions: a systems perspective. *International Journal of Health Care Quality*. 2006; 19(1):93-104.
47. MANNION, R.; MARINI, G.; STREET, A. Implementing payment by results in the English NHS: Changing incentives and the role of information. *Journal of Health Organization and Management*. 2008; 22(1):79-88.
48. LOCOCK, L. Healthcare redesign: meaning, origins and application. *Qual Saf Health Care*. 2003; 12:53-58.
49. LEGA, F.; VENDRAMINI, E. Budgeting and performance management in the Italian National Health System (INHS): Assessment and constructive criticism. *Journal of Health Organization and Management*. 2008; 22(1):11-22.
50. BENAVENT, J. et al. Using pay-for-performance to introduce changes in primary healthcare centres in Spain: first year results. *Quality in Primary Care*. 2009; 17:123-31.
51. VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(3):711-724.
52. PEREIRA, et al . Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2011; 32(1):48-55.
53. NEIGER, B.L. et al. Use of Social Media in Health Promotion : Purposes, Key Performance Indicators, and Evaluation Metrics. *Health Promot Practice*. 2012; 13:159-164.
54. MOREIRA, E.M.M.; COSTA, E.A. Avaliação de desempenho da Agência Nacional de Vigilância Sanitária no modelo de contrato de gestão. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010; 15(Supl. 3):3381-3391.
55. MARTINS, M.; TRAVASSOS, C.; NORONHA, JC. Sistema de Informações Hospitalares como ajuste de risco em índices de desempenho. *Rev Saúde Pública*. 2001; 35(2):185-192.
56. IBÁÑEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):683-703.
57. GARCÍA-ATLÉS, A. et al. Análisis del desempeño de los servicios sanitarios de Cataluña: evaluación de los primeros resultados del proyecto demostrativo. *Gac Sanit*. 2009; 23(5):465-472.
58. BONACIM, C.A.G.; ARAÚJO, A.M.P. Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(Supl. 1):1055-1068.
59. CONRAD, D.A.; SHORTELL, S.M. Integrated health systems: Promise and performance. *Frontiers of Health Services Management*. 1996; 13(1):3-40.
60. RADFORD, A. et al. A Comparative Performance Scorecard for Federally Funded Community Health Centers in North Carolina. *Journal of Healthcare Management*. 2007 ;52(1):20-33.
61. LAWTHERS, A.G. III Validity Review for performance measures. *International Journal for Quality in Health Care*. 1996; 8(3):229-306 .
62. VIACAVA, F et al. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17(4):921-934.
63. SZWARCOWALD, C.L.; VIACAVA, F. Pesquisa Mundial de Saúde: aspectos metodológicos e articulação com a Organização Mundial da Saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(supl1): 58-66.

64. SZWARCOWALD, C.L. et al. Desigualdades socioeconômicas em saúde no Brasil: resultados da Pesquisa Mundial de Saúde, 2003. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2005; 5 (Supl 1): S11-S22.
65. TEN ASBROEK, A.H.A. et al. Developing a national performance indicator framework for the Dutch health system. International Journal for Quality in Health Care. 2004; 16(S1):65-71.
66. SMITH, P.C. Measuring health system performance. Eur J Health Econom. 2002; 3:145-148.
67. MASIYE, F. Investigating health system performance: An application of data envelopment analysis to Zambian hospitals. BMC Health Services Research. 2007; 7(58):1-11.
68. LAUER, J.A. et al. World health system performance revisited: the impact of varying the relative importance of health system goals. BMC Health Services Research. 2004; 4(19):1-8.
69. INGRAM, R.C. et al. Local Public Health System Performance and Community Health Outcomes. Am J Prev Med. 2012; 42(3):214-220.
70. HEYWOOD, P.; YOOUNJOUNG, C. Health system performance at the district level in Indonesia after decentralization. International Health and Human Rights. 2010; 10(3):1-12.
71. HANDLER, A.; ISSEL, M.; TURNOCK, B. A Conceptual Framework to Measure Performance of the Public Health System. American Journal of Public Health. 2001; 91(8):1235-1239.
72. GAULD, R. et al. Scorecards for health system performance assessment: The New Zealand example. Health Policy. 2011; 103:200-208.
73. MALTA, D.C. et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde. 2007; 16(4):233-244.
74. MISOCZSKY, M. C.; VIEIRA, M. M. F. Desempenho e qualidade no campo das organizações públicas: uma reflexão sobre significados. RAP. 2001; 35(5):163-77.
75. MODESTO, P. Notas para um debate sobre o princípio da eficiência. Revista do Serviço Público. 2000; 51(2):105-120.
76. BEHN, R. D. O novo paradigma da gestão pública e a busca pela *accountability* democrática. Revista do Serviço Público, Brasília, v. 49, n. 4, 1998, p. 5-43.
77. SANCHÓ, L. B. Eficiência. In: _____. Avaliação econômica em saúde. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Ed. 2007, 95p. p. 61-76.
78. CALVÃO, F. U. Princípio da eficiência. Disponível em: <http://www.estig.ipbeja.pt/~ac_direito/FUC10.pdf> Acesso em: 20 ago. 2014.
79. AMARAL, A.C. O princípio da eficiência no direito administrativo. Revista Eletrônica sobre a Reforma do Estado. 2006, Salvador, n. 5, p. 1-6.
80. TAYLOR, F. W. Princípio de Administração Científica. 8ª. ed. São Paulo: Atlas, 1990.
81. ARAGÃO, A.S. O princípio da eficiência. Revista Eletrônica de Direito Administrativo Econômico. 2005. Salvador, n. 4, p. 1-7.
82. MÂNICA, F. B. Racionalidade econômica e racionalidade jurídica na constituição de 1988. Disponível em: <<http://fernandomanica.com.br/wp-content/uploads/2010/08/Racionalidade-econ%C3%B4mica-e-jur%C3%ADdica.pdf>> Acesso em: 20 ago. 2014.
83. CORRÊA, I.M. Planejamento estratégico e gestão pública por resultados no processo de reforma administrativa do estado de Minas Gerais. RAP. 2007; 41(3):487-504.

84. FADEL, M.A.V.; FILHO, G.I.R. Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso. *RAP*. Rio de Janeiro, 43(1):07-22, 2009.
85. ZEITHAML, V. A.; PARASURAMAN, A.; BERRY, L. L. *Delivering quality service: balancing customer perceptions and expectations*. New York: The Free Press, 1990. 226 p.
86. POLLIT, C.; BOUCKAERT, G. Defining quality. In: ____ (eds.). *Quality improvement in European public services*. London, Sage, 1995. p. 3-19.
87. VUORI, H. A qualidade da saúde. *Cad. Ciência e Tecnologia*, v. 3, p. 17-24, 1991.
88. ROEMER, M.; MONTROYA-AGUILAR, C. (1988), *Evaluación y garantía de la calidad en la atención primaria de salud*. Ginebra: Organización Mundial da Saúde.
89. DONABEDIAN, A. *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press, 2003.
90. SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. N. 85, 2009, p. 65-82.
91. TRONCHIN, D.M.R. et al. Subsídios teóricos para a construção e implantação de indicadores de qualidade em saúde. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2009 set;30(3):542-6.
92. WALSH, K. Qualità e servizi publici. *Problemi di Amministrazione Pubblica*. Napoli, 18(1), mar. 1993.
93. ØVRETVEIT, J. (1996), *La qualità nel Servizio Sanitario*. Napoli: EdiSES.
94. MALIK, A.M. Quem é o responsável pela qualidade na saúde? *RAP*. Rio de Janeiro 39(2):351-64, Mar./Abr. 2005.
95. ETINGER, J. I. B.; LEITE, M. F. Perspectivas do princípio da efetividade na jurisdição contemporânea. *Revista de Direito Brasileira*. 2013. n. 3, v. 6, p. 195-215.
96. MAIA, M. S. F.; BARACHO, H. U. A efetividade dos Direitos Sociais no Brasil: comentários sobre o papel do Judiciário. 2007, p. 53-68.
97. GEORGOPOULOS, B.S.; TANNENBAUM, A.S. A study of organizational effectiveness. *American Sociological Review*, v. 22, p. 534-540, 1957.
98. HARRISON, M.I. *Diagnosing organizations: methods, models and processes*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.
99. JÚNIOR, G.D.G.; VIEIRA, M.M.F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(2):325-334, 2002.
100. SINGER, P. *Curso de introdução à economia política*. 17ª. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.
101. WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity and health. *EUR/ICP/RPD 414, 7734r*, Geneva: WHO, 2000.
102. EVANS, T. et al. *Challenging inequities in health from ethics to action*. Oxford: Oxford University Press, 2001. (eds.). *Quality improvement in European public services*. London, Sage, 1995. p. 3-19.
103. NIVEN, P.R. *Balanced scorecard passo-a-passo: elevando o desempenho e mantendo resultados*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2005. 424 p.

4.3 ARTIGO 3: AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DE SISTEMAS DE SAÚDE PELA ÓTICA DOS INTERESSADOS: O CASO DO ÍNDICE DE DESEMPENHO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL

Resumo

Uma das consignas que compõem o gerencialismo é a participação da sociedade civil no controle do desempenho da administração pública consolidando-se assim como uma forma de *accountability*. Assim este artigo se ocupa em analisar a forma e o conteúdo da opinião pública da sociedade civil interessada sobre o Índice de desempenho do Sistema Único de Saúde. Para tanto se usou uma metodologia qualiquantitativa, cuja captação dos discursos foi feita em sítios eletrônicos, portais, *blogs* e *webblogs* que versavam sobre o assunto. Foi utilizado o método do Discurso do Sujeito Coletivo como forma de análise além dos conceitos de ‘individuação’ em Touraine e ‘sociedade civil’ em Gramsci como suporte interpretativo do objeto em questão. Foram obtidos 215 discursos, categorizados em catorze ideias centrais. Dentre as ideias mais frequentes estavam as ‘comparações indevidas’ totalizando 23,04% do total (50); a ‘avaliação boa’ do SUS, 13,36% (29); e a ‘críticas ao método/índice’ totalizando 11,52% do total (25). Pôde-se perceber que na opinião pública sobre o desempenho existiu um polo hegemônico e majoritário que simplifica processos extremamente complexos, tornando a avaliação rasa e fragilizada e outro, minoritário, que busca requalificar o debate sobre a avaliação de desempenho buscando recuperar a produção de conhecimentos que possibilitem compreender os resultados não-desvinculados dos processos de trabalho que os geram. Assim, pode-se afirmar que o controle da sociedade civil parece frágil diante dessas circunstâncias.

Descritores: Sistema de Saúde. Avaliação em Saúde. Saúde Pública. SUS. Pesquisa Qualitativa. Opinião pública.

Abstract

One slogan that composes the managerialism is the participation of civil society in the performance control of public administration. It is being one feature that it was used to

call accountability. So this article is concerned to analyze the form and content of public opinion of the interested civil society on the Performance Index of the Unified Health System. For that we used a qualiquantitative methodology, which raised the speeches found in electronic sites, portals, blogs and web blogs that focused on the subject. It used the Collective Subject Discourse method as a form of analysis beyond the concepts of 'individuation' in Touraine and 'civil society' in Gramsci as an interpretative support. We obtained 215 speeches, categorized in eleven central ideas. Among the most common ideas were the 'undue comparisons' covering 23.04% of the total (50); a 'good rating' SUS, 13.36% (29); and 'criticism of the method/index' covering 11.52% of the total (25). The public opinion about the performance was divided in a hegemonic and majority polo that simplifies extremely complex processes, making the shallow and fragile evaluation and another minority polo that seeks to reclassify the debate on the performance evaluation seeking to recover production knowledge that allow understand the non-decoupled results of work processes that generate them. Thus, it can be said that the control of civil society appears fragile under these circumstances.

Key-words: Health System. Health Evaluation. Public Health. Unified Health System. Qualitative Research. Public Opinion.

Introdução

O papel da sociedade civil no controle da administração pública contemporânea vem sendo reelaborado no que se refere à lógica do Estado gerencial. Escamoteado no que se batiza por 'burocracia flexível' este tipo de Estado tende a se negar como forma de exercício do poder. No entanto, este poder é estrategicamente exercido através de movimentos sutis de controle que combinam consentimento e difusão proporcionando despolitização e déficit democrático da sociedade civil organizada¹. A própria acepção de 'sociedade civil', a depender do autor em que se afilia a análise, já enseja debates acadêmicos devido ao seu conteúdo intrinsecamente abstrato. Mesmo assim, parece consenso que é na esfera da sociedade civil que ocorre formação do poder ideológico que caracteriza a forma e o conteúdo no qual o controle social, com o significado de controle da *res publica* pela população, irá se configurar².

É nessa esfera onde se inclui habitualmente o fenômeno da opinião pública, entendida como a pública expressão do consenso e dissenso a respeito das instituições, transmitidas através da imprensa, rádio, da televisão² e contemporaneamente, através das redes sociais³. É neste tempo social em que o debate sobre categorias fortemente modernas como, por exemplo, a persistência dos conflitos entre capital-trabalho nas estruturas sociais tradicionais tem de ser reanalisada sob o ponto de vista de um sujeito que, como parte da sociedade civil, deve deter uma capacidade de julgar as decisões e as atividades realizadas pelo Estado à luz da sua reconfiguração atual.

Neste cenário, um dos quesitos fundamentais na capacidade do sujeito (e por assim dizer, da composição das críticas formuladas pela sociedade civil nesse cenário) é a forma como os sujeitos lidam com a informação. No século XXI, a informação aparece a serviço de uma nova ordem que a subsumi à racionalidade econômica fundamentalmente através do excesso de informação que se transforma em ruído⁴ e na instantaneidade da informação por oposição ao seu processo histórico⁵. Aliado a isso, a ausência da intersubjetividade na formulação das opiniões individuais e na construção da opinião pública tende a gerar representações sociais que massificam ideias cada vez menos expostas ao contra-argumento. Isso torna a informação um reflexo de quem domina os meios de comunicação em massa⁵ promovendo, portanto, que certos enunciados se transformem em ideologias⁶.

Soma-se a isto a questão da natureza do sujeito contemporâneo e seu (des)interesse no debate público traz à baila o impasse sobre o adequado controle da sociedade civil sobre as formas de organização do Estado gerencial. Diferentemente das bases psicanalíticas⁷, para Touraine (1998)⁸ o ‘sujeito’ é este esforço do indivíduo para ser um ator, ou seja, para agir sobre seu ambiente e criar assim sua própria individuação. Certamente quando se trata do tema sobre ‘o controle da sociedade civil sobre o Estado’, especialmente à luz da necessidade desse ativismo social requerido para o controle social no gerencialismo⁹, parece que a definição sobre o ‘sujeito’ proposta por Touraine além de inquietante é deveras apropriada. Questiona-se sobre o que esperar do controle da sociedade civil sobre o Estado onde seus sujeitos majoritariamente estão em constante processo de hermetização de si.

Na conjuntura atual, o sujeito surge individuado e refém da aguda complexificação das estruturas sociais modernas¹⁰, o que torna a decodificação do cenário social algo pouco

atrativo¹¹. O conflito inerente ao abuso do poder econômico sobre o Estado é uma dessas querelas nas quais a sociedade civil padece pela baixa politização necessária para o exercício da ‘accountability’ que interpela o Estado nas questões de interesse público¹². Este aspecto é especialmente estratégico quando se trata da construção do Estado às expensas da *new public management*.

Como expressão material das ferramentas de gestão no gerencialismo, processos gerenciais tais como: contratualização de resultados, parcerias público-privadas e remunerações variáveis por avaliações de desempenho vêm se constituindo como um dos pilares das reformas em curso em diversos países nas últimas duas ou três décadas. As polêmicas em torno da aplicação destas ferramentas de gestão no setor público são intensas – tanto entre adeptos como entre críticos e defensores¹³. No setor saúde, essa proposta não passaria despercebida, e em 2012, com o advento do Índice de Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (IDSUS)¹⁴, essa ferramenta ganha sua materialidade no âmbito do sistema de saúde brasileiro. Inquietando gestores, provocando acadêmicos, este instrumento se baseia na consigna do controle de duas faces (seja pela gestão – através da medição do desempenho para premiação; seja pela população – através do controle social das atividades realizadas em seus sistemas locais).

Do ponto de vista aplicado, os caminhos percorridos para formulação dessas ferramentas gerenciais perpassam por outra ideologia latente: a da lógica empresarial com orientação para o mercado. Isso pode ser percebido desde a elaboração dos modelos de avaliação até suas aplicações sobre os objetos-alvo (muitas vezes, sem muita reflexão sobre seu objeto). Sob o farol do gerencialismo, estes modelos de avaliação se tornam instrumentos de avaliação das políticas públicas contemporâneas cujo pouco diálogo com os interessados (‘stakeholders’) em geral os tornam ferramentas gerenciais que tendem a não captar os objetos de medição em suas singularidades e dificultam o controle externo pela sociedade civil.

