



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



43º CONSELHO DIRETOR

53ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 24 a 28 de setembro de 2001

Tema 4.14 da agenda provisória

CD43/18 (Port.)

2 agosto 2001

ORIGINAL: ESPANHOL

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

O presente documento aborda o tema da avaliação do desempenho dos sistemas de saúde e sua relevância na orientação das ações voltadas para o melhoramento e o desenvolvimento do setor. Resume os principais mandatos relacionados com este tema emanados dos Corpos Diretores tanto da OPAS como da OMS nos últimos meses. Informa sobre a Consulta Regional sobre Avaliação do Desempenho dos Sistemas de Saúde levada a cabo na Região das Américas em maio de 2001. E faz referência, finalmente, à criação de um grupo de trabalho regional cuja tarefa fundamental será aprofundar as principais conclusões geradas na consulta regional, a fim de proporcionar elementos para a revisão que venha a ser feita pelo painel mundial de especialistas, bem como de proporcionar recomendações para orientar o trabalho futuro da OPAS nesse sentido.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
1. Introdução.....	3
2. Mandatos do 42º Conselho Diretor da OPAS da 107ª sessão do 3. Conselho Executivo da OMS	3
4. Consulta Regional das Américas sobre Avaliação do Desempenho dos Sistemas de Saúde	6
4. Intervenção do Conselho Diretor	9

Anexo: Consulta Regional sobre Avaliação do Desempenho dos Sistemas de Saúde

1. Introdução

Os Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde, tal como os Estados Membros de outras regiões da Organização Mundial da Saúde, trazem à baila a necessidade de avançar na transformação de seus sistemas de saúde, a fim de que possam atingir os objetivos para eles estabelecidos pela sociedade.

Na medida em que a reorientação das atividades do setor ganha importância, vem sendo amplamente debatida a necessidade de melhorar a capacidade institucional de medir e avaliar o desempenho dos sistemas de saúde. O propósito último de tudo isso é contar com uma sólida base de informação que permita configurar as agendas de transformação dos sistemas de saúde com o mais alto grau possível de sustentação objetiva.

Nesse sentido, os Estados Membros vêm dando cada vez maior importância aos esforços de Avaliação do Desempenho dos Sistemas de Saúde (ADSS). Por sua importância e, conseqüentemente, por sua conceptualização, adquire importância o lançamento do processo de medição e geração de informações para esse fim, e sobretudo a sua utilização na tomada de decisões pertinentes tanto à formulação de políticas de saúde como à gestão estratégica das diferentes operações que fazem parte do sistema.

A publicação do relatório *Informe sobre la salud en el mundo 2000*, referente ao tema da melhoria do desempenho dos sistemas de saúde, deu lugar a intenso debate tanto na Região das Américas como nas demais regiões do mundo, sobre o tema da ADSS. Foi amplamente discutida a modalidade adotada para levá-la a cabo e disseminá-la, e especialmente no que tange ao exercício da classificação dos Estados Membros segundo o seu grau de desenvolvimento, medido por meio de um índice combinado, que foi introduzido pela primeira vez no citado relatório. O debate suscitado pôs em evidência a necessidade de precisar melhor o alcance e as repercussões do exercício de ADSS levado a cabo pela OMS, bem como o seu grau de articulação com os processos nacionais e regionais que podem e devem realimentar o exercício que a OMS venha a levar a cabo neste campo, no futuro.

2. Mandatos do 42º Conselho Diretor da OPAS e da 107ª sessão do Conselho Executivo da OMS

O 42º Conselho Diretor da OPAS debateu o tema do Informe sobre la salud en el mundo 2000 e emitiu a resolução CD42.R5, na qual:

- Instou os Estados Membros a:
 - mobilizar os setores da intelectualidade nacional, representados pelos respectivos ministérios da saúde, universidades, institutos de pesquisa e

organismos afins para fazer o seguimento e a avaliação de seus próprios sistemas de saúde; e

- colocar à disposição da OMS informações técnicas necessárias para a realização de estudos comparativos entre os países.
- Recomendou que o Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde transmitisse à Diretora-Geral da OMS o pedido de que aquela organização:
 - promova, com a participação ampla dos Estados membros da Organização Mundial da Saúde, a revisão do contexto e da metodologia utilizados para o estudo comparativo do desempenho dos sistemas de saúde presente no *Informe sobre la salud en el mundo 2000*; e
 - submeta as bases técnicas e metodológicas do próximo Relatório sobre a Saúde no Mundo à consideração do Conselho Executivo da OMS antes da sua publicação.

A recomendação foi acatada e o Diretor da OPAS transmitiu à Diretora-Geral da OMS o pedido dos Estados Membros.

Outrossim, os Estados Membros mobilizaram suas instituições pertinentes para gerar o debate em torno do tema, tendo sido editadas numerosas publicações científicas sobre a matéria. Entre outras coisas, o debate permitiu que houvesse abundante material e experiências relacionadas com o tema, que se procuraram recolher na Consulta Regional das Américas.

Em sua 107ª sessão, em janeiro de 2001, o Conselho Executivo discutiu o tema da ADSS com relação ao quadro conceptual e à metodologia contida no *Informe sobre la salud en el mundo 2000* e à informação disponível, com a qual foi calculado o índice combinado de avaliação do desempenho. Esse índice classificou os países em ordem hierárquica, determinada pelo grau de desempenho atingido por seus sistemas.

Em seu discurso de abertura, a Diretora-Geral anunciou que, devido à importância do tema e ao interesse dos Estados Membros, informaria sobre o desempenho do setor da saúde de dois em dois anos (o próximo relatório deverá ser publicado em outubro de 2002). Indicou também que, antes da sua publicação, tomaria as seguintes medidas:

- Estabelecer um processo de consulta técnica reunindo o pessoal e especialistas dos Estados Membros em cada uma das regiões da OMS;

- Assegurar que a OMS mantenha consultas com cada Estado Membro sobre os melhores dados a utilizar na avaliação do desempenho e proporcionar antecipadamente informações sobre os valores dos indicadores que a Organização obtenha utilizando esses dados;
- Completar o próximo ciclo de avaliação do desempenho em maio de 2002, para publicação em outubro do mesmo ano. Todos os Estados Membros receberão as compilações antes de estarem disponíveis para o público em geral; e
- Estabelecer um pequeno grupo de consulta, incluindo os membros do Conselho Executivo e do Comitê Assessor de Pesquisas em Saúde, para ajudar na monitorização da proposta a ser feita pela OMS na 108^a Reunião do Conselho Executivo da Organização sobre como pretende concluir o próximo exercício da ADSS.