Setor saúde: medir resultados e avaliar desempenho para controlar

Os resultados alcançados pelas organizações estão cada vez mais submetidos às medições. Por isso, captar, o que se tem chamado de desempenho nessas organizações, tem se tornado o fim último daqueles que creem nestes mecanismos para avaliar o cumprimento de suas missões. Logo estas organizações têm recorrido a sistemas de medição de desempenho que tentam caracterizar suas atuações nas conjunturas em que se inserem¹⁵.

Para os teóricos da área da administração, um sistema de medição de desempenho organizacional, por alinhar estratégias organizacionais¹⁶ parece ser uma tendência crescente na administração pública¹⁷. Para tanto, a formulação dos indicadores e suas potências em descrever o que é essencial ao desempenho deve ser uma tarefa a ser realizada com muita cautela.

Lohman et al (2004)¹⁸ referem que um indicador de desempenho é uma variável que demonstra quantitativamente a eficácia ou a eficiência ou ambas, de parte ou do todo de um processo ou sistema, frente a uma determinada norma ou objetivo. Também, há momentos em que o indicador é chamado de ‘métrica de desempenho’. Um ‘indicador’ ou ‘métrica’ permite monitorar o desempenho das ações voltadas a materializar as estratégias, criando assim, um ‘link’ entre o planejado e o realizado, relação que envolve estratégia, ação e mensuração. Já na perspectiva de sistema de mensuração, um Sistema de Mensuração de Desempenho (ou ‘Performance Measurement System’ - PMS) pode ser entendido como um ‘conjunto’ dessas métricas quando aplicadas à quantificação da eficiência e à eficácia de ações organizacionais¹⁹.

A medição do desempenho apresenta algumas vantagens. Segundo Atkinson et al (1997)²⁰, com a medição de desempenho as organizações podem monitorar a implementação de seus planejamentos e determinar quando eles não estão tendo êxito e como melhorá-los. Bititci et al (2000)²¹ afirmam que as medidas de desempenho precisam estar alinhadas com as prioridades estratégicas da organização, sob o prisma de controle estratégico. De modo geral, a evolução dos Sistemas de Mensuração de Desempenho vem se delineando de modo a acompanhar a forma de operar das organizações que têm concentrado seus processos em formato de cadeias ou em redes²².

Percebe-se, contudo, algumas desvantagens associadas às medidas de desempenho. Uma preocupação latente entre os estudiosos dessas medidas relaciona-se com a ‘definição de indicadores coerentes para esta prática’, ou seja, que traduzam as dimensões a serem consideradas no processo de avaliação²². Outro aspecto, muito corrente de empresas com foco no mercado, é o abuso no uso de indicadores financeiros como medidas que sumariam o desempenho de determinada organização. Diante desse aspecto, cada vez mais as medidas não financeiras vêm sendo usadas para fornecerem informações de desempenho de natureza não monetária tais como participação de mercado, satisfação dos clientes, inovação e desenvolvimento de novos produtos e rotatividade de empregados²³.

No campo dos serviços, Fitzgerald et al (1991)²⁴ enfatizam a existência de dois tipos básicos de medidas de desempenho nas organizações: a) as medidas que relatam os resultados (competitividade, performance financeira); e, b) as medidas que focam os determinantes dos resultados (qualidade, flexibilidade, utilização de recursos e inovação). Resulta evidente a ênfase em torno de se considerar indicadores financeiros e não financeiros como definidores do desempenho medido. A saúde, entendida economicamente como um serviço²⁵, passaria também a levar em consideração indicadores relacionados à medição dos determinantes de seus resultados.

Neely (1997)²⁶ apresenta outro rol de princípios para a elaboração de indicadores a serem usados nos Sistemas de Mensuração de Desempenho: a) as métricas ou indicadores deveriam ser diretamente relacionadas com as estratégias de produção da empresa; b) indicadores não financeiros devem ser adotados; c) deve ser reconhecido que indicadores variam dependendo dos locais pois uma medida pode não ser adequada para todos os departamentos ou locais; d) deveria ser reconhecido que indicadores mudam assim como as circunstâncias; e) os indicadores devem ser simples e fáceis de usar; f) os indicadores devem oferecer ‘feedback’ rápido; e, g) os indicadores devem ser concebidos de modo a estimular a melhoria contínua e não apenas como monitores. Dessa forma, é possível aplicar as técnicas matemáticas de otimização para maximizar ou minimizar uma função previamente definida como Índices de Desempenho (ID), ou Índices de Performance (IP), visando encontrar uma ‘solução ótima’ do problema, isto é, que resulte no melhor ID possível.

Com efeito, a medição de determinado processo só se justifica se ele se propõe a ser passível de avaliação. A avaliação constitui um instrumento essencial de apoio à gestão por sua capacidade de melhorar a qualidade da tomada de decisões. Um obstáculo para uma utilização mais ampla da avaliação na tomada de decisão nos serviços de saúde é que a sua implementação requer recursos e tempo, o que dificulta a sua utilização para problemas que necessitem de soluções imediatas. Nessas situações, muito frequentes quando se trata da saúde de grupos e populações, somente a existência de um conhecimento acumulado, decorrente de avaliações passadas ou previamente planejadas, pode contribuir para essa tomada de decisão²⁷.

A palavra avaliação, em seu sentido *lato*, consiste em atribuir valor a algo²⁸. Para Arnold (1971)²⁹ avaliação ‘é a retroação planejada e sistemática de informações necessárias para guiar a ação futura’. A avaliação é uma forma de julgar o desempenho de programas, sendo necessário definir medidas para a aferição do resultado obtido. Assim, as medidas de resultados são denominadas de critérios de avaliação³⁰. Sem avaliar não é possível o exercício da função administrativa de controlar.

Sistema de saúde como objeto de avaliação de desempenho no exercício da função controle

Conforme visto, um aspecto do debate sobre avaliação de desempenho se refere à definição precisa do objeto da avaliação para que seja possível a eleição dos melhores indicadores. A diversidade de conceituações põe em destaque a grande variedade de maneiras em que ‘avaliar desempenho’ é percebida por diferentes autores e modelos. Isso também ocorre quando se trata da percepção do que seja ‘sistemas de saúde’ pois, além de apresentarem as divergências entre autores e disciplinas, também foram sendo definidos de forma diferente ao longo do tempo³¹.

Para Roemer (1991)³², ‘sistemas de saúde’ são estruturas de serviços baseadas em uma combinação de recursos, organização, financiamento e gerenciamento que culmina na prestação de serviços de saúde para a população. Em Mendes (2002)³³, estas estruturas são respostas sociais organizadas deliberadamente para responder às necessidades, demandas e representações [‘de saúde’] das populações, em determinada sociedade e

determinado tempo. Para Lobato e Giovanella (2012)³⁴, trata-se do conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população, cujo conjunto concretiza-se em organizações, regras e serviços que visam alcançar os resultados condizentes com uma concepção de saúde prevalecente em uma dada sociedade.

Quanto à finalidade, segundo Starfield (2002)³⁵, todo sistema de saúde possui dois objetivos principais que devem ser buscados. O primeiro corresponde à otimização da saúde da população por meio da aplicação dos conhecimentos mais avançados sobre as causas das enfermidades. O segundo visa a minimizar a iniquidade entre subgrupos populacionais, de modo a que determinados grupos não estejam em desvantagens sistemáticas em relação ao acesso aos serviços de saúde. Para a Organização Mundial de Saúde, os sistemas de saúde têm como fim: ‘todas as atividades as quais primariamente se propôs: promover, restaurar ou manter a saúde’. Essas atividades podem ser agrupadas em seis categorias: a) provisão dos serviços; b) profissionais de saúde; c) sistemas de informação em saúde; d) insumos médicos, vacinas e tecnologias; e) sistema de financiamento da saúde; e, f) liderança e governança³⁶. A contribuição crescente do método da análise comparada para o estudo dos sistemas de saúde coincide com o crescimento e expansão desses serviços, uma vez que a ação governamental nas políticas sociais e de saúde aumentou consideravelmente ao longo do século XX³⁷.

Para Conill (2006)³⁷ os sistemas de saúde podem ser divididos em três grandes grupos: a) os sistemas nacionais de saúde (com a perspectiva de se constituírem em sistemas universais de saúde, financiados a partir de recursos fiscais, como o sistema britânico); b) os seguros públicos de saúde (sob controle estatal, mas financiados pelos próprios segurados, ainda que recebam algum recurso público, como o sistema alemão); e, c) os sistemas empresariais-permissivos (financiados diretamente pelos beneficiários e sob apenas regulação do Estado, como o dos Estados Unidos). Um sistema de saúde ideal deve exercer basicamente três grandes funções: a) regulação; b) financiamento (universal ou segmentado); e, c) a prestação de serviços (serviços integrados ou fragmentados, com monopólio estatal, contratos públicos, competição gerenciada ou de livre mercado). Quanto aos seus componentes, Kleczkowski, Roemer e Werff (1984)³⁸ afirmam que os sistemas de saúde são constituídos pelos seguintes componentes: a) modelo de atenção; b) financiamento; c) infraestrutura; d) organização; e) gestão. Numa proposição mais abrangente, Lobato e Giovanella (2012)³⁴ identificam que os

sistemas de saúde dependem de ‘componentes’ que interagem através de suas ‘funções’. Para esses autores, dentre os componentes dos sistemas de saúde encontram-se: a) cobertura e catálogo de benefícios; b) recursos (humanos, financeiros, rede de serviços, tecnológicos e conhecimento, insumos); e, c) organizações. Quanto às funções, estas seriam quatro principalmente: a) o financiamento; b) a prestação de serviços; c) a gestão; e, d) a regulação.

Por essas razões, ao comparar sistemas, é necessário estabelecer claramente a diferença entre ‘sistemas de saúde’ e ‘sistemas de serviços e cuidados em saúde’³⁹. Os primeiros são muito mais abrangentes e se referem à saúde em um sentido ampliado a qual é resultado de uma interação complexa de um conjunto de fatores e ações de diversos sistemas sociais. Os sistemas de saúde incluem o conjunto das intervenções que têm como meta problemas específicos, sociais ou de saúde; cobrem toda a gama das intervenções, dos serviços preventivos aos serviços paliativos, passando pelos serviços de diagnósticos e curativos. Compreendem as grandes funções da saúde pública (vigilância, proteção e promoção da saúde, prevenção das doenças, avaliação do sistema dos serviços de saúde, desenvolvimento das competências em saúde pública)⁴⁰, mas os sistemas de saúde não têm responsabilidades diretas, ou governabilidade, sobre o conjunto das condições sociais, econômicas, culturais, demográficas que afetam a capacidade das pessoas de viver bem e por muito tempo.

De fato, quando se busca analisar comparativamente os sistemas de saúde, o foco tende a recair sobre os ‘sistemas de serviços e cuidados’³⁷. Os estudos de sistemas de saúde apresentam muita proximidade com as análises de políticas e com os estudos de serviços de saúde. Isto ocorre porque esses estudos usam recursos disciplinares próximos, como a epidemiologia, a economia, as ciências sociais e humanas e a administração. Esta interação é positiva e deve ser estimulada porque auxilia muito no conhecimento dos sistemas de saúde. Contudo, há necessidade de distingui-los. As análises de políticas de saúde priorizam as relações políticas e institucionais entre os atores da área de saúde, enquanto os estudos de serviços de saúde priorizam o conhecimento dos efeitos das ações das instituições prestadoras de serviços de saúde sobre as condições de vida e saúde das populações³⁴.

Estes aspectos correspondem a condicionalidades dos estudos, análises e avaliações que têm implicações para os delineamentos e execução da pesquisa que toma como seu

objeto os ‘sistemas de saúde’, uma vez que constitui pré-requisito elementar compreender este campo de pesquisa como necessariamente multidisciplinar e compreensivo (abrangente), na medida em que requer que se considere fatores relacionados com a governança, financiamento e organização da prestação de serviços públicos de saúde, considerações de implementação para reformar ou fortalecer essa forma de organização dos serviços e mais amplamente o contexto econômico, jurídico-político e social no qual essas prestações de serviços são negociadas e operadas. A finalidade da pesquisa de sistemas de saúde é melhorar a compreensão e o desempenho dos sistemas de saúde. A pesquisa de sistemas de saúde inclui todas as pesquisas de serviços de saúde, a maior parte das pesquisas de políticas de saúde e algumas pesquisas clínico-epidemiológicas, mas não inclui as pesquisas biomédicas³¹. Sugere-se, portanto, que os estudos sobre sistemas de saúde tenham como fronteira a análise da dinâmica de um ou mais de seus componentes. Ou seja, os estudos devem ser abrangentes a ponto de considerar os aspectos sociais, políticos e econômicos que interferem nos sistemas de saúde, mas sempre com o foco ao menos em um de seus componentes e sua dinâmica, ou comparada aos demais sistemas³⁴.

Avaliação do desempenho enquanto política pública no Sistema Único de Saúde e seu controle pela sociedade civil

Os problemas enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no desenvolvimento da gestão da saúde têm propiciado a busca de alternativas de tomada de decisão “mais objetivas” para efetivar os princípios da universalidade, integralidade e equidade⁴¹, principalmente no contexto histórico em que se busca firmar uma “nova administração pública” focada em resultados⁴².

Em decorrência, o desempenho tem se tornado uma preocupação central dos tomadores de decisão de políticas públicas e gerentes no período histórico do final do século XX e décadas iniciais do século XXI. A lógica do desempenho tem sido crucial na onda das abordagens de gerenciamento de serviços públicos (especialmente em serviços de saúde) que tem sido chamado de ‘a nova gestão pública’ (*new public management*)⁴³.

Para tanto, a identificação de medidas de desempenho tem sido o alvo de pesquisadores na área com a finalidade de implementar a tomada de decisão sob essa nova forma de gestão. Quando se trata de sistemas de saúde, há um consenso razoável de que os objetivos podem ser sumarizados em quatro tópicos: a) conferir saúde aos cidadãos pelo sistema de saúde; b) capacidade de resposta às necessidades individuais e preferência dos usuários; c) proteção financeira oferecida pelo sistema de saúde; e, d) produtividade da utilização dos recursos de saúde⁴⁴.

Experiências pioneiras no Brasil nessa área são oriundas das pesquisas do Instituto de Comunicação e Informação em Ciência e Tecnologia – ICICT da Fundação Oswaldo Cruz, através da criação do PRO-ADESS (Programa de Avaliação de Desempenho para Sistemas de Saúde)^{45,46} no âmbito do qual foi proposto um modelo de avaliação de desempenho para o sistema de saúde brasileiro, empregando o marco teórico das desigualdades em saúde.

No âmbito da gestão, a experiência de avaliação de desempenho do SUS, com abrangência nacional, ganhou destaque com a criação do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) e com a implementação do Programa de Melhoria da Avaliação da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ-AB). O IDSUS analisa o desempenho a partir do cruzamento de indicadores simples e compostos aplicados aos entes federativos: municípios (organizados ou não em regiões de saúde), estados e União. Foca como ‘desempenho’ os quesitos de ‘eficiência’ e ‘acesso aos serviços de saúde’ em seus diversos níveis e trabalha com alguns elementos de determinação social da saúde⁴⁷. O segundo (PMAQ-AB), foca seu processo de avaliação em nível ‘micro’ (equipes de saúde) em apenas um nível de atenção (atenção básica à saúde) e com uma metodologia de inspiração donabediana, utiliza indicadores de estrutura, processo e satisfação do usuário⁴⁸.

Não obstante o valor que se possa atribuir a essas iniciativas avaliativas com origem na gestão nacional do SUS, ou seja no Ministério da Saúde, o fato crucial relativo a esses processos de avaliação mencionado é que a essência do que se toma por ‘desempenho’ é questionável, especialmente se o questionamento não se restringe aos métodos e técnicas empregados, mas se dirige, epistemologicamente, ao objeto (o quê) esses processos avaliativos, com os instrumentos empregados, estão se propondo a medir. Cabe enfatizar que as características básicas dos processos de avaliação do desempenho

não estão explicitadas nas formulações desses processos avaliativos, deduzindo-se que seu significado é tácito, não requerendo explicitação. Porém, o próprio sentido de desempenho não está suficientemente esclarecido como expressão dos indicadores utilizados em ambos os processos. A principal consequência dessa indefinição é a possibilidade de ‘enviesamentos’ de vários tipos em estudos e análises sobre desempenho, a partir desses processos avaliativos. Outro aspecto de que soma a esse tipo de avaliação enquanto política pública se trata da polissemia da palavra “resultado”. A tendência na “gestão por resultados” é compreender os ‘processos’ de produção dos serviços como ‘resultados’, e não os reais resultados que se espera de um sistema de saúde que se trata da melhoria das condições de saúde de uma população.

Um repetido argumento para a busca incessante pelos resultados (e por consequência pela avaliação de desempenho) advém do princípio da participação dos cidadãos no controle (externo) do Estado através da apreciação do desempenho da administração pública⁴⁹. Também chamada de ‘accountability’ vertical⁵⁰, a incorporação deste tipo de controle social e de responsabilização da administração pública pelo desempenho aparece como uma promessa de substituição de um modelo no qual impera o controle burocrático baseado na observância a normas e procedimentos, sem a participação dos cidadãos, para outro no qual se estabelece o controle ‘a posteriori’ de resultados da ação governamental, e no qual a sociedade participaria da definição de suas metas e dos indicadores de desempenho, assim como da avaliação direta dos bens e serviços públicos⁵¹.

É a partir deste processo que o gerencialismo pretende preencher um vácuo teórico e prático, captando as principais tendências presentes na opinião pública, entre as quais se destacam o controle dos gastos públicos e a demanda por melhor qualidade dos serviços públicos, assim como promover o exercício do aprendizado social com a esfera pública criando uma ‘nova cultura cívica’, que congregue políticos, funcionários e cidadãos^{52,51}. Contudo, resta latente o questionamento sobre a potência dessa opinião pública dos atores em controlar as ações do Estado, uma vez que é notória a assimetria entre o poder de agentes econômicos e de organizações comunitárias, para ficar em apenas um exemplo sobre as dificuldades e desafios postos aos interessados em radicalizar as experiências de aprofundamento da democracia no Estado contemporâneo.

No período histórico em que vivemos, a constituição dos sujeitos portadores de direitos postula a diferença como compatível à igualdade, bem como suas implicações mais imediatas que dizem respeito a como conciliar o individualismo que fundamenta a noção moderna de cidadania com as demandas crescentes por direitos de minorias, ou direitos coletivos, como é o caso da saúde⁵³. Na lógica do gerencialismo, a cidadania está relacionada com o valor de ‘accountability’. Isso requer uma participação ativa da sociedade civil desde a escolha dos dirigentes até o momento da elaboração das políticas e na avaliação dos serviços públicos. Entretanto, o ato de controlar as políticas públicas parece ser realizado por um tipo de sujeito ‘consumidor’ que é, no mais das vezes, um cidadão passivo⁵².

São pertinentes essas inquietações, pois parece haver uma convergência da literatura sobre os objetivos da avaliação e sua relação com a criação e o fortalecimento de mecanismos de ‘accountability’ na administração pública. A ideia geral é de que quanto mais perto estiver do cidadão o poder de decisão com relação às políticas públicas, melhor será a qualidade da prestação do serviço e, de fundamental importância, maior será o grau de ‘accountability’⁵². Constata-se, contudo, uma escassez de análises empíricas ou pesquisas sistemáticas acerca das relações causais e das condições que estruturam essa suposta relação entre avaliação do desempenho de políticas públicas e a promoção de maior transparência e criação de mecanismos de ‘accountability’⁵¹.

Admitindo-se o sujeito contemporâneo como este sujeito que parece mais afastado da sua integração com os seus ou da sua capacidade de gerar mudança, é que a questão do controle social do Estado pelos sujeitos da sociedade civil se torna crítica. Quando se fala em ‘sujeito’ evoca-se uma imagem iluminista de um indivíduo identificado com a razão cuja consciência é a presença no indivíduo (ou em um grupo de indivíduos) de representações de si que contenham juízos de valor morais sobre as condutas desses indivíduos ou grupo⁵⁴. Contudo, sob o rótulo da individuação, a importância da ideia de sujeito para uma ação coletiva vem se reconfigurando, tendo implicações profundas no que se entende por ‘accountability’. Ser sujeito na contemporaneidade é esta chamada de si para si, esta palavra dirigida a si mesmo que só aparece quando a ação humana é capaz de criar um mundo inteiramente artificial, como as redes de comunicação por exemplo, que fazem desaparecer os sujeitos nas obras da atividade coletiva⁵⁴.

Nesta situação, a interface entre sujeitos e instituições políticas, que alguns autores denominam de ‘nova cidadania’ ou ‘cidadania de sujeitos em redes’, é uma realidade crescente na sociedade da informação, com destaque para a participação, predominantemente opinativa, estimulada por redes virtuais (Twitter, Facebook e outras). Esse tipo de participação tem ampliado a visibilidade pública dos eventos políticos, com grande repercussão através das mídias, mas sem garantia de continuidade de engajamento mobilizatório, devido à efemeridade do seu comprometimento político⁵⁵.

É desse contexto que se ocupa este artigo, cujo objeto é o IDSUS, com o objetivo de identificar e analisar as manifestações da sociedade civil sobre esse índice.

Percurso metodológico

Foram analisados discursos de sujeitos considerados interessados no processo de avaliação de desempenho do SUS. Para tanto utilizou-se metodologia qualiquantitativa, do ponto de vista da abordagem do problema de pesquisa⁵⁶. Os discursos, tomados como dados secundários, foram captados dos sujeitos da pesquisa em ambientes virtuais que os disponibilizaram publicamente, organizados e sistematizados com o emprego de técnicas preconizadas pelo método do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)⁵⁷ e analisados segundo o referencial teórico da representação social. Esta fase teve três etapas: a) ‘as considerações teóricas a respeito do objeto e da análise dos dados’; b) ‘a técnica de coleta de dados’; e, c) ‘a sistematização e a análise dos dados’. O DSC é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, que encontra fundamento na teoria da Representação Social e seus pressupostos sociológicos. Consiste, basicamente, em analisar o material verbal coletado, extraído de cada um dos depoimentos, tratando-se, portanto, de uma pesquisa de opinião⁵⁸.

Sobre as considerações teóricas a respeito do objeto e da análise dos dados, essa fase da pesquisa apresentou dois elementos teóricos fundamentais na análise proposta. Um deles foi o objeto dessa análise e outro foi a corrente teórica que se utilizou para analisar o material objeto de discussão.

Quanto ao objeto (o IDSUS), cabe assinalar que esse instrumento/ferramenta é a materialização da avaliação de desempenho no âmbito do SUS. Segundo documentação oficial, o IDSUS é uma metodologia de avaliação de desempenho, desenvolvida por uma equipe multiprofissional do Ministério da Saúde, cujos indicadores são divididos basicamente em dois grupos (acesso e efetividade) e assim sumarizam o desempenho do SUS através da formulação de um índice de desempenho caracterizado como uma medida síntese. Para esta finalidade foram levantados documentos oficiais, legislação, normas, regras infralegais e relatórios de pesquisa do grupo que trabalhou na sua concepção com a finalidade de melhor caracterizar o IDSUS.

Em se tratando do arcabouço teórico para a análise, utilizou-se para esse fim o pensamento sociológico de Alain Touraine sobre a construção de uma nova retórica da emergência do conceito de ‘sujeito’⁵⁴. Nessa perspectiva, o propósito residuiu em analisar como os diferentes sujeitos discursam sobre a avaliação de desempenho no SUS como sendo membros de uma sociedade civil interessada no assunto. Para o conceito de sociedade civil, optou-se pelo enunciado descrito por Gramsci que identifica na sociedade civil o local de formação do poder ideológico². O objetivo final foi identificar e analisar as múltiplas visões sobre o objeto e sistematizar as diversas representações sociais da sociedade civil acerca do fenômeno, contemplando o modo como os diferentes sujeitos lidam com essas informações, em decorrência das afinidades ideológicas mais frequentes no ideário dos interessados sobre o assunto.

Em relação à técnica de coleta de dados, esta foi realizada a partir de uma ‘pergunta norteadora’ que operou metodologicamente como se os sujeitos respondessem ao entrevistador, conforme preconizada na técnica de entrevistas semi-estruturadas⁵⁹ também chamadas de semipadronizadas⁶⁰. Desse modo, a pergunta serviu de ‘filtro’ para identificar os discursos considerados pertinentes à pergunta norteadora, formulada nos seguintes termos: ‘O que você pensa sobre a avaliação de desempenho do SUS, realizada com o emprego do IDSUS?’.

A captação dos discursos foi feita em ambientes virtuais relativos ao tema. Para o mapeamento desses ambientes foram utilizadas duas estratégias: 1) a identificação das redes sociais públicas e de largo alcance que se consideravam fóruns de discussão sobre o tema; e, 2) a identificação de sítios eletrônicos na rede mundial de computadores (*internet*), do tipo portais, *blogs* e *webblogs* que versam sobre o assunto, com o emprego

de programa (*software*) do tipo buscador de informação, compatível com o propósito da investigação. A opção metodológica para o referido programa recaiu sobre o *software* denominado *Google*. Para o reconhecimento desses ambientes virtuais foi utilizada a palavra-chave ‘IDSUS’ como critério de busca, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1. Ambientes virtuais identificados como locais em potencial para captação de discursos dos sujeitos, sobre a avaliação de desempenho do SUS, em 2012.

Método de busca	Ambientes Virtuais identificados	
Palavra-chave “IDSUS” nos sistemas de busca dos ambientes virtuais públicos	Redes sociais	Outros ambientes virtuais
	Facebook	Sites
	Twitter	Portais
	Orkut	Blogs
		Webblogs

A partir daí, foram coletados os discursos relativos ao IDSUS que se encontraram em consonância com a pergunta norteadora, isto é se encaixaram como uma possível resposta esta pergunta. A coleta desses discursos teve com limite temporal o prazo de 120 dias contados a partir da divulgação do IDSUS, ocorrida em março de 2012.

Após a captação dos discursos, o material foi organizado e sistematizado com o emprego do *software* denominado ‘QualiquantiSoft’, com a finalidade de organizar e sistematizar os conteúdos desses discursos, gerando os DSC a serem analisados.

Resultados

Foram identificados nas redes sociais 215 discursos que opinavam sobre o IDSUS no período analisado. Nesses discursos foram identificadas 217 ideias centrais. Destas, as mais frequentes foram as relativas às ‘comparações indevidas’ totalizando 23,04% do total (50). Em segundo lugar, observou-se os discursos cujas ideias centrais remeteram a uma ‘avaliação boa’ do SUS totalizando 13,36% (29). A terceira ideia central mais frequente correspondeu a ‘críticas ao método/índice’ totalizando 11,52% do total (25) (Figura 1).

Figura 1. Proporção das Ideias Centrais (IC) identificadas nos discursos sobre o que os atores sociais pensam/relatam após o anúncio do IDSUS, em 2012.

Dentro da ideia central que se refere às ‘comparações indevidas’, foi possível verificar uma diversidade de argumentos que descrevem essas comparações de forma mais grosseira até as mais refinadas. De certo todas são inválidas do ponto de vista do método utilizado para avaliar o desempenho, cada uma com sua razão específica como disposto no Quadro 2.

Quadro 2. Ideia central e suas expressões-chaves em discursos dos sujeitos relacionados às comparações indevidas sobre a avaliação de desempenho do SUS, em 2012.

Ideia Central - As comparações indevidas e seus diferentes argumentos	Expressões-chaves (exemplos)
‘Generalizações grosseiras’ que comparam o desempenho avaliado em cidades de pequeno porte com a situação nacional	“... Itajaí está em 5º lugar no ranking nacional da saúde pública no País.” (Representante da gestão municipal de Itajaí).
Comparações de sistemas de escalas geográficas diferentes e entre unidades federadas	“... Saúde em Franca receberam nota 5,24 do Ministério da Saúde, índice pior que as médias do Estado de São Paulo (5,77) e do Brasil (5,46).” (Representante da gestão municipal de Franca).

Comparações entre grupos homogêneos diferentes, tanto na mesma região quanto em regiões diferentes	“O Ministério da Saúde divulgou esta semana o resultado do IDSUS - Índice de Desenvolvimento do SUS. O município de Parnarama ficou atrás somente de Timon, desbancando municípios de grande porte, como a própria capital São Luís, Caxias, Imperatriz e os outros 216 municípios do estado.” (Civil da Cidade de Parnarama).
Comparações indevidas foram aquelas cuja comparação parecia ter como critério a mesma unidade federada	“A cidade de Matinhas, localizada na região do brejo paraibano, distante 143 km da Capital, foi destaque no Ministério da Saúde pelo índice IDSUS. O município obteve a nota média de 6,11 no Estado da Paraíba, ficando em oitava colocação.” (Representante da Gestão municipal de Cuité).
Impossibilidade de comparações por regiões	“O município de Santa Luzia está em 46º no sertão pelo índice do IDSUS precisamos melhorar e muito isso é fala ouvida por toda a cidade.” (Representante da gestão municipal de Santa Luzia).
Média nacional usada indevidamente como ponto de corte comparativo	“O levantamento do SUS serve como alerta para a região, que está dividida. São 15 cidades acima da média nacional e 13 abaixo. Barrinha, Dumont, Taiaçu, Taiúva e Taquaral tiveram médias acima da média nacional. Jaboticabal, Guariba, Pitangueiras e Sertãozinho tiveram médias abaixo da média nacional...” (Notícia postada no google – Jaboticabal).
Comparações indevidas gerando ‘accountability’ (horizontal)	“... Atendendo a um requerimento do vereador Nerivan Cláudio, compareceram a CMB, o secretário Luís Miranda e o ex-secretário Ireno, respondendo a uma pergunta de Nerivan sobre uma pesquisa que dizia ser Baraúna a última cidade classificada no atendimento do SUS.” (Civil da Cidade de Baraúna).

Apesar de frequentes, os argumentos da ideia central que se refere às ‘avaliações boas’ apresentam uma menor diversidade. O Quadro 3 exhibe alguns exemplos de expressões-chaves que traduzem a ideia central identificada nessa categoria.

Quadro 3. Ideia central e suas expressões-chaves dos discursos dos sujeitos relacionados às boas avaliações de desempenho do SUS, em 2012.

Ideia Central - As boas avaliações e seus diferentes argumentos	Expressões-chaves (exemplos)
Boa avaliação simplesmente dita	“O município de Lagoa do Barro, localizado na microrregião do Alto Médio Canindé, abrangendo uma área de 366,47 km ² e cerca de 542 km de Teresina. Ficou na primeira colocação do IDSUS, entre ao 16 (dezesseis) municípios que compõem a 11ª Regional de Saúde.” (Instituições/Notícia Imprensa)
Críticas à boa avaliação	“O Deputado Federal Simplício Araújo disse hoje que lamenta muito a forma desesperada como a Secretaria de Saúde do Maranhão comemorou os dados do IDSUS, segundo ele o estudo vem recebendo críticas de especialistas em saúde pública de todo o Brasil.” (Político/Timom – MA).

Já a ideia central que se refere à ‘críticas ao método/índice’ apresenta uma maior diversidade de argumentação. O Quadro 4 expõe a ideia central identificada nessa categoria assim como exemplos dessas ideias através de algumas expressões-chaves.

Quadro 4. Ideia central e suas expressões-chaves dos discursos dos sujeitos relacionados às críticas ao método/índice de desempenho do SUS, em 2012.