O Conselho Executivo aprovou essas medidas e solicitou à Diretora-Geral que:

- Iniciasse uma revisão da metodologia de ADSS por especialistas científicos, como parte do processo de consulta técnica e incluindo uma metodologia de atualização e uma nova fonte de dados pertinentes ao desempenho dos sistemas de saúde.
- Assegurasse que a OMS mantenha consultas com os Estados Membros e compartilhe os resultados da revisão elaborada pelos peritos científicos, bem como suas recomendações;
- Formulasse um plano plurianual para uma pesquisa mais profunda e desenvolvimento do esquema e seus indicadores pertinentes, para avaliar a efetividade e a eficácia dos sistemas de saúde, como parte do processo de consulta técnica;
- Formulasse um plano para melhorar a qualidade dos dados utilizados para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde;
- Informasse aos Estados Membros sobre o impacto dos relatórios de desempenho dos sistemas de saúde no que se refere às políticas e práticas dos Estados Membros;
- Fornecesse os relatórios às autoridades sanitárias dos Estados Membros 15 dias antes da data de publicação.

Na 54^a Assembléia Mundial da Saúde, a Diretora-Geral deu a conhecer o texto de uma carta aos membros do Conselho Executivo, na qual resumiu as atividades desenvolvidas até então para implementar a resolução EB.107.R8 sobre ADSS (Documento A54/DV/7).

Naquela carta foram anunciados a formação de um grupo assessor encabeçado pelo Dr. Mahmoud Fathalla, presidente do Comitê Assessor de Pesquisas em Saúde, bem como os planos para levar a cabo as consultas regionais sobre o tema. Indicou-se ao mesmo que se estabeleceria um grupo de peritos para atuar como painel de revisão da metodologia de ADSS, o qual iniciaria suas atividades em outubro de 2001.

Entre os meses de maio e setembro, realizaram-se consultas regionais em cada uma das regiões da OMS (a primeira delas teve lugar na Região das Américas, em Washington, D.C.) com a participação de representantes dos governos dos Estados Membros, bem como de peritos científicos regionais. Como já se indicou, o objetivo dessas consultas regionais é proporcionar insumos para a ADSS.

Foram também programadas várias consultas técnicas específicas, as quais abrangem medidas resumidas da saúde da população, desigualdades em saúde, financiamento justo, grau de resposta dos sistemas, métodos para melhorar os resultados de pesquisas na comparação de diferentes populações, medição da eficiência, gestão e cobertura efetiva. Os resultados de todas as consultas convergirão para um painel de revisão formado de especialistas, com tempo suficiente para que estes informem o Conselho Executivo em janeiro de 2002. Ainda está pendente a designação das pessoas que constituirão o painel de revisão de especialistas.

3. Consulta Regional das Américas sobre Avaliação do Desempenho dos Sistemas de Saúde

A Consulta Regional das Américas sobre ADSS convocou 70 peritos e autoridades decisórias de 19 países. Participaram também funcionários da Organização Pan-Americana da Saúde/Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde (OPAS/AMRO), do Núcleo Orgânico de Provas Científicas e Informação para a Formulação de Políticas (EIP Cluster) da Sede da Organização Mundial da Saúde, da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), do Banco Mundial, do Convênio “Hipólito Unanue” e da Comunidade do Caribe (CARICOM). Os Escritórios Regionais da OMS para a Europa e para o Pacífico Oriental fizeram-se presentes como observadores.

A Consulta teve os seguintes objetivos:

- a) discutir diferentes enfoques conceituais e metodológicos para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde;
- b) aferir as diferentes experiências regionais e nacionais relacionadas com a ADSS nas Américas;

- c) identificar os temas críticos para promoção do desenvolvimento conceptual e metodológico de um padrão para medir o desempenho dos sistemas de saúde, o qual possa ser aplicado pelos países em forma sistemática e comunicado periodicamente à OMS;
- d) discutir a vinculação entre as práticas de ADSS, as políticas de sistemas de saúde e os processos gerenciais de tomada de decisões; e
- e) definir um programa de cooperação técnica internacional que apóie os esforços dos países na medição do desempenho dos sistemas de saúde.

Como material de referência, os participantes receberam o documento “Temas Críticos na Avaliação do Desempenho dos Sistemas de Saúde” (anexo). Tanto o programa da reunião como o documento foram preparados conjuntamente pelo EIP Cluster da Sede da OMS e pela Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde da OPAS. A reunião permitiu que diversos especialistas examinassem por diferentes prismas assuntos metodológicos e conceptuais relacionados com o relatório *Informe sobre la Salud Mundial 2000* atinentes ao tema mais amplo da avaliação do desempenho dos sistemas de saúde. As apresentações foram seguidas de debates abertos que produziram interessantes trocas de pontos de vista entre os peritos e os assistentes.

Embora os conceitos e métodos utilizados no *Informe sobre la Salud Mundial 2000* hajam suscitado atenção, houve um esforço concertado no sentido de orientar o debate para o futuro e contribuir para desenvolver definições claras para a avaliação do desempenho, dentro de um quadro de referência apoiado em dados sólidos e que possa ser útil aos países. O Diretor da OPAS postulou a manutenção de um debate respeitoso, construtivo e franco, que ajude a levar avante o processo.

O relatório final resume as principais conclusões da Consulta, resultantes das discussões tanto em sessão plenária como nos grupos de trabalho. O documento está organizado em duas partes. Na primeira resumem-se as principais lições aprendidas do *Informe sobre la Salud Mundial 2000*. Na segunda, formulam-se recomendações para revisão do quadro conceptual e dos indicadores usados pela OMS para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde.

Entre as principais considerações emanadas da consulta contam-se as seguintes:

- A ADSS deverá incluir ampla gama de atividades, em vez de equiparar o conceito de desempenho com o de efetividade.
- A avaliação do desempenho pode ser comparada com o desenho de uma “quadro de comando” o qual conta com diversos medidores que permitem o exame de diferentes

dimensões do desempenho dos sistemas de saúde ao considerar a realização das metas intermediárias e as diferentes formas em que se operam as funções do sistema.

- A avaliação das metas intermediárias deverá usar certas dimensões-chaves, entre as quais foram identificados o acesso, a pertinência, a continuidade, a sustentabilidade, a eficiência, a competência e a aceitabilidade.
- A importância da definição de procedimentos para medir o desempenho da função gestora das autoridades de saúde, levando em conta o papel desempenhado na maioria dos países pelos níveis central, intermediário e local do Estado.
- O avanço na medição do desempenho das funções essenciais de saúde pública, como vem sendo feito na Região das Américas, foi considerado útil tanto em termos de conteúdo como de metodologia. Essa linha de desenvolvimento ilustra o que se pode fazer para medir o desempenho de um componente da função gestora do sistema de saúde.
- A possibilidade de se utilizar um enfoque com medidas múltiplas relacionadas com possíveis ações dos organismos nacionais, o que permitiria fomentar o desenvolvimento de práticas de prestação de contas sobre o desempenho dos sistemas de saúde. Esse enfoque deveria ser pragmático, relacionar-se com a política e a tomada de decisões na gestão do setor da saúde e basear-se na identificação das ferramentas de medição do desempenho para as diferentes dimensões do sistema: os recursos, as funções, as metas intermediárias e as metas finais.
- É preciso que a OMS desenvolva sua capacidade de proporcionar apoio técnico em ADSS. Para isso será necessário manter comunicação contínua entre a Organização e os Estados Membros.
- A melhoria do conhecimento comum da relação entre o estado da saúde e os sistema de saúde é um processo de longo prazo que pode levar dez anos ou mais. Além de documentar os resultados dessa relação, os relatórios futuros devem dar ênfase ao processo que leva ao desenvolvimento do contexto, das medidas e dos indicadores. Assim também, o desenvolvimento de indicadores globais implica a pesquisa a longo prazo, com inclusão dos responsáveis pelas políticas de saúde, de pesquisadores e de outros atores interessados. A OMS deve usar sua liderança para permitir que esse processo seja abrangente.
- A OMS deverá reexaminar a metodologia para a ADSS em estreita colaboração com os países e com seus próprios peritos de diferentes grupos funcionais e regiões. Cumpre à Organização desempenhar um papel crítico no desenvolvimento de padrões, na reunião de especialistas para cotejar e contrastar os diferentes enfoques