Ideia Central - As críticas ao método/índice e seus diferentes argumentos	Expressões-chaves (exemplos)
Críticas sem embasamento teórico consubstanciado (crítica pela crítica)	“IDSUS, o besteiro!” (Samuel – Civil)
Críticas à não-consideração do cotidiano da assistência	“O IDSUS não traduz com exatidão os "nós" que o município ainda tenta desatar. O novo índice não mede, por exemplo, filas de espera, nem distâncias percorridas até se chegar ao atendimento.” (Jornal – Notícia/Imprensa)
Críticas ao método per si	“... O IDSUS não deixa claro se o objeto da avaliação seria o sistema de saúde brasileiro ou apenas o segmento público e privado contratado ao qual se refere à grande maioria dos indicadores.” (União, Instituições/Sociedade Civil – BA) “O resultado não podia ser outro. Atribui ao SUS uma nota medíocre desprovida de significado lógico, que foi logo embalada pela grande imprensa como prova contundente de seu fracasso. Não é coisa séria. Felizmente, o tempo e a realidade se encarregarão de sepultar na poeira tão funesta iniciativa.” (José – Acadêmico/Associação – RJ) “Os indicadores de avaliação são de grande importância para o sistema de saúde. Mas o Ministério da Saúde tem trabalhado com um conjunto de indicadores extremamente extensos e fragmentados para a avaliação do SUS, incluindo indicadores voltados para questões epidemiológicas, para prestação de serviço, para o acesso etc. Utilizados de forma fragmentada, eles acabam não ajudando muito na construção e na atualização de informações para o SUS.” (Valcler - Acadêmico/Associação – RJ). “O deputado federal Simplício Araújo (PPS-MA) ... [...] ... o parlamentar destaca a importância do estudo, mas disse estranhar a falta de alguns indicadores na pesquisa. ‘Estranhamos, por exemplo, que o estudo não tenha usado indicador sobre o investimento dos diferentes níveis de governo na ponderação dos resultados’, apontou Simplício. Segundo o deputado, o IDSUS, da forma como foi elaborado, transfere à responsabilidade ao gestor local sobre os resultados sobre os quais ele não tem possibilidade de interferir.” (Site – Notícia/Imprensa) “... Tratam-se de ‘indicadores de desempenho’ que resultam dos ‘Programas AIS/LCA’ equalizados e articulados com Recursos AIS/LCA, Custo por processos AIS/LCA e Receitas por fontes AIS/LCA. Essa arquitetura contempla o Diagnóstico-AIS/LCA em t_0 (métricas inferidas), Prognóstico-AIS/LCA em t_N (métricas

	determinantes no momento de Qualidade Máxima com Custos Médios Mínimos e Remunerações Dignas Benchmark) e Tratamentos de t_1 a t_{N-1} (benchmarkings). A partir daí têm-se o ‘Navegador orçamentário por processos AIS/LCA ou ferramenta de monitoramento das Conformidades-AIS/LCA(Técnico-Operacionais integradas com as Econômico-Financeiras respectivas) - que são mantidas atualizadas através de planejamentos dinâmicos. Tudo isso, é o Conteúdo do livro ‘Saúde Merecida, Devida e Recebida no Brasil com Métricas Inferidas e Determinantes’ ‘Extensão-1’ disponível na BV do MS. É inescapável que o setor saúde operacionalize a metodologia - existente há mais de 30 anos - que contempla modelagens que disponibilizem Indicadores de Desempenhos Diretos e Sociais ou Resultados, Valor Agregado e Níveis - RDID (Recursos Desbalanceados, Inadequados e Desarticulados) - em nível de procedimento por Linhas de Cuidados Assistenciais (LCA) que compõem Ações Integrada de Saúde (AIS) - conforme perfis epidemiológicos das populações pediátrica, gestante, adulta e terceira idade...” (Site – Notícia/Imprensa) “... parece claro que o IDSUS está longe de refletir o Desempenho do SUS e só servirá para agravar os inaceitáveis Problemas Estruturais - SUS - dados pelos seus gargalos técnicos, operacionais, administrativos, econômicos e financeiros. Essa assertiva é facilmente testável, é só submeter o IDSUS aos bancos para fins de investimentos, através de suas linhas de financiamentos - e terá um sonoro NÃO. Isso ocorrerá porque os bancos contam com metodologias de parametrizações de desempenhos diretos e sociais. O que não ocorre com o IDSUS. Diante disso, os demais setores da sociedade acharão muito estranho que os gestores dos recursos públicos usem o IDSUS - para decidir sobre alocação de recursos.” (Site – Notícia/Imprensa) “... Observe que tratam-se ‘índices’ resultantes de ‘14 Indicadores de Acesso ou Obtido’(Atenção Básica, Atenção Ambulatorial e Hospitalar de Média Complexidade) e ‘Indicadores de Efetividade’ (Atenção Básica e Atenção Hospitalar de Média e Alta Complexidade e Urgência e Emergência) - aos quais se atribui os ‘melhores resultados’. A partir daí, divide-se o ‘Obtido’ pelo ‘Esperado’. Esses valores são transformados em notas de 0 a 10 que, por sua vez, são entendidas como medidas da ‘distância entre a situação atual e a situação objetivo’. Essas notas correspondem as ‘notas de Acesso potencial ou obtido e de efetividade, que forma o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS)’”. (Site – Notícia/Imprensa) “... Eduardo Paes ao afirmar que ‘Avaliar o passado é conversa para boi dormir’ ...”. (Acadêmico – Indivíduo)

Em relação às ancoragens foram identificadas as mais frequentes foram aquelas relativas à justificativa ‘sobre o modelo de avaliação’ totalizando 18,42% do total (21). Na segunda posição de frequência, as ancoragens relativas à ‘aplicação correta dos recursos de investimentos’ totalizaram 17,54% (20) e, em terceiro lugar foram aquelas que justificavam que é ‘o cotidiano dos serviços que melhor explica a realidade’ totalizaram 11,4% (13) (Figura 2).

Figura 2. Proporção das Ancoragens (Anc.) identificadas nos discursos sobre o que os atores sociais pensam/relatam após o anúncio do IDSUS, em 2012.

Dentro da ancoragem que se refere ao ‘método avaliativo’, foi possível verificar uma diversidade de argumentos que descrevem as principais falhas cometidas na elaboração do método de avaliação do desempenho até algumas ponderações a respeito da iniciativa de se tentar avaliar o desempenho dos sistemas de saúde conforme as expressões-chaves desta ancoragem por argumentos dispostas no Quadro 5.

Quadro 5. Ancoragem e suas expressões-chaves dos discursos dos sujeitos relacionados ao método avaliativo empregado na mensuração do desempenho do SUS, em 2012.

Ancoragem - ‘sobre o método avaliativo’ (argumentos)	Expressões-chaves (exemplos)
Ranqueamento como problema	“Para ranquear, é preciso ter indicadores sintéticos, e é praticamente impossível reduzir a um indicador sintético os 24 indicadores que foram selecionados com base em um estudo prévio da Fiocruz. Dependendo de como se agregam os indicadores, eles vão dar resultados finais diferentes... [...] ... Porque comparar um município que tem cinco mil habitantes e um que tem cinco milhões, obviamente, é um absurdo, porque gera distorções, porque os indicadores terão comportamentos diferentes... [...] ... O resultado no

	ranqueamento não condiz com a realidade”. (Antônio, Acadêmicos, Assistemática, Associações de saúde pública/coletiva, Indivíduo – RJ) “Parte da tecnocracia do Ministério da Saúde acaba de brindar à sociedade brasileira um disparate metodológico a título de atender a fome do chamado ‘ranqueamento’ (no meu tempo era classificação, como ainda é no futebol), que frequenta com avidez uma parte da grande mídia brasileira. E pior, pretendendo se constituir num processo de pontuação isento de contaminação política ideológica.” (José - Acadêmicos, Assistemática, Associações de saúde pública/coletiva, Indivíduo – RJ). “Três aspectos são passíveis de revisão: primeiro, o ranqueamento, que pode cometer injustiças, pois estamos falando de um sistema, de um conjunto de variáveis, e não apenas de um município isoladamente, por exemplo...” (Valcler - Acadêmicos, Assistemática, Associações de saúde pública/coletiva, Indivíduo – RJ) “... Isso porque a tendência é que as nuances técnicas se percam quando da divulgação dos dados para a opinião pública. A paixão da mídia por rankings e notas faz com que números cujo significado se desconhece sejam trombeteados como vereditos finais e objetivos, em que os mais bem avaliados são festejados, os piores são condenados, sem que se entenda muito bem por que.” (Daniel – Civil, Indivíduo, Notícia/Imprensa).
Multidimensionalidade	“A proposta central é de que a saúde é multidimensional e deve ser avaliada matricialmente e não somando variáveis de dimensões diferentes para chegar a um índice único. E ainda pior, em corte transversal, sem levar em conta a evolução de cada uma das variáveis ao longo do tempo, a avaliação é reducionista por adotar notas individuais e não corresponder aos critérios de isenção, multidimensionalidade e abordagem por municípios.” (José - Acadêmicos, Assistemática, Associações de saúde pública/coletiva, Indivíduo – RJ). “... cada uma dessas dimensões exigem indicadores específicos. Sendo assim, não se recomenda o uso de indicadores compostos (ou sintéticos), como foi definido pelo Ministério da Saúde. Do ponto de vista metodológico, o índice composto pode levar a distorções e avaliações equivocadas. Aliás, é importante lembrar que nunca foi proposta do Pro-Adess, elaborado pela Fiocruz, esse tipo de indicador. Ao contrário, o Pro-Adess surge exatamente na esteira da discussão crítica à metodologia de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde proposta pela OMS. De qualquer forma, é importante abrir o debate em nível nacional sobre a avaliação de desempenho do SUS, sobretudo num momento em que a aprovação da regulamentação da Emenda Constitucional 29, sem o necessário aumento dos recursos federais, e os cortes orçamentários, principalmente na saúde, evidenciam a falta de prioridade da saúde, assim como a falta de visão do governo sobre o papel do nível federal, seja na superação dos gargalos que dificultam a operação do SUS, seja na superação das desigualdades, sobretudo numa república federativa continental como o Brasil. Espero que a divulgação desse índice cumpra pelo menos esse papel”. (Célia – Acadêmicos, Assistemática, Associações de saúde pública/coletiva, Indivíduo – RJ). No entanto, o que temos que discutir é a dificuldade de conseguir um único indicador que possa medir um quadro tão complexo em municípios que têm necessidades de saúde diferentes. Um índice com

	24 indicadores terá sempre muita dificuldade em fornecer parâmetros aceitáveis para a comparação de sistemas de saúde em municípios com diferentes necessidades. Avaliar o desempenho da saúde nos municípios é sem dúvida um passo muito importante, mas um indicador sintético deve ser um ponto de chegada e não um ponto de partida...[...]... (PROQUALIS, DF, Gestão Federal).
Municipalidade ‘versus’ Regiões de Saúde	“Ele também critica a abordagem por municípios. O próprio governo, segundo ele, tem um decreto do ano passado que estabelece que a saúde deve ser analisada por redes assistenciais e por regiões de saúde, e não por municípios.” (José - Acadêmicos, Assistemática, Associações de saúde pública/coletiva, Indivíduo – RJ). “O terceiro aspecto que julgo importante para o debate é a regionalização, ou seja a construção de avaliações de regiões de saúde. Apesar de ser possível verificar individualmente o valor do indicador para as regionais de saúde, os dados não foram disponibilizados em planilhas como no caso dos municípios e me parece que a avaliação nesse nível seria muito mais válida, já que as regionais são definidas a partir de uma rede assistencial de saúde.” (PROQUALIS, DF, Gestão Federal). “... foi um equívoco a pesquisa colocar no mesmo patamar cidades que recebem poucos recursos e outras com alto poder de financiamento.” (Site, Notícia/Imprensa).
Cultura avaliativa	“... e o terceiro aspecto, que é a parte mais profunda da questão, é achar que dessa forma vai mostrar se o sistema está bom ou ruim...” (Valcler - Acadêmicos, Assistemática, Associações de saúde pública/coletiva, Indivíduo – RJ). “Nós temos que manter o compromisso de todos os municípios alimentarem periodicamente os sistemas de informação do Ministério da Saúde para que os índices sejam analisados corretamente, compartilhar esses dados com os conselhos municipais e não encarar os resultados como uma maneira de competição entre gestores municipais e sim como uma forma de unir forças para construir sempre a melhoria do SUS” (FUNESA). “... Nesse sentido, considero que seria necessário incorporar na avaliação as esferas estaduais e municipais. Ou seja, estimular a avaliação regional e estadual.” (PROQUALIS, DF, Gestão Federal). “Não pode haver dúvida que a disponibilidade de um índice como esse é um passo no caminho certo. Trata-se de enorme ganho de accountability, ou seja, da capacidade da sociedade avaliar adequadamente os avanços públicos numa área essencial para o seu bem estar, o que possibilita uma maior responsabilização de políticos e gestores pelos resultados de suas ações.” (Daniel – Civil, Indivíduo, Notícia/Imprensa).
Vinculação ao repasse financeiro segundo desempenho	“... As principais preocupações são: o acoplamento do IDSUS, com a transferência de recursos e com as inferências espúrias sobre o SUS estabelecidas a partir do IDSUS” (Lígia, Acadêmicos, Assistemática, Associações de saúde pública/coletiva, Indivíduo – RJ). “... O Ministério da Saúde, de maneira muito simplificada, emite políticas baseadas em dois pilares: normatização e repasse de recursos. Se o [IDSUS] de um determinado município for ruim, qual ação será desencadeada pelo Ministério?” (PROQUALIS, DF, Gestão Federal). “Acho também que o governo não pode utilizar ainda o IDSUS como

	base para a distribuição de recursos e premiação dos municípios sem que se estabeleça uma metodologia de avaliação dos sistemas municipais de saúde mais consistente. Para os gestores, acredito que a maior importância será perceber as limitações dos sistemas de informação para gerar indicadores necessários à avaliação do desempenho do SUS.” (PROQUALIS, DF, Gestão Federal).
Má utilização das informações veiculadas	“... segundo, a má utilização política desse tipo de resultado, principalmente em ano eleitoral, que pode jogar a discussão para o campo do debate superficial (Valcler - Acadêmicos, Assistemática, Associações de saúde pública/coletiva, Indivíduo – RJ). “...parece evidente que traduzir a complexidade de todo um conjunto de políticas públicas num único número é uma tarefa que não pode ser feita sem gerar distorções e injustiças. Daí que, se o índice é importante, há que se ter muito cuidado em seu uso e sua divulgação.” (Daniel – Civil, Indivíduo, Notícia/Imprensa) “... Deve-se ressaltar que o sistema de comparação e hierarquização de Índices entre municípios é inevitável, principalmente entre aqueles ‘atores’ que desejam um acesso mais rápido às informações obtidas e uma comparação superficial entre os municípios.” (Áquilas - Acadêmicos, Assistemática, Associações de saúde pública/coletiva, Indivíduo – RJ). “... trás uma dimensão importantíssima, que é a desconstrução da imagem negativa do SUS no imaginário da população. Com a divulgação dos resultados as pessoas param para refletir sobre as próprias experiências que têm na utilização dos serviços. Contudo, a confusão na divulgação é o maior problema do IDSUS. ‘Não considero que o caminho de tornar equivalente valorização e hierarquização seja o mais profícuo. Ao hierarquizar sempre haverá um primeiro lugar. E sinceramente não gosto da ideia de benchmark como balizador da avaliação de sistemas de saúde. Acho que a nota confunde. Considero, que o debate que veio a público se concentrou muito mais na disputa intergovernamental do que no sistema de saúde.’ ” (PROQUALIS, DF, Gestão Federal). “... é importante sempre ter cuidado na comunicação dos resultados. Índices como Ideb e o IDSUS são ideais para que se tenha uma visão de longo prazo da evolução da área, e não ano a ano ou mesmo gestão a gestão” (Daniel – Civil, Indivíduo, Notícia/Imprensa) “... É muito difícil discutir políticas públicas com propriedade se os meios de comunicação se limitam a reproduzir números sem nem mesmo o cuidado de explicar ao público seus significados. Sim, a nota ‘de 0 a 10’ mexe com o imaginário infantil de todos, mas é preciso ir mais fundo que isso se queremos qualificar o debate e fortalecer a democracia.” (Daniel – Civil, Indivíduo, Notícia/Imprensa).
Objetivos por trás da avaliação	“... Então, quando estabelecemos um esforço de avaliar o desempenho dos serviços, essas questões precisam ser abordadas de maneira que a avaliação permita identificar quais são os pontos mais frágeis para podermos intervir.” (ABRASCO, Associações de saúde pública/coletiva, RJ) “... Daí uma sensação de que os possíveis avanços de contarmos com uma avaliação nacional podem estar contaminados pela necessidade de oferecer respostas mais voltadas ao atendimento de demandas gerencialistas do núcleo central do governo Dilma do que para avaliar o sistema de saúde brasileiro. A explicação para o sumiço do subsistema privado (consta apenas como % de cobertura de planos de

	saúde por município) na composição do índice não se deve apenas à dificuldade de obtenção de informações e sim de uma acepção equivocada e reducionista do nosso sistema de saúde”. (PROQUALIS, DF, Gestão Federal) “Saber que o desempenho é o que está sendo avaliado é importante, especialmente para os pequenos e médios municípios que não contam nem com especialistas em gestão, nem com os recursos para implementar processos de monitoramento e avaliação de seus resultados de saúde.” (PROQUALIS, DF, Gestão Federal). “Os índices apontam um caminho promissor para a contratualização de resultados na gestão pública - possibilitando, por exemplo, premiar os gestores com melhores resultados - mas não devem se transformem no único parâmetro, e o ideal é que sejam utilizados com cautela, enquanto se avaliam, ao longo do tempo, as possibilidades de correção de deficiências, ajustes etc.” (Daniel – Civil, Indivíduo, Notícia/Imprensa) “... pouco dizem ao gestor sobre os problemas que afetam o SUS.” (Maria - Acadêmicos, Assistemática, Associações de saúde pública/coletiva, Indivíduo – RJ)

Quanto à ancoragem que se refere à ‘aplicação correta de recursos de investimento’ esta apresenta argumentos que transitam da relação direta entre investimento e desempenho até o uso do planejamento como determinante para o alcance de bons desempenhos. O Quadro 6 mostra algumas expressões-chaves dos diversos argumentos identificados nessa ancoragem.