que estejam sendo utilizados nos países e na construção de consensos em torno das melhores maneiras de assegurar a comparabilidade entre países com relação ao estado de saúde, às despesas em saúde, à organização e a outras dimensões pertinentes dos sistemas.

- É preciso que a OMS faça melhor uso de seus centros colaboradores e de outras instituições nacionais, bem como que fortaleça o intercâmbio de informações entre suas diferentes unidades e os escritórios regionais.
- A OMS deverá apoiar os esforços dos países com o objetivo de desenvolver capacidade para:
 - Dialogar sobre políticas nacionais de saúde;
 - Avaliar os recursos, as funções, os objetivos intermediários e os objetivos finais dos sistemas de saúde, bem como o grau de realização das mudanças desejadas;
 - Examinar a pertinência dos atuais sistemas de informação em saúde para gerar os dados necessários;
 - Efetuar a medição do desempenho nos níveis nacionais e subnacionais; e
 - Desenvolver políticas apropriadas como resposta

Os resultados da Consulta serão levados em conta para o trabalho que se venha a realizar nessa área na Região das Américas. O resultado do trabalho nesta Região será comunicado à sede da OMS, para incorporação nas recomendações originadas de outras regiões, para a formulação que se venha a apresentar ao Conselho Executivo sobre esta matéria, em 2002.

A OPAS organizará em agosto de 2001 um grupo de trabalho que fará uma análise exaustiva do tema e ampliará as recomendações provenientes da Consulta. Os resultados dos dois exercícios serão apresentados ao 43º Conselho Diretor em setembro de 2001, a fim de informar as delegações de todos os Estados Membros e de contar com um fórum de debates cujo resultado será comunicado à Sede da OMS antes da 109ª sessão do Conselho Executivo, em janeiro de 2002.

4. Intervenção do Conselho Diretor

Solicita-se ao Conselho Diretor que tome conhecimento do relatório.

Anexo: Consulta Regional sobre Avaliação do Desempenho dos Sistemas de Saúde

CONSULTA REGIONAL SOBRE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS SISTEMAS DE SAÚDE

Washington D.C., 8-10 de maio de 2001

Temas críticos na avaliação do desempenho dos sistemas de saúde

A. INTRODUÇÃO

O Relatório sobre a Saúde Mundial 2000 (WHR), que procurou resumir os melhores indicadores disponíveis para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde, chegou à conclusão de que, em muitas áreas, os indícios são limitados ou, na melhor das hipóteses, confusos. Deve-se isso em parte ao fato de não existir acordo quanto às metas e objetivos dos sistemas de saúde para orientar a análise, assim como ao fato de que muitas vezes essa análise se concentrara antes no processo do que nos resultados. Assim foi que o relatório elaborou um esquema para avaliação do desempenho dos sistemas de saúde e propôs que este fosse usado sistematicamente.

A comparação do desempenho em diferentes países e no transcurso do tempo pode levar a uma compreensão melhor das políticas que seriam capazes de melhorar o desempenho e das que não seriam. Para isso foi necessário definir um conjunto de indicadores de resultados para aferir o desempenho no nível de país com base no esquema. Os quadros dos anexos constituíram a primeira tentativa de usar esses indicadores para medir o desempenho de maneira uniforme, muito embora só existissem dados reais disponíveis para alguns países.

A publicação do WHR suscitou intenso debate sobre os processos pertinentes à distribuição do relatório e sobre seu conteúdo científico. A matéria foi discutida na 107^a reunião do Conselho Executivo, em janeiro de 2001. Em seu discurso de abertura, a Diretora-Geral anunciou que, devido à importância do tema e ao interesse dos Estados Membros, informaria sobre o desempenho do setor da saúde de dois em dois anos (o próximo relatório deverá ser publicado em outubro de 2002). Indicou também que, antes da sua publicação, tomaria as seguintes medidas:

- Estabelecer um processo de consulta técnica reunindo o pessoal e as especialistas dos Estados Membros em cada uma das regiões da OMS;
- Assegurar que a OMS mantenha consultas com cada Estado Membro sobre os melhores dados a utilizar na avaliação do desempenho e proporcionar antecipadamente informações sobre os valores dos indicadores que a Organização obtenha utilizando esses dados;
- Completar o próximo ciclo de avaliação do desempenho em maio de 2002, para publicação em outubro do mesmo ano. Todos os Estados Membros receberão as compilações antes de estarem disponíveis para o público em geral; e

- Estabelecer um pequeno grupo de consulta, incluindo os membros do Conselho Executivo e do Comitê Assessor de Pesquisas em Saúde, para ajudar na monitorização do apoio da OMS na avaliação do desempenho dos sistemas de saúde.

O Conselho Executivo aprovou essas medidas e solicitou à Diretora-Geral o seguinte:

- 1) Iniciar uma revisão da metodologia do desempenho dos sistemas de saúde por especialistas científicos, como parte do processo de consulta técnica e incluindo uma metodologia de atualização e uma nova fonte de dados pertinentes ao desempenho dos sistemas de saúde;
- 2) Assegurar que a OMS mantenha consultas com os Estados Membros e compartilhe os resultados da revisão elaborada pelos peritos científicos, bem como suas recomendações;
- 3) Formular um plano plurianual para uma pesquisa mais profunda e desenvolvimento do esquema e seus indicadores pertinentes, para avaliar a efetividade e a eficácia dos sistemas de saúde, como parte do processo de consulta técnica;
- 4) Formular um plano para melhorar a qualidade dos dados utilizados para avaliar o desempenho dos sistemas de saúde;
- 5) Informar os Estados Membros sobre o impacto dos relatórios de desempenho dos sistemas de saúde no que se refere às políticas e práticas dos Estados Membros;
- 6) Fornecer os relatórios às autoridades sanitárias dos Estados Membros 15 dias antes da data de publicação.

Conseqüentemente, realizar-se-ão consultas regionais em todas as regiões da OMS. Esta é a primeira delas. Os participantes são representantes dos governos dos Estados Membros, bem como peritos científicos regionais. Conforme já se indicou, o objetivo é proporcionar subsídios técnicos para a avaliação do desempenho dos sistemas de saúde.

Foram também programadas diversas consultas técnicas específicas, cobrindo medidas resumidas da saúde da população, desigualdades em saúde, financiamento justo, grau de resposta dos sistemas, métodos para melhorar os resultados de pesquisas na comparação de diferentes populações, medição da eficiência, administração e cobertura efetiva. Os resultados de todas as consultas convergirão para um grupo de Especialistas em Revisão, com tempo suficiente para que estes informem ao Conselho Executivo em janeiro de 2002.

Este documento de antecedentes resume alguns dos principais debates ocorridos desde a publicação do Relatório sobre a Saúde Mundial 2000. Não busca incluí-lo em seu todo nem assumir uma posição em relação aos debates. Apresenta os temas que se manifestaram com maior frequência nas discussões com cientistas e especialistas governamentais. Os participantes nesta consulta podem, sem dúvida, levantar também outros temas. O documento está organizado em torno de três temas. Os temas conceptuais e metodológicos pertinentes ao

esquema atual e os indicadores são abordados na seção B; as perguntas relacionadas com o desenvolvimento futuro do esquema na seção C; e os temas práticos de política e gestão relacionados com a avaliação do desempenho dos sistemas de saúde, na seção final.

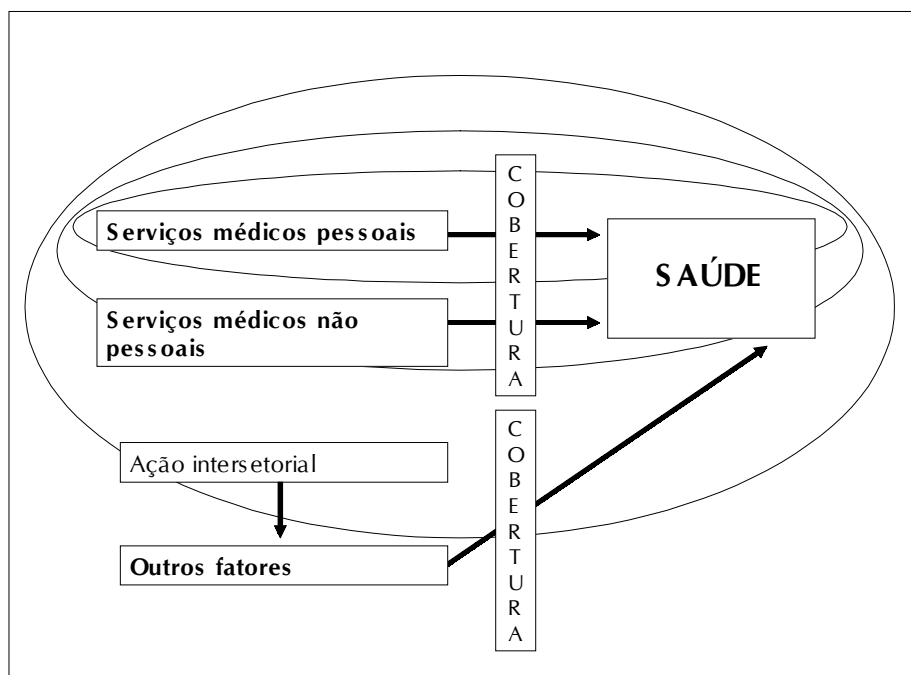
B. TEMAS CONCEPTUAIS E METODOLÓGICOS

1. Limites do sistema de saúde

A discussão do Relatório sobre a Saúde Mundial 2000 traz à baila várias possíveis maneiras de conceber o sistema de saúde. A definição mais estreita demarca nitidamente os limites em torno das atividades sob controle direto do Ministério da Saúde. Em alguns países, isso pode incluir principalmente serviços médicos pessoais e está representado por um pequeno círculo na Figura 1. Muitas das atividades especificamente destinados a melhorar a saúde, como a comercialização de mosquiteiros impregnados de inseticida ou os impostos destinados a reduzir o uso do tabaco ou do álcool, são excluídos desta definição. Em alguns países, seriam excluídos também muitos serviços de saúde pessoais prestados por outras repartições do governo, missões, organizações não-governamentais (ONG) ou pelo setor privado.

A segunda definição, que corresponde ao círculo menor na Figura 1, é um pouco mais abrangente. Nela, o sistema abrange serviços de saúde pessoais e não pessoais, mas não as ações intersetoriais destinadas ao melhoramento da saúde. As intervenções tradicionais de saúde pública, como a aspersão de inseticidas contra mosquitos ou a divulgação de informações sanitárias, estariam incluídas, mas não o tipo de ações intersetoriais – como programas de água potável e saneamento – em que a OMS se acha comprometida há muito tempo.

Figura 1: Definição dos sistemas de saúde



A terceira definição é ainda mais abrangente e considera qualquer ação cuja intenção primária é a melhoria da saúde como parte do sistema. Tem-se aí algo mais amplo do que os serviços de saúde pessoais e não pessoais, incluindo ações intersetoriais, como, por exemplo, o apoio a uma regulamentação dimensionada para reduzir os óbitos por acidentes de trânsito. Isso é ilustrado pelo círculo maior da Figura 1.

A opção final é incluir todas as ações que contribuem para a melhoria da saúde na definição do sistema de saúde. Ela inclui, essencialmente, todas as caixas da Figura 1, porque praticamente todas as áreas da atividade humana – educação, desenvolvimento industrial e meio ambiente, por exemplo – têm influência na saúde. Por exemplo, não existe mais diferenciação operativa entre os sistemas de saúde e os de educação, ou entre os sistemas de saúde e os agrícolas, porque a melhoria da educação ou da produção agrícola também teria efeito sobre a saúde.

A definição apropriada está inextricavelmente vinculada ao conceito de responsabilidade. A terceira definição do sistema de saúde (o círculo maior da Figura 1) é apropriada na medida em que os administradores desse sistema assegurem a prestação dos serviços pessoais e não pessoais chave e propugnem pela atividade intersetorial numa gama de ações que visem especificamente a melhoria da saúde – por exemplo, legislação que impõe o uso de cinto de segurança e cumprimento dessa legislação. Esta definição incentivaria os formuladores de políticas de saúde voltar seus pensamentos para além dos serviços pessoais, ou a advogar e promover a melhoria da saúde da população através de mudanças em áreas como regime alimentar, consumo de tabaco ou regulamentos de segurança rodoviária. Recairia sobre eles a responsabilidade pela parte da saúde em que seus atos poderiam ter influência, seja na prestação dos serviços, seja na administração de provedores privados, seja na advocacia em favor da ação intersetorial.

Se a função dos administradores do sistema de saúde é tão somente assegurar que os recursos sob seu controle direto sejam apropriadamente utilizados, poder-se-ia propor uma definição mais concisa, como a do primeiro ou do segundo círculo da Figura 1. Os formuladores da política de saúde conceberiam suas funções como simplesmente concentradas nos serviços de saúde. Na definição mais concisa, eles se veriam como responsáveis somente pela melhoria daquela parte da saúde da população que é determinada mediante a atenção médica pessoal no setor público.