Quadro 6. Ancoragem e suas expressões-chaves dos discursos dos sujeitos relacionados à aplicação de recursos de investimento na mensuração do desempenho do SUS, em 2012.

Ancoragem - ‘sobre a aplicação correta dos recursos de investimento’ (argumentos)	Expressões-chaves (exemplos)
Investimentos em geral responsáveis pela boa avaliação do desempenho	“Para o Secretário Municipal de Saúde, Sergio Liberato ‘esta conquista é de todos. É o reconhecimento pela correta aplicação dos recursos do município e os repasses dos governos Federal e Estadual’. A Secretaria Municipal de Saúde vem investindo em reformas estruturais das unidades, ampliação da frota para transporte dos pacientes, mutirões de exames de ressonância magnética, ultrassom, raios-x e tomografia, além dos atendimentos médicos e odontológicos nas unidades de saúde e Pronto Atendimento que resulta em mais de 200 mil atendimentos por mês. O secretário destacou ainda a atuação da Secretaria de Saúde na prevenção à Aids, dengue e outros agravos com os programas da Vigilância Epidemiológica, a fiscalização permanente da Vigilância

	Sanitária e o pleno abastecimento das unidades com medicamentos.” (Jackson/Indivíduo, Itajaí – Gestão Municipal) “... Os números refletem os investimentos da administração municipal na área. Além da abertura de dois PSFs (Programa Saúde da Família) e a reforma de mais um, o investimento na Farmácia Municipal, serviços complementares e aumento na oferta de exames e consultas especializadas contribuíram para a melhoria na prestação dos serviços na saúde. Cresceu a oferta de medicamentos básicos, especiais e de alto custo, houve contratação de fisioterapeuta, nutricionista e dentista. Além disso, houve expansão na oferta de exames de alto custo e especializados e o número de consultas e cirurgias eletivas realizadas fora do domicílio aumentou em função do aumento no transporte de pacientes que teve a frota aumentada de sete para 14 veículos ... [...] ... Ainda segundo o secretário, outros fatores que contribuíram para o bom desempenho atingido no IDSUS são o aumento em 150% do repasse de verba ao Hospital São Vicente de Paulo, que permitiu a contratação de um cirurgião para atender cirurgias eletivas na unidade, e a implantação do Programa Mais Vida. “É importante ressaltar que a atual administração está construindo uma sede para a Farmácia de Minas e ampliando o Centro de Saúde II, próximo ao Almoxarifado. Serão cinco construções em apenas três anos e meio de governo”, concluiu o secretário. No setor epidemiológico, a duplicação no número de agentes proporcionou o cumprimento de metas e a consequente obtenção de impactos positivos no setor.” ” (Gestão Municipal/Instituição – Rio Pomba)
Investimentos específicos responsáveis pela boa avaliação do desempenho	“De acordo com Leonardo Davis, coordenador da Atenção Básica, a nota é resultado de investimentos realizados nas equipes da Estratégia da Saúde da Família, como aquisição de carros novos, equipamentos e materiais permanentes, bem como a capacitação de profissionais de saúde. “O fortalecimento da atenção básica é prioridade do pacto da saúde, e Timon está conseguindo atingir a meta preconizada” (Ludwig – Indivíduo Notícia/Imprensa – Timon) “O mesmo fez muitos elogios à administração municipal. Quem falou também foi o vereador Ediwilson (PTB): “Temos quase 100% de cobertura de médicos de plantão à noite”, afirmou.”
O mínimo exigido por lei (15%) responsáveis pela boa avaliação do desempenho	“... Enquanto esta ajuda não vem, vamos investindo recursos do município bem acima do mínimo exigido por lei. Melhoramos muito, mas pretendemos melhorar ainda mais”. (Indivíduo/Notícia/Imprensa - Cristópolis) “O Prefeito Raimundo Silveira quando procurado para comentar tal façanha, disse que sente muito orgulho do seu trabalho como gestor do município e disse que isso é fruto da participação de toda equipe da saúde, e disse que desde quando assumiu à prefeitura em 2005 nunca investiu somente o estipulado na lei que é de no mínimo 15% das receitas da prefeitura, e sim vem repassando sempre mais de 30%, por isso hoje estamos em segundo lugar perdendo apenas para Timon” (Indivíduo – Parnarama – MA).
Planejamento e avaliação como instrumentos gerenciais responsáveis pela boa avaliação do desempenho	“De acordo com o secretário de Saúde de Iporã do Oeste, Edson Thesing, esta nota é resultado do esforço e trabalho conjunto desenvolvido pela equipe de Saúde local. Segundo ele, para garantir qualidade no atendimento, a secretaria trabalha com o planejamento. Thesing destaca que primeiramente foi elaborado um diagnóstico da situação da Saúde em Iporã do Oeste, e posteriormente foi feito um planejamento das prioridades locais, para que a saúde pública ofereça atendimento de qualidade. ‘Com base nesse levantamento é que desenvolvemos as atividades. Contamos com a união da equipe, dedicação dos agentes comunitários, capacitação dos profissionais e o

	diálogo direto com os servidores. Mostramos ao profissional e à comunidade como o SUS (Sistema Único de Saúde) é bom, basta saber usá-lo', explica o secretário, apontando a satisfação da equipe ao ver que o município está se destacando pelo trabalho desenvolvido.” (Instituição Notícia/Imprensa – Iporã do Oeste – SC).

Por fim, a ancoragem que se refere ao ‘cotidiano dos serviços explica melhor a realidade’ apresenta uma menor variedade argumentativa. O Quadro 7 apresenta alguns exemplos de expressões-chaves dos argumentos identificados nessa ancoragem.

Quadro 7. Ancoragem e suas expressões-chaves dos discursos dos sujeitos relacionados ao cotidiano dos serviços como elementos que explicam melhor a realidade ao invés da mensuração do desempenho do SUS, em 2012.

Ancoragem – O cotidiano dos serviços explica melhor a realidade (argumentos)	Expressões-chaves (exemplos)
Entre o geral e o particular	“...longa espera pelo atendimento, poucos médicos, falta de especialidades e problemas em equipamentos. Esse foi o cenário encontrado pelo iG nesta quarta-feira, após a visita a cinco unidades públicas de saúde no Rio. Levantamento divulgado nesta quinta-feira pelo Ministério da Saúde - Índice de Desempenho do SUS (IDSUS 2012) - aponta que a cidade tem o pior desempenho no acesso e na qualidade dos serviços de saúde pública entre todas as capitais do País.” (Gabriel, Civil/Indivíduo – RJ). “... A doméstica, Maria do Carmo Lima da Silva, teve que fazer uma cirurgia de tornozelo no Hospital Adriano Jorge e avalia o atendimento como positivo. ‘Lá eu fui bem atendida, eles me trataram super bem, a equipe foi maravilhosa comigo todo mundo estava pronto para me ajudar, eles fizeram de tudo para me ajudar na hora da operação, inclusive até um dos médicos ficou comigo até a terminar a minha operação. Eu fui super bem atendida eu não do que do reclamar.’ ” (Instituições Notícia/Imprensa).
As dimensões do índice ‘versus’ A realidade empírica	Como foi amplamente noticiado, duas variáveis foram aferidas com maior ênfase: Acesso ao Sistema e Qualidade do Sistema. No quesito Acesso, a média nacional é 5.1; no que diz respeito à qualidade, 6.9. Lembrando sempre que a escala vai de zero a dez e que os números refletem a percepção dos usuários do SUS. Agora, o MS divulgou um infográfico no qual é possível verificar os índices de cada município brasileiro. Recomendo que acessem. Pode ser muito instrutivo. Mas, antes, vejam lá. Mostramos que a crise na Saúde Pública, por exemplo, é consequência direta da concentração de hospitais, médicos, laboratórios e técnicos na região de Belém e entorno. O Pará, vetusto e paquidêmico, fica ABAIXO DA MÉDIA NACIONAL NOS DOIS QUESITOS! (Wilson, Civil, Gestão Municipal – Carajás – PA). “Para o Secretário de Estado da Saúde Pública do RN, Domício Arruda, o IDSUS é uma ferramenta abrangente e que pode contribuir

	com a gestão. "O índice reflete também a Saúde Suplementar e o grau de satisfação dos usuários". Ele avalia que algumas áreas necessitam de maior atenção. 'O maior problema do SUS ainda é o acesso, principalmente na urgência e emergência', explica." (CONASS, Associação de Saúde Pública/Coletiva, DF). "Porém, é preciso comemorar com moderação. O Idsus avalia o atendimento em duas frentes: no que diz respeito à "efetividade", a nota é mais alta, 7,25. No que diz respeito ao "acesso", a nota cai para 5,93. Na prática, isso significa que as pessoas têm dificuldade no acesso aos serviços, por conta de diversos problemas, como falta de médicos ou problemas burocráticos, o que faz com que o tempo de espera na fila seja grande. A leitura dos números do Idsus, cotejada com os dados encontrados na realidade empírica (o tempo de espera na fila, principalmente no que diz respeito ao atendimento das especialidades, para citar um exemplo) mostra que ainda há muito o que melhorar na saúde pública de Londrina. Sem, obviamente, renegar os avanços, por mais tímidos que sejam." (Instituições Notícia/Imprensa).
Uma dimensão do índice que justificar o desempenho como um todo	"A proporção de extração de dentes (exodontia) em relação aos procedimentos recebeu nota 10 na pesquisa. Isso significa que a população está cuidando mais dos seus dentes e os perdendo em uma proporção menor. "Um dos fatores que contribuíram para isso são as estratégias de atendimento clínico desenvolvidas em BH desde 2006." (Notícia/Imprensa – BH).

Discussão

Apesar da enorme relevância da iniciativa de avaliar o desempenho do SUS, a partir de 2012, com o emprego do IDSUS, a literatura científica brasileira não registra a ocorrência de nenhum estudo crítico sobre o tema a não ser aqueles que reproduzem o 'status quo'⁶¹⁻⁶³. Daí resulta, portanto, a originalidade e a contribuição deste artigo. Os resultados deste estudo revelam porém que, não obstante a referida relevância, o uso do instrumento IDSUS não logrou superar as dificuldades inerentes a operações avaliativas desse tipo e envergadura, todas marcadas pela formação de um construto ideológico a respeito da avaliação de desempenho de sistemas de saúde. Conforme os achados deste estudo, o tema habita a opinião pública apenas ideologicamente, tanto no sentido de 'falsas ideias' como no sentido de 'projeto político'⁶⁴.

A comparação indevida foi a ideia mais frequente na representação social dos sujeitos como uma ideia falsa que a opinião pública apresenta sobre o tema. Isso denota a exigibilidade crescente do conhecimento especializado⁶⁵, por parte do sujeito democrático⁸ quando inserido nessas lutas da arena política. No caso da avaliação do desempenho de uma política, a ideia de mensuração (derivada do desempenho)⁶⁶ e a

ideia de parâmetro/critério (derivada da avaliação)⁶⁷ parece naturalizar a pré-noção de comparabilidade como intrínseca ao processo. Assim, os sujeitos não se interessam em saber se os objetos são (ou não) passíveis de comparação³¹ (no caso do SUS devido a diversos fatores como: porte populacional, escalas geográficas, regiões de saúde, unidades federais e grupos homogêneos), nem se seus métodos de comparação são válidos (ou não)⁶⁸ (no caso do uso da média nacional como ponto de corte). Isso fica evidente quando diversas formas de comparações (indevidas) entre sistemas de saúde (ou, de ‘serviços de saúde’, para utilizar a terminologia adequada)³⁷ são formuladas pelos discursos dos atores interessados na discussão. Neste caso, contradizendo Bresser-Pereira (2009)⁶⁹, pode-se dizer que a sociedade civil apresenta um déficit de conteúdo que hegemoniza o debate público e depõem contra a ideia de efetividade do controle democrático sobre uma política pública.

Assentado sobre esse discurso apenas ideológico, a frágil expressão da ideia de crítica elaborada pela sociedade civil, fomenta a retroalimentação da ideologia, agora, no sentido de projeto político. Nos achados, o desempenho de alguns sistemas de serviço de saúde foi bem avaliado pelo IDSUS. Assim, a ideia de ‘boa avaliação’ se espalha pelas mídias sociais e passa a habitar a representação social dos sujeitos interessados funcionando, de acordo com Ramos (2008)⁷⁰, como um mecanismo de controle ideológico em face à ‘crise da razão’. Neste mecanismo, pode-se observar que a ideologia do Estado gerencial se firma e subliminarmente ganha adeptos. Conforme adverte Di Pietro (2002)⁷¹, a ideologia de gestão fomentada muda a forma de conceber o Estado e a administração pública no que tange à visão dos serviços e suas funções. Nesse sentido, este estudo demonstrou que, ao invés da opinião pública preocupar-se sobre os sistemas de serviços que necessitavam melhorar, de fato o que houve foi uma dicotomização da opinião pública no debate sobre o desempenho entre aqueles “sistemas” que são ‘bons’ (e por isso merecem ser premiados) e os ‘ruins’ (que merecem padecer à míngua) escamoteando a forma pela qual a avaliação foi feita. Esse pensamento traduz a noção de justiça distributiva por ‘mérito’² na qual essa ideologia política se assenta, revelando a existência de uma arquitetura da manipulação que induz esse tipo de discurso nos sujeitos⁵. Crer que os sistemas de serviços de saúde que foram bem avaliados, de fato o são em sua concretude, além de ser a expressão da fragilidade da crítica da sociedade civil organizada⁷² sobre os dados divulgados, põe em evidência a reprodução da ideologia gerencial através da forma na qual a avaliação de uma política

pública é feita⁷³. Cristaliza-se, desse modo, como “forma correta” de se avaliar. Para os sujeitos, os bons resultados não causam estranhamento, e sim alívio; afinal, resta em todos uma sensação latente de que os gestores ‘estão cumprindo seu dever’, ou ainda que os serviços estão ‘no caminho certo’.

Mesmo sob toda força hegemônica da representação social que ratifica o IDSUS (e seus congêneres, na literatura sobre “desempenho de sistemas de saúde”), uma representação menos frequente foi aquela relativa às críticas ao método e ao índice como um todo. Dirigida às forças ideológicas de manipulação do discurso e manutenção da ideia do projeto político gerencial³⁰, o conjunto das críticas podem ser entendidas como uma verdadeira contra-hegemonia que tenta requalificar o debate e identificar as superficialidades e distorções hegemonicamente produzidas.

Atente-se para o fato de que uma primeira crítica se põe ao fato de que a metodologia desenvolvida do índice não se ter proposto a medir as barreiras ao acesso/utilização. Apesar do índice operar com o conceito de ‘acesso efetivo’⁴⁵, Travassos e Martins (2004)⁷⁴ apontam para a complexidade do binômio ‘acesso/utilização’ e a necessidade da definição de qual domínio do acesso procura-se captar, algo que não está suficientemente claro na metodologia do índice, abrindo espaço para críticas. Ainda segundo esses argumentos, não está claro também se o objeto da avaliação seria o sistema de saúde brasileiro ou apenas o segmento público e privado contratado. Como disposto por diversos estudos na área de sistemas de saúde^{37,34,31,43,75-78}, apesar de carecerem de uma fronteira bem definida, é suficientemente conhecido que nos estudos sobre sistemas de saúde é fundamental envolver todos os tipos de natureza jurídica da prestação dos serviços. Quando tais dados são subtraídos, resta inviabilizada a compreensão aprofundada da dinâmica do seu financiamento, a qual poderia ter um poder explicativo considerável sobre o desempenho. Parece fazer sentido, portanto, o fato de o IDSUS não ser composto por dados sobre o financiamento do sistema. A ausência de dados sobre investimento das diferentes esferas de gestão, nas fórmulas empregadas para a ponderação dos resultados poderia incitar uma crítica ao subfinanciamento crônico da saúde pública no país pelo governo federal, característica relatada por sucessivos estudos⁷⁹⁻⁸³ o que sobrecarrega a necessidade de investimento local e transfere a responsabilidade para esse gestor sobre os resultados de outros entes federativos.

Tradicionalmente há um fetiche em associar o desempenho apenas com os aspectos financeiros, o que vem sendo criticado mesmo nas propostas organizacionais mais tradicionais sobre modelos de avaliação de desempenho^{23,24}. Ainda assim, essas propostas não prescindem do ‘critério econômico’, sendo este apenas deslocado da centralidade, para se constituir em mais uma variável que faz parte da cadeia causal do desempenho. Logo, dados econômicos devem ser utilizados para reforçar/denunciar a lógica de financiamento, de acordo com a tipologia de sistema em que se encontra (no caso do Brasil, um Sistema Nacional de Saúde)³⁷. O IDSUS, ao contrário, apresenta sua projeção matemática que se subentende o financiamento e cujo cálculo do índice é elaborado pela lógica de ‘benchmarking’.