2. Atribuição causal

Muitas ações, inclusive aquelas que não são especificamente formuladas para melhorar a saúde, têm efeito quer positivo, quer negativo sobre ela. Na Figura 1, o quadro referente a “Outros fatores” inclui atividades relacionadas com a educação, o meio ambiente, a agricultura, a indústria, etc., as quais influenciam a saúde dos indivíduos ou das populações. O debate, desde a publicação do Relatório sobre a Saúde Mundial 2000, veio revelar dois enfoque concorrentes sobre como separar a influência do sistema de saúde das exercidas por essas outras atividades.

O primeiro é a definição dos indicadores parciais da realização geral de metas que incorporam na medida um conjunto de relações causais hipotéticas. Para isso, apenas os

resultados, determinados em grande parte pelas atividades do Ministério da Saúde ou pelo responsáveis pela política de saúde, seriam medidos e monitorizados como parte da avaliação do desempenho dos sistemas de saúde. Medir-se-ia a mortalidade infantil causada por doenças evitáveis por vacinação, por exemplo, em vez de medir a mortalidade infantil geral, porque o Ministério da Saúde pode controlar a cobertura dos programas de vacinação ordinária, mas não pode controlar o fato de que algumas crianças vêm a falecer devido à desnutrição associada com a pobreza. Medir-se-iam os óbitos evitáveis em vez da mortalidade total porque o sistema de saúde não pode ser responsabilizado por todas as mortes. Este enfoque concentra a atenção das autoridades decisórias do Ministério da Saúde nos assuntos sob seu controle direto diário e num conjunto de determinantes de saúde bem definidos.

A alternativa é separar o conceito de medição do resultado da avaliação da distribuição “causal”, seja do sistema de saúde, seja de outros fatores determinantes. Medir-se-iam a mortalidade infantil geral e as mudanças nela verificadas, explorando-se depois as causas. O grau em que o sistema de saúde contribuiu para reduzir a mortalidade infantil seria avaliado como parte desse processo, que identifica e representa todos os possíveis fatores determinantes. A análise estatística multivariada permite essa ação, da mesma forma em que os especialistas em econometria por muito tempo exploraram e separaram os diversos fatores determinantes do crescimento econômico. Este enfoque permite testar todas as hipóteses possíveis, em vez de limitar a atenção a fatores determinantes pré-selecionados. Ele força a atenção dos formuladores da política de saúde no sentido de que eles podem melhorar a saúde promovendo ações numa variedade mais ampla de áreas intersetoriais do que as que estão sob seu controle direto.

3. Fatores de medição

É evidente que a simples prestação de serviços médicos e de saúde e as ações intersetoriais, caracterizadas pelos quadros que aparecem do lado esquerdo da Figura 1, não se traduzem automaticamente em melhoria da saúde da população. Fazem-se necessárias várias condições intermediárias, e tem-se travado considerável debate sobre quais são esses fatores e como se pode medi-los. A cobertura dos serviços pessoais críticos e as intervenções de saúde pública sem dúvida afetam a forma pela qual as ações de saúde efetivas se traduzem em saúde, como se observa na Figura 1, mas é bem possível que haja outras. A medição de uma cobertura efetiva levanta muitos desafios quando se incorporam conceitos tais como acesso físico, custo, utilização, eficácia e qualidade. É necessária também a identificação de um conjunto de intervenções-chaves pelas quais seria habitualmente medida a cobertura.

Dada a importância da cobertura das intervenções críticas na medição dos efeitos dos serviços de saúde pessoais e não pessoais, a OMS está planejando incorporar no trabalho sobre o desempenho dos sistemas de saúde um esforço significativo de monitorização da cobertura das intervenções críticas. Para se converter em ajuda efetiva para a tomada de decisões nacionais, são necessárias informações sobre a cobertura, o acesso e a utilização, não só no nível nacional como no subnacional. Caso se queira que a cobertura seja monitorizada de uma forma válida, fiável e equivalente, será preciso vencer vários desafios técnicos. Dois dos mais importantes deles são a incorporação dos provedores não governamentais e privados na avaliação da cobertura e na validação desta, ou, conseqüentemente, dos dados referentes à

prestação de serviços. Para estimular ainda mais o desenvolvimento da monitorização da cobertura como parte da avaliação do desempenho, realizar-se-á uma consulta técnica em agosto de 2001.

4. Desempenho e tempo

A efetividade – palavra que foi usada alternativamente com “desempenho” no Relatório sobre a Saúde Mundial 2000 – é o grau em que o sistema de saúde dá a máxima contribuição para as metas sociais definidas, dados os recursos disponíveis do sistema de saúde e do sistema que não é de saúde. No debate sobre o Relatório surgiram dois diferentes conceitos sobre como esse máximo deve ser definido. Segundo o primeiro, ele deve representar o máximo que o Ministério da Saúde poderia obter com seus recursos este ano. Isso coincide com as definições concisas de responsabilidade e do sistema de saúde, já enunciadas. O cálculo da efetividade exigiria controle de todos os possíveis fatores determinantes do sistema que não é de saúde e do impacto de medidas de saúde tomadas no passado. Esse enfoque identifica claramente quem é responsável pelo baixo rendimento atual mas não proporciona aos formuladores da política de saúde incentivos para pensar em ações amplas que pudessem melhorar a saúde, vale dizer, que levassem em conta a saúde da população em sua totalidade.

A alternativa seria definir um máximo mais alto: o máximo que os níveis de recursos observados (do sistema de saúde e dos sistemas que não são de saúde) poderiam ter produzido, se houvessem sido observadas políticas apropriadas. Esse máximo não seria necessariamente realizável este ano, mas demonstra o que seria possível com os recursos existentes. Em face desta definição, o desempenho deficiente reflete o fato de que o sistema não está realizando o que poderia ter realizado se houvesse políticas e programas apropriados. Isso poderia ser resultado de decisões tomadas há 15 anos ou das tomadas agora. Pode ser também que constitua o resultado de não terem sido tomadas medidas intersectoriais para desencorajar o hábito de fumar ou não terem sido prestados serviços médicos aos pobres. Esse enfoque estabelece uma meta para os formuladores de políticas, incentivando-os a pensar para mais além dos serviços médicos pessoais e estar conscientes de que seus atos atuais podem afetar a saúde da população durante várias décadas. Esse enfoque é compatível também com a forma de medir a efetividade no espectro mais amplo da economia, onde, por exemplo, não se faz esforço algum para ajustar os cálculos atuais da eficiência das empresas aéreas frente aos erros cometidos pelos administradores do passado. As comparações de efetividade indicam simplesmente que, se uma empresa não está neste momento atingindo o máximo possível, os administradores procurarão fórmulas para melhorar a efetividade.

No primeiro enfoque, é crítico o fator tempo, assim como a efetiva realização das diferentes metas é resultado das ações adotadas no passado. Ademais, alguns dos impactos das ações atuais, como os programas para deixar o hábito de fumar, só serão percebidos depois de passado muito tempo. No segundo enfoque, o fator tempo é menos crítico porque a meta é indicar o que se poderia ter conseguido afinal das contribuições medidas e dar incentivos aos administradores para que ampliem seus critérios tanto atuais como de longo prazo.

Ambos os enfoques são tecnicamente viáveis. A escolha depende em parte da finalidade da análise do desempenho do setor da saúde. Se o que se quer é determinar se o Ministério da Saúde funcionou bem este ano, é apropriado o enfoque anterior. A informação ajudaria os

formuladores de políticas do ministério a se concentrarem nos métodos a curto prazo para melhorar a efetividade e o que já se fez nas áreas da sua competência direta. Por outro lado, se o objetivo é indicar o que se poderia ter obtido com uma utilização eficiente dos recursos disponíveis, tanto dentro como fora do sistema de saúde, e estimular os formuladores de políticas a pensar a longo prazo e mais descortinadamente sobre os serviços médicos pessoais, o último enfoque promove essa visão mais ampla.

5. No campo do desempenho

No Relatório sobre a Saúde Mundial 2000, o termo “desempenho” foi alternativamente usado com “eficiência”. Definiu-se como eficiência o grau em que o sistema de saúde efetiva a máxima contribuição exequível para as metas sociais definidas, dados os recursos (tanto do sistema de saúde como do que não é de saúde) utilizados. No uso geral, e sem dúvida em publicações de alto nível, o desempenho pode ser geralmente definido como uma gama de atividades em torno da utilização de provas para maximizar os resultados e a realização das metas. É importante, por isso, saber se a OMS deveria mudar sua terminologia e compatibilizá-la com o uso mais amplo. Isso significa definir a “avaliação do desempenho dos sistemas de saúde” como um conjunto de atividades que abranja o seguinte:

- Medição da realização das metas;
- Medição dos recursos do sistema de saúde e dos que não são de saúde utilizados para obter esses resultados;
- Cálculo da eficiência com que são utilizados os recursos para atingir esses resultados;
- Avaliação da forma pela qual as funções observadas dentro do sistema influem nos níveis da realização e da eficiência;
- A formulação e execução de políticas para melhorar a realização e a eficiência.

A melhoria do desempenho dos sistemas de saúde converter-se-ia num termo amplo, abrangendo todo o conjunto de atividades. Os termos “realização” e “eficiência” teriam definições precisas como componentes desse conjunto.

6. Ponderações universais

O Relatório sobre a Saúde Mundial 2000 combinou cinco indicadores de realizações num sistema de classificação composto por pontos. Segundo os melhores indícios disponíveis no momento, aqueles que responderam às pesquisas realizadas para esse fim deram pesos semelhantes a diferentes indicadores e não fizeram distinção substantiva entre diferentes grupos de entrevistados. Assim, o grau geral de realização foi calculado atribuindo-se 50% do total de pontos ao que se realizou em matéria de saúde, 25% ao grau de resposta do sistema e 25% à justeza do financiamento. A questão de saber se todos os países têm as mesmas preferências veio a se manifestar posteriormente. Para comprar a realização geral em todos os países é necessário um sistema de ponderação uniforme, mas a indagação sobre se as preferências variam em diferentes contextos é matéria que pode ser testada empiricamente.

Caso efetivamente se verificarem diferenças substantivas entre todos os países, existe a opção de utilizar dois tipos de sistemas de ponderação geral para a realização e a eficiência. Um tomaria a média observada em todos os países, e o outro utilizaria as diferentes ponderações do país. Isso permitiria uma avaliação do grau na qual a realização e os cálculos gerais de eficiência fossem sensíveis à variação das preferências do país. Poder-se-ia determinar se as preferências variam substancialmente entre os países, mediante uma série de pesquisas em domicílio, que estão sendo utilizadas este ano em vários países e que incluem perguntas sobre a importância das diferentes metas.

7. Metas socialmente desejáveis

O Relatório sobre a Saúde Mundial 2000 deu ensejo a considerável debate em torno da pertinência das três metas definidas: saúde, grau de resposta do sistema e financiamento justo. A Figura 1 mostra claramente que os níveis de saúde não são uma função só das atividades do sistema de saúde, a não ser que o sistema seja definido como capaz de abranger todas as ações destinadas a melhorar a saúde. Em termos de qualquer outra definição, a saúde é uma meta social para a qual contribui o sistema de saúde, mas sujeita também à influência de outros fatores.

Ninguém levantou dúvidas quanto ao fato de que o sistema existe principalmente para melhorar a saúde e de que esta é a meta definitiva. No Relatório sobre a Saúde Mundial 2000, a maioria dos comentaristas manifestou-se também de acordo quanto ao fato de que os sistemas de saúde devem contribuir para que sejam atingidas outras metas sociais além da melhoria da saúde. O conceito de “atenção” (*caring*), que é diferente do conceito de melhoria da saúde, freqüentemente ocorre nesse contexto. Essa é a idéia que a categoria “grau de resposta do sistema” procura captar ao definir as oito áreas seguintes: dignidade, autonomia, confidencialidade (estes três, juntos, compreendem o respeito à pessoa), atenção imediata, qualidade dos serviços básicos, acesso às redes de apoio social durante a atenção e escolha do provedor (incluindo a orientação de clientes). Já se sugeriu que esta definição não capta plenamente algumas das dimensões da “atenção”. Por exemplo, dois sistemas, embora sejam igualmente bem qualificados nas oito áreas, apresentam modelos de atenção muito diferentes – pode haver apenas um contato anual por pessoa com o sistema no primeiro, comparado com quatro no segundo. É possível argumentar que os dois sistemas são igualmente receptivos e, se não, como se deve incorporar a cobertura diferencial na definição? É possível que existam outras dimensões de “atenção”, que deveriam também estar incluídas na definição de receptividade. Far-se-á uma consulta técnica sobre a receptividade ou grau de resposta do sistema.

Até agora, a maioria daqueles que responderam à pesquisa sobre a matéria indicou que dá valor a certo grau de equidade na maneira de financiar o sistema. Expressam preferências pelos sistemas que não põem as pessoas em risco de catástrofe financeira devido à saúde debilitada e nos quais as contribuições financeiras são progressivas. Não obstante, certos comentaristas questionam se o indicador de justiça financeira usado no Relatório sobre a Saúde Mundial 2000 reflete as preocupações das pessoas pelas contribuições progressivas. A existência ou, noutras palavras, as preferências pelos sistemas economicamente justos constitui um tema que será preciso testar empiricamente, através das pesquisas em domicílio; e outras perguntas técnicas referentes à escolha de um indicador serão em breve o tema de uma consulta técnica.