Outra crítica residiu no conjunto dos dados/indicadores utilizados. É uma característica inerente aos modelos de avaliação de desempenho, o trabalho com dados relacionados ao passado contribuindo negativamente à ideia de ‘antecipação’ tão necessária à tomada de decisão¹⁷. Assim o IDSUS, por ser um modelo que pretende avaliar o desempenho, também padece dessa característica. No mais, estes indicadores, apresentados de forma fragmentada, corroboram com a sensação de que os dados emergem do que está disponível sem uma reflexão sobre quais dados realmente seriam necessários⁸⁴, ou ainda, que os dados estão deslocados do contexto em que se inserem⁸⁵. Por essa razão, conforme identificado nos discursos dos sujeitos, a avaliação acaba não ajudando muito na construção e na atualização de informações para o SUS contribuindo para gerar uma nota, número-síntese do processo avaliativo, desprovida de significado lógico. Essa talvez seja a crítica mais essencial ao IDSUS, a despeito dos índices de desempenho de sistemas de saúde e que deu origem a todo o debate sobre o desempenho do sistema brasileiro, em nível nacional e quando referido a sistemas locais.

Em termos históricos, o Relatório Mundial de Saúde de 2000, foi o responsável por “engatilhar” o debate sobre o desenvolvimento de um índice capaz de captar o desempenho dos sistemas de saúde. Logo após esse anúncio, o tema ‘desempenho de sistemas de saúde’ tornou-se mais um capítulo do que hoje se estuda como Saúde Global⁸⁶. Comparar sistemas de saúde ao redor do mundo, tão diversos, inseridos em contextos sócio-históricos distintos, em situações econômicas tão díspares e imersos sob o fenômeno da globalização é uma tarefa hercúlea para ser subsumida a um número-síntese. Nesse sentido a fragilidade da mensuração do índice desenvolvido fatalmente compromete sua potência comparativa (admitindo essa possibilidade, apenas para fins

analíticos)⁸⁷ gerando injustiças graves especialmente com aqueles países que apresentam sistemas de saúde baseados na tentativa da universalização⁸⁸.

Para apoiar essas três ideias centrais mais frequentes na opinião pública dos sujeitos interessados, a ancoragem mais frequente, em contradição às ideias centrais, se focou nas justificativas de apoio à crítica ao método avaliativo.

Para os sujeitos uma primeira questão é a multidimensionalidade. É válido dizer que a saúde é multidimensional pois, ontologicamente requer um olhar ampliado⁸⁹ e necessita captar todos os fatores envolvidos na essência de sua produção^{25,90,91}. Assim cada dimensão exige indicadores específicos e devem ser avaliados matricialmente como também deve-se levar em consideração a evolução de cada uma das variáveis ao longo do tempo. O modo como a avaliação de desempenho do SUS adentrou à pauta, sem dados financeiros e sobretudo num momento em que a aprovação da regulamentação da Emenda Constitucional 29 (momento vivido à época), pode ser interpretado como se os problemas com o SUS fossem meramente gerenciais.

A lógica do desenho territorial adotado para aplicar o IDSUS foi objeto de críticas. Após a promulgação do decreto 7.508/2011 que oficializou a organização dos sistemas de saúde por redes de atenção em regiões de saúde (regionalização)⁹², a abordagem dos territórios de saúde a partir da divisão jurídico-administrativa que tem no município a sua base organizativa tornou-se, pelo menos parcialmente, uma incoerência, pois desprovida de significado sanitário. A não ser, excepcionalmente, quando referidas àqueles municípios cujos territórios apresentam a integralidade do cuidado para uma rede de atenção específica.

Alguns discursos enfatizaram a importância do IDSUS como uma forma de incentivo ao desenvolvimento de uma suposta “cultura avaliativa” na gestão dos serviços de saúde, afirmação corroborada na literatura sobre o tema⁹³. Cabe ponderar, contudo, sobre o significado, inclusive ético, de se realizar avaliações inadequadas, senão inócuas, que gerem um ‘débito’ simbólico desnecessário à sociedade civil⁹⁴. O método avaliativo, tal qual posto pelo IDSUS, apresenta deficiências tais que dele não resulta, sequer, a possibilidade de se afirmar, com algum grau de consistência, se o sistema está ‘bom’ ou ‘ruim’. Com a agravante, conforme se pode deduzir dos DSC analisados no presente artigo, que os resultados da avaliação de desempenho induzem a uma competição negativa entre gestores municipais. Não se quer, com este argumento, negar a

disponibilidade de um índice como forma de se ganhar ‘accountability’⁹⁵, desde que sua concepção seja coerente tanto em forma quanto em conteúdo. Para a criação de uma cultura avaliativa solidária e metodologicamente plural seria necessário incorporar o olhar de outras esferas de gestão e outros atores sociais envolvidos na produção.

O ranqueamento também aparece como um problema. Para os sujeitos interessados, ranquear só é dotado de sentido quando se usa indicadores sintéticos o que não se aplicaria aos sistemas de saúde devido a sua complexidade inerente, conforme referido na ideia central do DSC relativo ao índice. Outro argumento diz respeito ao modo como os indicadores são agregados. Quando números iguais são agregados de maneiras distintas resultam em números finais distintos que alteram as posições no ‘ranking’⁹⁶. Assim, os sujeitos ponderaram que o IDSUS é um método avaliativo que atende mais à mídia e a sua ‘fome de ranqueamento’ e, também, a uma ideologia política de ‘importar ferramentas’. Como identificado por Marcelino (1988)⁹⁷, é típico dos países latinoamericanos a prática de buscar resolver um problema público extraíndo-se, mecanicamente, soluções gerenciais com origem no setor privado. Neste sentido o IDSUS, como ferramenta gerencial, presta-se a injustiças com a divulgação dos resultados na forma de números-sínteses para a mídia e a opinião pública. Como os resultados apontam, do ponto de vista político, a opinião pública manifesta de forma plural-elitista⁹⁸ onde a pluralidade de expressões e multifiliações socava o debate e um grupo de ‘expertos’ parece tomar o poder de argumentação pela superioridade técnica.

Para os sujeitos deste estudo, a má utilização política dos resultados dá ensejo a um debate superficial, uma vez que a análise apropriada de políticas públicas (e seus resultados) é um trabalho difícil quando os meios de comunicação se limitam a reproduzir números, sem sequer explicar ao público seus significados⁹⁹. Isso ocorre especialmente porque a atenção da opinião pública concentra-se na comparação dos resultados (na maioria, aqueles ‘atores’ que desejam um acesso mais rápido à ‘informação’) ao invés de promover o aprofundamento da reflexão sobre a complexidade de buscar traduzir um conjunto de políticas públicas utilizando apenas um único número-síntese^{100,101}. É praticamente impossível fazer isto sem gerar distorções e injustiças.

A meritocracia como uma ideologia fica evidente, como afirma Barbosa (1997)¹⁰², na crítica à vinculação de repasses financeiros segundo desempenho. No discurso dos

sujeitos é possível detectar que as normatizações ministeriais são geralmente vinculadas a repasse de recursos. Entretanto, o acoplamento do IDSUS como um novo projeto avaliativo no bojo da reforma do Estado não rompe os velhos projetos de avaliação de desempenho da tradicional cultura administrativa brasileira¹⁰². Ao contrário, mantém-se a avaliação como forma de punição de supostas incapacidades ao invés de melhorá-las¹⁰³. A transferência de recursos, segundo essa racionalidade, nada mais é, portanto, do que uma forma de premiar os mais desenvolvidos. Em uma lógica sistêmica, essas transferências podem acentuar as disparidades regionais, agravando ainda mais situações de desigualdades iníquas. Assim, um instrumento que deveria ser útil à avaliação da implementação de políticas públicas tendentes à diminuição de assimetrias passa a operar, o próprio instrumento, como um vetor que as ampliam.

Neste cenário inóspito, os sujeitos ancoram sua crítica também na pergunta fundamental: quais são os objetivos subjacentes à avaliação de desempenho? Segundo os sujeitos, antes de tudo importa saber que é o desempenho, o que está sendo avaliado e sua maneira de avaliar. Uma maneira de avaliar colaborativa seria aquela avaliação que permitisse identificar quais são os pontos mais frágeis para se possa intervir. Esse formato (conhecido como ‘avaliação formativa’) é o que se deve perseguir em Estados¹⁰⁴ que possuem sistemas nacionais de saúde. No caso do IDSUS (compreendido como parte de uma política pública de avaliação) deduz-se que esta ferramenta está desenhada mais para oferecer respostas ao núcleo gerencialista do Estado¹⁰⁵ do que para captar uma realidade concreta. Assim esta forma de avaliar conduz a um caminho de contratualização de resultados na gestão pública, pouco ajudando o gestor a identificar os problemas que afetam o SUS.

Para uma parte dos sujeitos interessados, o que justifica o bom ou mau desempenho é o manejo gerencial dos recursos no âmbito da administração pública. Três argumentos principais foram identificados.

Primeiramente, em alguns discursos foi visto que os investimentos em geral (ou em programas específicos) são responsáveis pela boa avaliação do desempenho. Nesse caso os sujeitos fazem associação direta entre a aplicação dos recursos do município e dos repasses dos governos federal/estadual com o bom desempenho. Para Murray e Frenk (2000)¹⁰⁶ existem diversos fatores explicativos do desempenho de sistemas, no qual a questão econômica é apenas um desses fatores. Um exemplo típico é que a prestação de

serviço não ocorre mesmo sob a combinação de investimento adequado e desequilíbrio de recursos humanos/materiais. Outro aspecto relevante é que, quando se pensa no investimento, a maior parte é drenada para ‘serviços’ e não para o ‘sistema’ e suas outras funções, o que torna esse argumento inconsistente.

Alguns discursos apontam que o mínimo exigido por lei (15%) é o responsável por um bom desempenho. Parece válido dizer que ao se investir recursos dos municipais bem acima do mínimo exigido por lei (em torno de 30%) associado ao empenho das equipes de saúde o ‘sistema de serviços’ tende a apresentar melhor desempenho. Os poucos estudos brasileiros que tentam averiguar essa associação têm conclusões pouco elucidativas sobre como interage o financiamento com outras variáveis para explicar o desempenho¹⁰⁷. Vários aspectos, desde sócio-políticos até estruturais, tendem a modificar a relação financiamento-desempenho o que, em tese, reforça os argumentos sobre a dificuldade metodológica de se medir desempenho de sistemas³¹.

O planejamento e a avaliação como instrumentos gerenciais também foram apontados pelos sujeitos. Para eles, o ato de planejar é o principal responsável por bons desempenhos. Quando se trata do sistema de serviços, Voekler, Rachik e French (2001)¹⁰⁸ apontam que é possível mensurar o uso do planejamento estratégico, especialmente com o uso do *balanced scorecard* como modelo de avaliação, mas apenas quando se tratam de organizações em saúde. ‘*A priori*’ faz sentido afirmar que o planejamento local ajuda a organizar prioridades estratégicas¹⁸. Contudo, não há base teórica para afirmar que se daria da mesma forma quanto à avaliação do desempenho de sistemas de saúde.

Por fim, segundo os sujeitos quem melhor explica a realidade é o cotidiano dos serviços, sendo nesse sentido, muito difícil quaisquer tipos de índices ou modelos propostos captarem a complexidade inerente ao cotidiano da prestação de serviços no SUS. Dentre os argumentos, cabe destacar três.

O primeiro reside no fato de que há uma expectativa de que o dado geral, de certa forma, reflita a realidade dos serviços e os profissionais se enxerguem nele. Trata-se portanto, da clássica tensão entre o geral e o particular e vice-versa. O discurso referido apontou que é possível associar diretamente a particularidade encontrada em cinco serviços com a piora no desempenho de um sistema municipal como um todo. Quando se trata de fenômenos que envolvam a interação humana, a tensão entre estrutura e

agência sempre estará em xeque, pois se trata de um dilema fundamentalmente sócio-antropológico^{109,110}. Os sistemas de saúde, compreendidos como processos sociais que são, não estariam fora dessa seara, não contribuindo muito essa expectativa ao esforço de avaliar o desempenho. Não se deve descartar, por certo, que esse discurso seja apenas uma figura de retórica a mais, a reforçar a ideologia que advoga o fracasso do SUS.

O foco na realidade empírica também emergiu como argumento, cujo núcleo enfatiza a necessidade de compreender quais níveis de análise sobre o tema são necessários, assim como a articulação de todos eles entre si^{31,107}. Não seria possível afirmar, em consequência, que os números gerados pelo IDSUS refletem a percepção que os usuários têm do SUS, e nem o índice refletiria também os efeitos da saúde suplementar ou o grau de satisfação dos usuários. Desse modo, para uma avaliação mais apropriada, os resultados do IDSUS teriam de ser cotejados com os dados encontrados em cada realidade empírica.

Por fim, em alguns discursos dos sujeitos manifesta-se a crença de que uma parte do sistema, serviço ou programa poderia ser responsável pelo sucesso total de seu desempenho. Contudo, não é possível afirmar, com base em dados, que um ‘sistema de saúde’ como um todo possa alterar suas condições em decorrência de um indicador de uma única dimensão que apresente resultado ‘satisfatório’. Acresce que os indicadores a partir dos quais o IDSUS é composto não se propõem a captar estratégias de atendimento. Ademais, como sistemas sociais que são, sua compreensão positivista (o todo como igual à soma das partes)¹¹¹ pouco contribui para uma visão crítica sobre o assunto.

Considerações Finais

Neste artigo registra-se como a opinião pública se manifestou sobre o anúncio do IDSUS e as reações à primeira avaliação de desempenho do SUS. Para compreender o surgimento desse instrumento de avaliação no âmbito de um sistema universal de saúde, como é o brasileiro, foi necessário compreender a articulação do IDSUS com iniciativas cujo objetivo é avaliar o desempenho de sistemas de saúde. Para isto, buscou-se

referenciar a análise na literatura científica mundial sobre tais avaliações, constatando-se a fragilidade da teoria sobre a qual estão embasadas as iniciativas que, no Brasil e em outros países, têm essa finalidade. A avaliação de desempenho de sistemas de saúde é um construto ideológico, mais que qualquer outra coisa.

A despeito dessa fragilidade, foi recolhido material empírico cujos dados secundários foram organizados, sistematizados e analisados com vistas à identificação dos principais argumentos apresentados por sujeitos interessados no tema da avaliação do desempenho do SUS. Os procedimentos de busca de dados foram exaustivos quanto ao propósito, embora não se possa assegurar que essa perspectiva metodológica não seja vulnerável. Contudo, o material obtido possibilitou a composição de discursos do sujeito coletivo cuja ideias centrais e respectivas ancoragens viabilizaram a construção de um amplo painel para compreender os argumentos pró e contra o IDSUS como um instrumento possível para avaliar o desempenho do SUS.

Neste cenário, perde a sociedade civil uma vez que não pode contar com um instrumento eficaz na tentativa democrática de controlar as ações do Estado sobre o SUS. Na análise empreendida neste estudo, foi possível identificar que existe um polo majoritário da sociedade civil que, de modo geral, banaliza e, portanto, desqualificando a avaliação, ao simplificar processos extremamente complexos, torna-a rasa e fragilizada. Esse polo gera uma ideologia negativa sobre a avaliação de desempenho do SUS que não condiz com o que o sistema de fato é. Em outros momentos, esse polo aceita a avaliação de desempenho do SUS como forma legítima de avaliar, reproduzindo assim a ideologia política do Estado gerencial.

Em contrapartida, um polo contra hegemônico, minoritário, busca requalificar o debate sobre a avaliação de desempenho do SUS, buscando recuperar a complexidade de processos avaliativos abrangentes, com vistas não à produção de hierarquias e ranqueamentos, mas à produção de conhecimentos que possibilitem compreender situações a partir de resultados que não se desvinculam dos processos que os geram e que sejam úteis à permanente reorientação do próprio sistema e do trabalho que o mantém. Para este polo o IDSUS, tal como formulado e utilizado, não corresponde a um instrumento útil para avançar em termos avaliativos em uma perspectiva que, superando o gerencialismo nas formas de condução da coisa pública, possibilite criar sistemas de avaliação de desempenho coerentes com os próprios princípios e diretrizes do SUS,

notadamente os que reconhecem valor na participação da comunidade, nos trabalhadores da saúde e nas formas democráticas de gestão participativa.