Tem-se discutido também se o sistema de saúde contribui para diversas metas sociais além das esboçadas no Relatório sobre a Saúde Mundial 2000, inclusive o crescimento econômico e a promoção da participação comunitária. A sua inclusão como metas no esquema de avaliação do desempenho dos sistemas de saúde depende em parte de ser a contribuição que porventura lhe seja dada suficientemente significativa para justificar a monitorização de rotina do impacto do sistema nos resultados. Por exemplo, se o sistema de saúde efetiva apenas pequena mudança em sua taxa de crescimento econômico, não seria exequível ou necessário, como parte da avaliação periódica do desempenho dos sistemas de saúde, vigiar sua contribuição para esse crescimento. As conseqüências da avaliação rotineira do desempenho para os sistemas de informação sanitária são um tema importante, o qual é tratado noutra seção, mais adiante.

8. Implicações de política prática

A avaliação do desempenho dos sistemas de saúde não se faz como um fim em si mesmo. É importante somente na medida da contribuição que possam dar as provas requeridas para desenvolver políticas, estratégias ou programas melhores. Foram apresentadas diversas sugestões sobre como melhorar as conexões entre a parte de medição da avaliação do desempenho dos sistemas de saúde e o componente relacionado com o desenvolvimento de políticas para melhorar o desempenho. Isso requer o fortalecimento do trabalho relativo às funções do sistema: geração de recursos, financiamento, provisão e gestão. Atualmente, pouco se sabe acerca de como isso é feito nos países e não existem indicadores do desempenho da contribuição dada por cada função. Há geral acordo no sentido de que esta área requer mais trabalho e de que os formuladores de política necessitam de métodos de monitorização para ficar sabendo se estas funções estão sendo levadas a cabo apropriadamente e se uma mudança na forma pela qual se desenvolvem uma ou mais das funções melhoraria a realização e a eficiência. Este tema é tratado mais a fundo na próxima seção, mas já se planejaram consultas técnicas específicas sobre as funções de gestão e de financiamento.

Uma segunda linha desta discussão indica que, embora seja útil medir e monitorizar o desempenho geral do sistema, os formuladores de políticas precisarão também ter condições para identificar as contribuições dos diferentes componentes do sistema de saúde. Por exemplo, ter capacidade para separar a contribuição dos serviços pessoais das ações intersetoriais. Isso os ajudaria a decidir se os recursos devem ser transferidos dos recursos pessoais para a ação intersetorial ou de um tipo de serviço pessoal a outro. Uma maneira de proporcionar essa informação é fortalecer os vínculos entre a avaliação do desempenho dos serviços de saúde e a análise de efetividade em função dos custos, que está atualmente em curso na OMS. As conseqüências práticas da rotina da avaliação do desempenho dos sistemas de saúde serão examinadas a fundo na seção D.

C. EXTENSÃO DO ESQUEMA DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS SISTEMAS DE SAÚDE: DISPARIDADES E DESAFIOS

1. Introdução

Na última seção resumimos alguns dos debates recentes sobre o esquema e os métodos para a avaliação do desempenho dos sistemas de saúde. Nesta seção, este tema é tratado com maior profundidade, com algumas sugestões para o desenvolvimento adicional. Tal como na seção anterior, apresentam-se alguns temas críticos para discussão nesta consulta.

2. A necessidade de medir as funções e o progresso

Discutiu-se na seção B o âmbito da avaliação do desempenho, tendo-se sugerido que seria talvez melhor considerar uma ampla gama de atividades, em vez de equipará-la à efetividade. Isso permitirá que a avaliação do desempenho possa considerar se está havendo progresso rumo às metas específicas e se estão sendo levadas a cabo as atividades apropriadas para promover a realização destas metas. O valor disso seria identificar as áreas problemáticas que podem exigir atenção especial e melhores práticas que possam servir de modelo. Dessa forma, a avaliação do desempenho poderia ser também um instrumento para a regulação e a distribuição de recursos. A responsabilidade pelo desempenho estriba-se na obrigação e na vontade de ser avaliado com base em medidas apropriadas de ações e resultados com referência à realização dos propósitos do programa e das políticas. Noutras palavras, o conceito amplo de desempenho incluiria a capacidade de avaliar se estão sendo obtidos avanços rumo às metas específicas e se estão sendo levadas a cabo as atividades apropriadas para promover a realização dessas metas. Isso equivale a converter o enfoque de administração orientada para a obtenção de resultados num componente da avaliação do desempenho.

Há diferentes maneiras de pensar como se poderia organizar este trabalho e como definir os indicadores apropriados. Por exemplo, o Conselho Nacional de Pesquisas dos Estados Unidos¹ discutiu recentemente se a medição do desempenho inclui a seleção e o uso de medidas quantitativas das capacidades dos programas, processos e resultados de saúde para informar o público ou um organismo público designado sobre os aspectos críticos de determinado programa. Num relatório anterior,² o Conselho havia incluído capacidades, processos, fatores de risco e resultados de saúde. Sua lógica foi que, no nível de programa, alguns resultados de saúde de interesse primário, como as reduções da mortalidade e da morbidade, seriam talvez difíceis de medir rotineiramente. Ademais, transcorre entre uma intervenção e as mudanças nesses resultados certo lapso de tempo demasiado longo para fins de observação dos prazos relativamente curtos que se utilizam para monitorizar o desempenho dos programas. Foi por essa razão que eles sugeriram a inclusão de medidas de condição de

1 National Research Council. Health Performance Measurement in the Public Health Sector: Principles and Policies for Implementing an Information Network. E. B. Perrin, J. S. Burch, e S. M. Skillman, orgs. Washington D.C.: National Academy Press, 1999.

2 National Research Council. Assessment of Performance Measures for Public Health, Substance Abuse, and Mental Health. E. B. Perrin e J. J. Koshel, orgs. Panel on Partnerships Grants, Committee on National Statistics. Washington D.C.: National Academy Press, 1997.

risco como resultados intermediários. Descreve-se na Figura 2 uma possível maneira de discutir esse processo.

Na avaliação do desempenho, este enfoque pode ser comparado ao desenho de um “quadro de comando”, no qual se encontram diversos mostradores que permitem examinar diferentes dimensões do desempenho dos sistemas de saúde ao considerar a realização das metas intermediárias e as diferentes maneiras de operar das funções do sistema. No entender dos seus proponentes, essa informação complementa a já obtida na medição da contribuição do sistema com um pequeno conjunto de metas intrínsecas e um índice composto que resume esses resultados.

Figura 2. Possível esquema para a caracterização da avaliação do desempenho dos sistemas de saúde



A questão é saber se as categorias das capacidades, dos processos e dos riscos são apropriadas para avaliar o progresso, especialmente dos subcomponentes do sistema, e se assim for, como seriam selecionados os indicadores. Há diferentes maneiras de selecionar indicadores. Por exemplo, o Conselho Nacional de Pesquisas dos Estados Unidos sugere quatro critérios básicos, a saber:

- Medidas que apontam um objetivo específico e se orientam para os resultados;
- Medidas significativas e compreensíveis;
- Dados adequados para apoiar as medidas;
- Medidas válidas, fiáveis e adaptáveis.