Referências

1. PAES DE PAULA, A.P. Um modelo de gestão em crise. In: _____. Por uma nova gestão pública: limites e potencialidades da experiência contemporânea. Rio de Janeiro : Editora FGV, 2005. 204p. p. 81-102.
2. BOBBIO, N. Estado governo e sociedade: por uma teoria geral da política. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1987.
3. ROTHBERG, D. Por uma agenda de pesquisa em democracia eletrônica. Opinião pública. 2008; 14(1): 149-172.
4. CASTIEL, L.D.; VASCONCELLOS-SILVA, P.R. Precariedades do excesso: informação e comunicação em saúde coletiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, 186p.
5. DIAS, F.N. Os sistemas de conhecimento patológico e a nova ordem. Coleção Epistemologia e Sociedade. Lisboa : Instituto Piaget, 2013, 244p.
6. RICOEUR, P. Hermenêutica e ideologias. 3ª. Edição, Petrópolis, RJ : Vozes, 2013.
7. ELIA, L. O conceito de sujeito. 3ª reimpressão. Rio de Janeiro : Zahar, 2004.
8. TOURAINE, A. Igualdade e diversidade: o sujeito democrático. Bauru, SP: EDUSC, 1998. 110p.
9. PIRES, V. O controle social da administração pública: entre o político e o econômico. In: GUEDES, A.M.; FONSECA, F. (orgs.). Controle social da administração pública: cenário, avanços e dilemas no Brasil. São Paulo : Cultura Acadêmica : Oficina Municipal, Rio de Janeiro : FGV, 2007. 287p., p. 17-42.
10. BECK, U. Ciência para além da verdade e do esclarecimento? Reflexividade e crítica do desenvolvimento científico. In: _____. Sociedade de Risco. Rumo a uma outra modernidade. São Paulo: Editora 34; 2010, p. 235-247.
11. BERGER, P. Perspectivas sociológicas: uma visão humanística. Petrópolis : Vozes, 2007. 204p.
12. ARATO, A. Representação, soberania popular e *accountability*. Lua Nova. 2002; 55-56:85-103.
13. PACHECO, R.S. Mensuração do desempenho no setor público: os termos do debate. Cadernos Gestão Pública e Cidadania 2009; 14(55):149-161.
14. BRASIL, Ministério da Saúde. IDSUS: Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. Ano 1, 2011.
15. MOTTA, P.R. Modernização da administração pública brasileira nos últimos 40 anos. Revista de Administração Pública 2007; Ed especial:87-96.
16. KAPLAN, R.S.; NORTON, D.P. A estratégia em ação – balanced scorecard. 13ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997, 344 p.
17. JÚNIOR, F.H.; RUIZ, F.M.; CORRÊA, H.L. A evolução dos métodos de mensuração e avaliação de desempenho das organizações. Resumo ANPAD. 2005.

18. LOHMAN, C.; FORTUIN, L.; WOUTERS, M. Designing a performance measurement system: a case study. *European Journal of Operational Research* 2004; 156(2):267-286.
19. NEELY, A.; GREGORY, M.; PLATTS, K. Performance measurement system design – a literature review and research agenda. *International Journal of Operations & Production Management* 2005; 25(12):1228-1263.
20. ATKINSON, A.A.; WATERHOUSE, J.H.; WELLS, R.B.A. Stakeholder approach to strategic performance measurement. *Sloan Management Review* 1997; 38:25-37.
21. BITITCI, U.S.; TURNER, T.; BEGEMANN, C. Dynamics of performance measurement systems. *International Journal of Operations & Production Management* 2000; 20(6):692-704.
22. BUSANELO, E.C. Um panorama dos estudos sobre avaliação de desempenho logístico: indicadores e sistemas de mensuração. *Anais XXXV Encontro da ANPAD*, 2011.
23. VERBEETEN, F.H.M.; BOONS, A.N.A.M. Strategic priorities, performance measures and performance: an empirical analysis in dutch firms. *European Management Journal* 2009; 27:113-128.
24. FITZGERALD, L.; JOHNSTON, R.; BRIGNALL, S.; SILVESTRO, R.; VOSS, C. *Performance measurement in service business*. London: CIMA, 1991.
25. MEIRELLES, D.S. O conceito de serviço. *Revista de Economia Política*. 2006; 26(1):119-136.
26. NEELY, A. The performance measurement revolution: why now and what next? *International Journal of Operations & Production Management* 1999; 19(2):205- 228.
27. TANAKA, O.Y.; TAMAKI, E.M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* 2012; 17(4):821- 828.
28. AGUILAR, M. J. & ANDER-EGG, E. *Avaliação de serviços e programas sociais*. Petrópolis: Editora Vozes; 1994.
29. ARNOLD, M.F. Evaluation: a parallel process to planning. In: ARNOLD, M.F. et al (Eds.). *Administering health systems: issues and perspectives*. Chicago: Aldine; 1971.
30. OLIVEIRA, A.B.R.; SILVA, U.B.; BRUNI, A.L. Gerencialismo e desafios contemporâneos da gestão dos custos públicos no Brasil. *Revista de Estudos Contábeis*. 2012; 3(5):63-82.
31. HOFFMAN, S.J.; RØTTINGEN, J.A.; BENNETT, S.; LAVIS, J.N.; EDGE, J.S.; FRENK, J. Background paper on conceptual issues related to health systems research to inform a WHO global strategy on health systems research. 2012.
32. ROEMER, M. *National Health Systems of the World. (Vol.1: The Countries)*. Oxford University Press, Oxford, Inglaterra 1991.
33. MENDES, E.V. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. 2002; Escola de saúde Pública do Ceará, Fortaleza.
34. LOBATO, L.V.C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origem, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S. LOBATO, L.V.C. et al. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2ª. Edição. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. 1100p., p.89-120.

35. STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
36. World Health Organization (WHO). Strengthening health systems to improve health outcomes. Geneva: World Health Organization; 2007.
37. CONILL, E.M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 563-613.
38. KLECZKOWSKI, B.M.; ROEMER, M.I.; WERFF, A.V.D. National health systems and their orientation towards health for all: guidance for policy-making. World Health Organization. Geneva, 1984. Acessado em: 17/02/2013. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41638/1/WHO_PHP_77 .pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41638/1/WHO_PHP_77.pdf)
39. MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2011. 549 p.
40. LÉVESQUE, J.F., BERGERON, P. De l'individuel au collectif: une vision décloisonnée de la santé publique et des soins. Rupture – Revue transdisciplinaire en santé 2003; 9(2):73-89.
41. TANAKA, O.Y.; TAMAKI, E.; FELISBERTO, E. Os desafios da avaliação na gestão do SUS. Ciênc. saúde coletiva 2012; 17(4): 818-818.
42. GARCES, A.; SILVEIRA, J.P. Gestão pública orientada por resultados no Brasil. Revista do Serviço Público 2002; 53(4):53-77.
43. EXWORTHY, M. The performance paradigm in the English NHS: potential, pitfalls, and prospects. Eurohealth 2010; 16(3):16-19.
44. SMITH, P.C. et al. Introduction. In: ____ . Performance measurement for health system improvement. Experiences, challenges and prospects. 2012. Acessado em: 30/03/2012. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/135970/E94887_Part_I.pdf.
45. BRASIL. Ministério da Saúde. PROADESS - Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro: indicadores para monitoramento. Relatório final 64 2 (versão para discussão) Laboratório de Informações em Saúde – LIS Instituto de Comunicação e Informação em Ciência e Tecnologia – ICICT. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011a. 257p.
46. VIACAVA, F.; UGÁ, M.A.D.; PORTO, S.; LAGUARDIA, J.; MOREIRA, R.S. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde: um modelo de análise. Ciên. & Saúde Coletiva 2012; 17(4):921-934.
47. ANDRADE, L.O.M. Inteligência de governança para apoio à tomada de decisão. Ciênc. saúde coletiva 2012; 17(4):829-832.
48. BRASIL. Portaria n. 1.654 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. DOU, Brasília – DF, 2011b.
49. GUEDES, A.M.; FONSECA, F. (orgs.). Controle social da administração pública: cenário, avanços e dilemas no Brasil. São Paulo : Cultura Acadêmica : Oficina Municipal, Rio de Janeiro : FGV, 2007. 287p
50. O'DONNELL, G. *Accountability* horizontal e as novas poliarquias. Lua Nova. 1998; 44:27-54.
51. CENEVIVA, R.; FARAH, M.F.S. O papel da avaliação de políticas públicas como mecanismo de controle democrático da administração pública. In: GUEDES, A.M.; FONSECA, F. (orgs.). Controle social da administração

- pública: cenário, avanços e dilemas no Brasil. São Paulo : Cultura Acadêmica : Oficina Municipal, Rio de Janeiro : FGV, 2007. 287p., p. 126-156.
52. ABRUCIO, F.L. O impacto do modelo gerencial na administração pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente. 52 p. (Cadernos ENAP, n.10). 1997.
  53. REIS, E.P. Sociologia política e processos macro-históricos. *Sociologias*. 2015; 17(38):18-43.
  54. TOURAINE, A. Pensar de outro modo. Coleção Epistemologia e Sociedade. Lisboa : Instituto Piaget, 2007, 247p.
  55. SCHERER-WARREN, I. Desafios para uma sociologia política brasileira: os elos entre movimentos e instituições. 2015; 17(38):44-62.
  56. TURATO, E.R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa. Petrópolis RJ: Editora Vozes, 2003.
  57. LEFÈVRE, A.M.C.; LEFÈVRE, F.; CARDOSO, M.R.L.; MAZZA, M.M.P.R. Assistência Pública a Saúde no Brasil: estudo de seis ancoragens. *Saúde e Sociedade* 2002; 11(2):35-47.
  58. LEFÈVRE, A.M.C; CRESTANA, M.F.; CORNETTA, V.K. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização “Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRHU”, São Paulo – 2002. *Saúde e Sociedade*. 2003; 12(2):68-75.
  59. BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas. In: POPE, C; MAYS, N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. São Paulo: Editora Artmed: 3ª. Edição pg 23-32, 2009.
  60. FLICK, U. Entrevistas. In: ____ . Introdução a pesquisa qualitativa. São Paulo: Editora Artmed: 3ª. Edição, 2009b, pp.143-166.
  61. FORTE, L. M.; NOBRE, F.C. Avaliação do Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) nos município do RN com vistas à definição de estratégias de gestão. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS*. 2014; 3(1):82-93.
  62. CIELO, I.D.; SCHIMIDT, C.M.; WENNINGKAMP, K.R. Políticas públicas de saúde no Brasil: uma avaliação do IDSUS no estado do Paraná (2011). *DRd – Desenvolvimento Regional em debate*. 2015; 5(1):211-230.
  63. BRAZ, R.M. et al. Avaliação da completude da variável raça/cor nos sistemas nacionais de informação em saúde para aferição da equidade étnico-racial em indicadores usados pelo Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*. 2013; 37(99):554-562.
  64. SELL, C.E. Ideologias políticas. In: ____ . Introdução à sociologia política. Petrópolis, RJ : Vozes, 2006, 215p., p. 51-78.
  65. NOGUEIRA, M.A. Gestão participativa, Estado e democracia. In: ____ . Um estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática. 3ª. Edição. São Paulo: Editora Cortez, 2011. 268p., p.117-166.
  66. SOUZA, V.L.; MATTOS, I.B.; SARDINHA, R.L.L.L.; ALVES, R.C.S. Gestão do desempenho. 2ª. Edição, Rio de Janeiro : Editora FGV, 2009, 144p., p 19-28.
  67. FIGUEIREDO, M.F.; FIGUEIREDO, A.M.C. Avaliação política e avaliação de políticas: um quadro de referência teórica. *Análise e Conjuntura*. 1986; 1(3):107-127.
  68. KLAZINGA. N. Health system performance management: quality for better or for worse. *Eurohealth* 2010; 16(3):26-28.

69. BRESSER-PEREIRA, L.C. A restrição democrática. In : _____. Construindo o Estado republicano: democracia e reforma da gestão pública. Rio de Janeiro : Editora FGV, 2009. 414p., p. 363-347.
70. RAMOS, L.S. A consolidação do controle ideológico e a crise da razão. *Cadernos de Ética e Filosofia Política*. 2008; 13(2):139-152.
71. DI PIETRO, M.S.Z. Parcerias na administração pública. São Paulo : Atlas, 2002, 395p.
72. SILVA, M.K. Sociedade civil e construção democrática: do maniqueísmo essencialista à abordagem relacional. *Sociologias*. 2006; 8(16):156-179.
73. SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: _____. HOCHMAN, G; ARRETCHE, M; MARQUES, E. (orgs.). Políticas públicas no Brasil. 3ª. Reimpressão. Rio de Janeiro : Fiocruz, 2007. 398p., p. 65-86.
74. TRAVASSOS, C.; MARTINS, Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(S2):S190-S198.
75. WAGSTAFF, A. Social health insurance VS. Tax-financed health systems – evidence from the OECD. The World Bank. Development Research Group. Human Development and Public Services Team. January, 2009.
76. KERSTENETZKY, C.L. Sobre a “crise” do Estado de Bem-Estar: retração, transformação fáustica ou o quê?. *Dados*. 2012; 55(2):447-485.
77. THOMPSON, S.; OSBORN, R.; SQUIRES, D; JUN, M. International profiles of health care systems, 2012. The Commonwealth Fund. November, 2012.
78. BASU, S.; ANDREWS, J.; KISHORE, S.; PANJABI, R.; STUCKLER, D. Comparative performance of private and public healthcare systems in low- and middle-income countries. A systematic review. *PLoS Medicine*, 2012; 9(6): 1-14.
79. BAHIA, L. Padrões e mudança no financiamento e regulação do sistema de saúde brasileiro. impacto sobre as relações entre o público e o privado. *Saúde e sociedade*. 2005; 14(4):9-30.
80. CARVALHO, G. Saúde: o tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impigem os que lucram com ela. *Saúde em debate*. 2005; 29(69):87-99.
81. MARQUES, R.M.; MENDES, A. Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. *Revista Katálisis*, 2007; 10(1)15-23.
82. MARTINIANO, C.; DAVI, J; JÚNIOR, G.M.; BRANDÃO, I.C.A.; SILVA, A.L.M.A. A luta pela vinculação de recursos para Saúde Pública no Brasil a partir do paradigma da universalização. In: DAVI, J.; MARTINIANO, C.; PATRIOTA, L.M. (orgs.). *Seguridade social e saúde: tendências e desafios*. Campina Grande, PB : EDUEPB, 2011, 244p., p. 85-116.
83. OCKÉ-REIS, C.O. SUS: o desafio de ser único. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2012. 180p.
84. CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Elementos de arquitetura dos sistemas e avaliação do desempenho dos sistemas de serviços de saúde. Universidade de Montreal. 1º. Simpósio Internacional da Conferência Luso-francófona da Saúde (COLUFRAS). 2005.
85. NASCIMENTO, R.C.S. Avaliação do desempenho de sistemas de saúde. Dissertação apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária. UFBA – Salvador – BA, 77p. 2008.
86. FRENK, J. The global health system: strengthening National Health Systems as the next step for global process. *PLoS Medicine*. 2010; 7(1):e1000089.

87. SZWARCOWALD, C.L.; VIACAVA, F. Pesquisa mundial de saúde: aspectos metodológicos e articulação com a Organização Mundial de Saúde. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11(Supl 1): 58-66.
88. PEREIRA, P.A.P.; STEIN, R.H. Política social: universalidade versus focalização. Um olhar sobre a América Latina. In: _____. BOSCHETTI, I.; BEHRING, E.R.; SANTOS, S.M.M.; MIOTO, R.C.T. (orgs.). *Capitalismo em crise, política social e direitos*. São Paulo: Cortez, 2010. 309p., p. 106-130.
89. LALONDE, M. A new perspective on the health of Canadians. Working document. Ottawa: Government of Canada, April, 1974.
90. NOGUEIRA, R. P. O Trabalho em Serviço de Saúde. In: SANTANA, J.P. et al. *Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos, 1997. p. 183-186.
91. SPILLER, E. S. et al. Fundamentos da gestão dos serviços em saúde. In: _____. *Gestão dos serviços em saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2009. p. 19-44.
92. BRASIL. Decreto 7.508 de junho de 2011. Regulamenta a lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Casa civil, Brasília – DF. 2011.
93. TANAKA, O.Y. Caminhos alternativos para institucionalização da avaliação em saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2006; 11(3):571-572.
94. DEMO, P. Mitologias da avaliação: de como ignorar, ao invés de enfrentar os problemas. 2ª. Ed. Campinas, SP : Autores Associados, 2002.
95. PADOVANI, E. A medição do desempenho no *reporting* social. In: _____. GUEDES, A.M.; FONSECA, F. (orgs.). *Controle social da administração pública: cenário, avanços e dilemas no Brasil*. São Paulo : Cultura Acadêmica : Oficina Municipal, Rio de Janeiro : FGV, 2007. 287p., 209-232.
96. VALENTE, J.G. Uma crítica sobre o índice composto na avaliação dos sistemas de saúde no mundo. *Rev Bras Epidemiol*. 2002; 5(1):83-90.
97. MARCELINO, G.F. Governo, imagem e sociedade. Coleção de Administração Pública. Fundação Centro de Formação do Servidor Público – FUNCEP, 1998. 176p.
98. PIO, C.; PORTO, M. Teoria política contemporânea: política e economia segundo os argumentos elitistas, pluralistas e marxistas. In: RUA, M.G.; CARVALHO, M.I.V. (orgs.). *O estudo da política: tópicos selecionados*. Brasília : Paralelo 15, 1998. p. 291-314.
99. MIGUEL, L.F. Os meios de comunicação e a prática política. *Lua Nova*. 2002; 55-56:155-184.
100. MARQUES, E.; FARIA, C.A.P. (orgs.). *A política pública como campo multidisciplinar*. São Paulo : Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. 282p.
101. FLEURY, S.; OUVENEY, M.A. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. In: _____. *Redes de políticas: emergência, conceitualização e gestão*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007, 204p., p.9-36.
102. BARBOSA, L. Meritocracia à brasileira: o que é desempenho no Brasil? *Revista do Serviço Público*. 1996; 120(3):58-102.
103. ANDREWS, C.W.; BARIANI, E. (orgs.). *Administração pública no Brasil: breve história política*. São Paulo : Editora Unifesp, 2010, 296p.

104. ALA-HARJA, M.; HELGASON, S. Em direção a melhores práticas de avaliação. *Revista do Serviço Público*. 2000; 51(4):5-60.
105. FARIA, C.A.P. A política de avaliação das políticas públicas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 2005; 20(59):97-169.
106. MURRAY, C.J.L.; FRENK, J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ*. 2000; 78(6):717-731.
107. FACCHINI, L.A. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11(3):669-681.
108. VOEKLER, RACHIK, FRENCH. The balaced scoredcard in healthcare organizations: a performance measurement and strategic planning methodology. *Hospital topics*. 2001; 79(3):13-24.
109. SIMMEL, G. Questões fundamentais de sociologia: indivíduo e sociedade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 2006, 119p.
110. GARCIA, S. G. Antropologia, modernidade, identidade: notas sobre a tensão entre o geral e o particular. *Tempo Social; Rev. Sociol. USP, S. Paulo*. 1993; 5(1-2): 123-143.
111. DURKHEIM, E. As regras do método sociológico. 3ª. Edição. São Paulo : Martins Fontes. 2007, 165p.

PARTE III

CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO E OS RESULTADOS DA PESQUISA

5 PROCESSO DE PESQUISA

Para mim, realizar uma pesquisa sempre é uma atividade que gera sensações múltiplas situadas em algum lugar dos antagonismos prazer-desconforto, alegria-tristeza, decepções-surpresas. No caso deste processo, obtive mais momentos de prazer, alegria e surpresa do que seus contrários. O que para alguns poderia ser entendido como um obstáculo, para mim, geralmente o sentido é inverso, assim, posso afirmar que relatarei mais momentos de ‘potencialidades’ do que aqueles ‘limitadores’ deste processo investigativo.

Dentre as potencialidades deste processo, considero que o objeto de estudo foi a principal potencialidade. Foi discutido amplamente entre mim e meu orientador e, cuja oportunidade histórica por ele identificada de captarmos o momento do auge da discussão sobre a avaliação de desempenho no Brasil, foi que decidimos que essa seria a chance de inovar, discutindo algo que é tão raro na literatura de uma forma geral.

A oportunidade de aprender um novo método de pesquisa (a metassíntese) e a trabalhar com uma nova forma de captação de discursos (através de sítios na internet) me permitiu um amadurecimento do olhar de pesquisador. Aprender a ver pesquisa nos locais mais “impensados” foi uma característica que desenvolvi ao longo desse processo de pesquisa e que devo ao meu orientador por me chamar atenção a essa forma de olhar o mundo tão especial.

De uma forma geral, as pesquisas em avaliação em saúde tendem a descontextualizar a influência da estrutura social na qual esses processos se encontram inseridos. Nesta pesquisa, uma potencialidade foi a chance da forte interdisciplinarização dos conhecimentos que me permitiu avançar na discussão sobre avaliação oportunizando alcançar novos patamares de discussão, e, ao resgatar-lhe, pautá-lo na arena política do campo sanitário.

Dentre as limitações encontradas, a única digna de nota, e que, de certa feita exigiu maior esforço teórico-metodológico foi o fato da literatura sobre o tema ser escassa. Não por acaso, o terreno em que se assenta o tema é árido o que demonstra o porquê da

não-opção pelo estudo dos sistemas de saúde por vários pesquisadores pelo mundo proporcionando com que estes estudos não tenham como objeto claramente delimitado.

Creio que este estudo apresenta implicações relevantes para a saúde pública. A principal, sem dúvida, é a contribuição trazida a (im)pertinência do processo avaliativo empreendido pela política de avaliação do Sistema Único de Saúde nos últimos 3 anos.

Outras duas implicações, que as considero subsidiárias a relatada anteriormente, é a reflexão necessária a repolitização do movimento sanitário no tocante ao aparelhamento do Estado sob a égide neoliberal, assim como os desafios no âmbito acadêmico em produzir conhecimento que dialogue a com realidade empírica tomando-se como ponto origem a defesa do direito à saúde e, por conseguinte à sustentabilidade do SUS enquanto manifestação material desse direito.

Segundo os achados dessa pesquisa, sugiro uma proposição de uma agenda de pesquisa nesta a área de estudo com a finalidade de que o tema seja desenvolvido por aqueles que se interessarem nessa discussão.

- a) Estudos sobre o reflexo da Reforma do Estado nos processos avaliativos realizados nas diferentes modalidades de gestão que prestam serviços de saúde no país;
- b) Estudos sobre a implicação da lógica gerencial na forma no formato de avaliação de microprocessos de trabalho no SUS;
- c) Estudos sobre a participação das comunidades, dos trabalhadores e da gestão na construção de métodos avaliativos plurais, assim como a efetividade da participação da comunidade no processo de ‘accountability’ dessas organizações;
- d) Estudos sobre instrumentos de avaliação com abordagem qualitativa, especialmente sobre o cotidiano dos serviços de saúde assim como sobre as fragilidades das relações de comunicação entre serviços;
- e) Estudos sobre formas de utilização da avaliação como “correção de trajetória” na busca de formulação de instrumentos baseados na lógica ‘formativa’ assim como uso de múltiplos métodos associados para captação da natureza de objetos complexos.

ANEXOS

ANEXO 1: PÁGINA INICIAL DO CURRÍCULO LATTES DO AUTOR

Leonardo Carnut

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2575803021196614>
Última atualização do currículo em 06/05/2015

Sanitarista com formação de base em Odontologia (UPE) e Ciências Sociais (UFPE). É Doutorando em Saúde Pública (área de concentração em Política e Gestão em Saúde) (FSP-USP) e Professor Assistente nível 1A da Universidade de Pernambuco (UPE). Considera-se um pesquisador que não tem filiação teórico-disciplinar pré-definida, sentindo-se confortável na fronteira das disciplinas humanas em intercâmbio com a saúde. Assim sendo, a interdisciplinaridade não é seu objeto de estudo e sim seu exercício científico cotidiano. Tem afinidade pela área de Política, planejamento e gestão em saúde com ênfase no diálogo com as Ciências Sociais. Atualmente vem se debruçando sobre as questões relativas ao Estado gerencial, à avaliação de desempenho e à teoria marxista em saúde. Em se tratando de políticas públicas de saúde específicas, apresenta interesse na discussão da regulação assistencial em serviços de saúde bucal e na constituição do campo da saúde bucal coletiva. É membro titular da Comissão de Política, planejamento e gestão da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Leonardo Carnut
Nome em citações bibliográficas	CARNUT, L.; Carnut, L.; Carnut, Leonardo; CARNUT, Leonardo; CARNUT, LEONARDO

Endereço

Endereço Profissional	Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 715 Pinheiros 01246904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (81) 96018508 URL da Homepage: www.fsp.usp.br/site/

Formação acadêmica/titulação

2012	Doutorado em andamento em Saúde Pública (Política e Gestão em Saúde). Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo

ANEXO 2: PÁGINA INICIAL DO CURRÍCULO LATTES DO ORIENTADOR

Paulo Capel Narvai

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/8531108709147659>
Última atualização do currículo em 16/03/2015

Paulo Capel Narvai concluiu o doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP) em 1997. É graduado em Odontologia pela Universidade Federal do Paraná (1978) e Especialista (1981) e Mestre (1993) em Saúde Pública pela USP. Atualmente é Professor Titular da USP, instituição da qual é Livre-Docente desde 2001, Vice-Presidente da Comissão de Cultura e Extensão Universitária (CCEX) e Coordenador do Curso de Especialização em Saúde Pública (CESP) da FSP/USP. Publicou 4 livros, 31 capítulos de livros e 95 artigos científicos em periódicos especializados. Apresentou 146 trabalhos em eventos, incluindo resumos, conferências, simpósios, palestras e outras formas de comunicação técnico-científica. Ministrou 47 cursos, integrou comissões organizadoras de 40 eventos e participou de 225 eventos técnico-científicos, no Brasil e no exterior. É Professor Convidado de várias universidades brasileiras e das universidades de Sevilla (Espanha), de la Republica (Uruguai), de Antioquia (Colômbia) e Cayetano Herédia (Peru). Integrou 138 bancas julgadoras de mérito acadêmico (defesas de mestrado, doutorado, e concursos públicos). Orientou 21 dissertações de mestrado e 9 teses de doutorado na área de Saúde Coletiva. Colabora com 14 revistas científicas, sendo Editor Associado ad hoc da Revista Brasileira de Epidemiologia, membro do conselho editorial de 3 e revisor de 11 periódicos. Atua na área de Saúde Pública, com ênfase em Saúde Coletiva e Saúde Bucal Coletiva. Em suas atividades profissionais interagiu com 447 autores em co-autorias de trabalhos acadêmicos e técnico-científicos cujas temáticas se referem à Saúde Pública, Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde, Saúde Bucal Coletiva, Fluoretação da Água e Vigilância da Saúde Bucal. É consultor ad hoc da CAPES, da Fapesp e Coordenador Geral do CECOL/USP - Centro Colaborador do Ministério da Saúde em Vigilância da Saúde Bucal (www.cecol.fsp.usp.br). **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Paulo Capel Narvai
Nome em citações bibliográficas	NARVAI, P. C.; Narvai, Paulo Capel; Paulo Capel Narvai

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública.

ANEXO 3: INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES - REVISTA *SAÚDE E SOCIEDADE*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Escopo e política](#)
- [Forma e preparação de manuscritos](#)
- [Envio de manuscritos](#)

Escopo e política

Política editorial: Veicular produção científica de instituições de ensino e pesquisa que desenvolvem pesquisa interdisciplinar e contam com o concurso de diferentes áreas do saber (ciências exatas, biológicas e sociais) e socializar novas formas de abordar o objeto. Igualmente, veicular produção de pesquisadores e de técnicos de diversos órgãos, tais como secretarias estaduais e municipais de saúde, que divulgam resultados de seus trabalhos de pesquisa, avaliação de programas, etc., com contribuições importantes e que não devem ficar restritas a relatórios de circulação interna, contribuindo para o avanço do debate e da troca de idéias sobre temas desafiantes, cujas raízes encontram-se na própria natureza multidisciplinar da área.

Áreas de interesse: Desde sua criação, **Saúde e Sociedade** tem publicado trabalhos de diferentes áreas do saber que se relacionam ou tenham como objeto de preocupação a saúde pública/coletiva. Nesse sentido, abarca a produção de diferentes ramos das ciências humanas e sociais e da emergente ciência ambiental, incorporando a produção científica, teórica e aquela mais especificamente relacionada às propostas de intervenção e prática institucional.

Tipos de artigos: Publica matéria inédita de natureza reflexiva, de pesquisa e atualização do conhecimento, sob a forma de:

- a) artigos de pesquisas originais;
- b) análise de grandes temas de interesse da área;
- c) ensaios de natureza teórica, metodológica ou técnica, que estimulem a polêmica ou o tratamento de temas específicos

sob diferentes enfoques;

d) artigos de atualização de literatura;

e) relatos de experiências nas áreas de pesquisa, do ensino e da prestação de serviços de saúde;

f) comunicações de estudos, pesquisas ou experiências práticas em andamento, assim como resultados preliminares;

g) cartas à redação com comentários sobre idéias expressas em matéria já publicada pela revista, tendo em vista fomentar uma reflexão crítica acerca de temas da área;

h) comentários curtos, notícias ou críticas de livros publicados e de interesse para a área;

i) entrevistas / depoimentos de personalidades ou especialistas da área visando, quer a reconstrução da história da saúde pública/coletiva, quer a atualização em temas de interesse; e

j) anais dos congressos paulistas de saúde pública promovidos pela APSP, bem como de outros eventos científicos pertinentes à linha editorial da Revista.

A Revista veicula contribuições espontâneas que se enquadrem na política editorial da Revista bem como matéria encomendada a especialistas.

São particularmente valorizados artigos que façam interface da saúde com a área de humanas.

Procedimentos de avaliação por pares: O Conselho Editorial (CE) conta com a colaboração de pareceristas que são os co-participantes do processo de julgamento dos manuscritos submetidos. Os pareceristas são indicados *ad-hoc*, pelo CE, dentre os especialistas de confirmada competência técnica e científica, com a função de colaborar na apreciação dos manuscritos submetidos à publicação. Estes dispõem de autoridade para decidir sobre a conveniência de sua aceitação, podendo apresentar sugestões de modificações aos autores. Cada trabalho é apreciado por no mínimo dois relatores, cujos nomes são mantidos em sigilo, omitindo-se, também, o(s) nome(s) dos autores perante os relatores.

Público: Profissionais do campo da saúde em geral, docentes, pesquisadores e especialistas de saúde pública/coletiva e de áreas afins.

Forma e preparação de manuscritos

Formato

Papel tamanho A4, margens de 2,5 cm, espaço 1,5, letra Times New Roman 12. Número máximo de páginas: 20 (incluindo ilustrações e referências bibliográficas).

Estrutura

Título: Conciso e informativo. Na língua original e em inglês. Incluir como nota de rodapé a fonte de financiamento da pesquisa.

Nome e endereço do(s) autor(es): todos devem informar maior grau acadêmico; cargo; afiliação institucional; endereço completo incluindo rua, cidade, CEP, estado, país, e-mail.

Resumos: Devem refletir os aspectos fundamentais dos trabalhos, com no mínimo 150 palavras e no máximo 250, incluindo objetivos, procedimentos metodológicos e resultados. Devem preceder o texto e estar na língua do texto e em inglês (abstract).

Palavras-chave: De 3 a 6, na língua do texto e em inglês, apresentados após o resumo. Consulte o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) e/ou o Sociological Abstracts.

Gráficos e tabelas: Os gráficos e tabelas devem ser apresentados em seus programas originais (por exemplo, em Excel: arquivo.xls), devidamente identificados, em escala de cinza.

Imagens: As imagens (figuras e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, com no mínimo 8 cm de largura.

Citações no texto: Devem ser feitas pelo sobrenome do autor (letra minúscula), ano de publicação e número de página quando a citação for literal, correspondendo às respectivas referências bibliográficas. Quando houver mais de dois autores, deve ser citado o primeiro, seguido de “e col”.

Referências

Os autores são responsáveis pela exatidão das referências bibliográficas citadas no texto. As referências deverão seguir

as normas da ABNT NBR 6023, serem apresentadas ao final do trabalho e ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome do primeiro autor. A seguir alguns exemplos (mais detalhes no site da revista):

- Livro

MINAYO, M. C. de S.; e DESLANDES, S. F. (Org). Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

- Capítulo de Livro

GOTLIEB, S. L. D.; LAURENTI, R.; MELLO JORGE, M. H. P. Crianças, adolescentes e jovens do Brasil no fim do século XX. In: WESTPHAL, M. F. Violência e criança. São Paulo: EDUSP, 2002. p. 45-72.

- Artigo de Periódico

TEIXEIRA, J. J. V.; LEFÈVRE, F. A prescrição de medicamentos sob a ótica do paciente idoso. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.35, n.2, p. 207-213, abr. 2001.

- Tese

LIMA, R. T. Condições de nascimento e desigualdade social. São Paulo, 2001. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2001.

- Documentos Eletrônicos

SALES, A. C. C. L. Conversando sobre educação sexual. Disponível em: <http://www.violenciasexual.org/textos/pdf/conversando_ed_sexual_ana_carla.pdf> Acesso em: 13 jan. 2003.

Envio de manuscritos

Os manuscritos são submetidos online, através da plataforma Scielo:

<http://submission.scielo.br/index.php/sausoc/login>