Outra consideração importante podem ser as repercussões de qualquer conjunto de indicadores no sistema de informação em saúde dos Estados Membros, que são abordados na seção D.

3. Disponibilidade de recursos ou capacidade

Se for aceito o esquema anterior, os indicadores de recursos e sua distribuição, bem como as medidas de capacidades, constituiriam uma primeira dimensão da avaliação do desempenho. Já se argumentou que estas proporcionam informação que é crítica para

modificar as práticas de alocação de recursos e para avaliar a eficiência do sistema para organizar suas funções, atingir as metas intermediárias e, finalmente, chegar às metas intrínsecas socialmente desejáveis. A maneira de medir a capacidade de uma forma significativa e equivalente suscita desafios nos níveis teóricos e práticos.

4. Medição do desempenho das funções

A seção B destacou o debate sobre a necessidade de definir os indicadores de como se organizam os sistemas de saúde para levar a cabo uma série de funções que são interdependentes e também necessárias para atingir as metas. Essa dimensão representa um grande desafio no desenvolvimento de esquemas de avaliação do desempenho e de medições, dado que constitui uma área de rápida e constante evolução e redefinição. Essa dimensão tem tido até agora pouca operacionalização conceptual e metodológica, e está sujeita a diferentes interpretações estreitamente vinculadas à natureza do modelo macro-organizacional do sistema de saúde.

5. Administração

A reforma e os processos de descentralização do Estado levaram a uma redefinição das funções institucionais no sistema de saúde como prioridade nos Estados Membros, especialmente no que tange à função de gestão dos ministérios da saúde. As responsabilidades do Estado estão passando por mudanças significativas, face à crescente tendência para a separação das funções de financiamento, seguro e prestação de serviços. Essas mudanças exigem, entre outras coisas, uma capacidade maior para conduzir, regular e desempenhar as funções essenciais da saúde pública correspondentes à autoridade sanitária.

Isso torna maior a necessidade de reconfigurar e adaptar as responsabilidades e operações das autoridades sanitárias para fortalecer suas funções de gestão setorial, de tal forma que permita definir melhor suas áreas de intervenção,³ como a gestão do setor, a regulamentação, a implementação das funções essenciais de saúde pública, a modulação do financiamento, a vigilância dos seguros e a harmonização da prestação de serviços (Figura 3).

³ PAHO/WHO. Steering Role of the Ministries of Health in the Processes of Health Sector Reform: CD40/13. Washington D.C., setembro de 1997.

Figura 3: Dimensões da função gestora da autoridade sanitária

Nesta área, podem-se adotar diversas taxonomias as quais estarão sempre sujeitas a interpretações ou classificações. A amplitude das funções gestoras dos ministérios da saúde dependerá do grau de responsabilidade do setor público, do grau de descentralização e da divisão do trabalho na estrutura institucional de cada país. Essas responsabilidades – algumas antigas e outras novas – exigirão que os ministérios fortaleçam e, em muitos casos, reinstumentem suas operações, sua estrutura orgânica e o perfil profissional do seu pessoal administrativo. Nesse sentido, o desafio está em definir os indicadores do desempenho para avaliar o grau de progresso atingido pelo sistema.

As reformas do sistema de saúde têm pela frente o desafio de fortalecer a função gestora da autoridade sanitária, e uma parte importante desse papel é o exercício das funções que correspondem ao Estado nos níveis central, intermediário e local. Daí a importância crítica de aprimorar a prática em saúde pública bem como os instrumentos para avaliar situações e identificar áreas que requerem fortalecimento. Devido a isso, muita atenção se tem concentrado nas Américas na medição do desempenho das chamadas funções essenciais de saúde pública (FESP) como base para a melhoria da prática em saúde pública e para fortalecer a liderança da autoridade sanitária em todos os níveis do Estado.⁴

As FESP foram definidas como condições (capacidades) que permitem uma melhor prática de saúde pública. Foram também definidos os indicadores e as normas para cada FESP. Quando estão bem definidas, as funções incluem todas as capacidades necessárias para a boa

⁴ PAHO/WHO 42nd Directing Council. Essential Public Health Functions: CD42/15. Washington D.C., 25-29 setembro de 2000.

prática de saúde pública, e o bom funcionamento será uma indicação fiável do que se realizou em cada esfera de ação ou área de trabalho da saúde pública.

Para contribuir na orientação da discussão desta consulta, apresentamos as 11 FESP identificadas como essenciais para a prática da saúde pública nos países das Américas, as quais estão contidas no instrumento de medição do desempenho preparado pela OPAS/AMRO em colaboração com o Centro de Controle de Doenças (CDC) e do Centro Latino-Americano de Pesquisa de Sistemas de Saúde (CLAISS).

- 1) Monitorização e análise da situação de saúde;
- 2) Vigilância de saúde pública, pesquisa e controle dos riscos e danos em saúde pública;
- 3) Promoção da saúde;
- 4) Participação social e emancipação da cidadania em matéria de saúde;
- 5) Desenvolvimento de políticas, de planeamento e de capacidade de gestão para apoiar os esforços em saúde pública e a função gestora da autoridade sanitária nacional;
- 6) Regulamentação da saúde pública e sua observância;
- 7) Avaliação e promoção do acesso equitativo aos serviços de saúde necessários;
- 8) Desenvolvimento de recursos humanos e capacitação em saúde pública;
- 9) Controle de qualidade dos serviços de saúde pessoais, com base na população;
- 10) Pesquisa, desenvolvimento e execução de soluções inovadoras de saúde pública;
- 11) Redução do impacto de emergências e catástrofes na saúde.

Para definir instrumentos para medir o desempenho da função de administração e das FESP é preciso definir a função do desempenho a ser medido, os indicadores do desempenho e as normas, medidas e submedidas que servirão de verificadores. Todos os indicadores requerem validação, a fim de assegurar que meçam o que se supõe que deve ser medido, além das provas de fiabilidade e uniformidade.

Existe na bibliografia amplo debate sobre a escolha apropriada entre padrões aceitáveis e padrões ótimos. A definição de níveis aceitáveis é difícil e um tanto arbitrária. Discute-se, por exemplo, se o padrão deve-se relacionar com a realidade média dos países ou com a definição do mínimo necessário para exercer dada função. Deve-se utilizar o padrão como meta para as políticas, ainda que isso não seja viável a curto prazo? Estas perguntas são importantes para futuros trabalhos sobre a avaliação do desempenho.

A medição do grau de desempenho da função de administração e das FESP não só constitui um exercício metodológico interessante como deve conduzir a uma melhoria na prática de saúde pública, estabelecendo um bom padrão operativo e pontos de referência para

a contínua melhoria da qualidade. O processo promove também maior transparência na prática e nos serviços de saúde pública, embora confira maior clareza à geração de conhecimentos e de práticas de saúde pública com base nos indícios. Finalmente, a medição deve firmar as bases para melhorar e aumentar a consignação de recursos para as ações de saúde pública.

Se houver concordância em que, na identificação de variáveis-chaves que permitem a medição dos métodos que estão sendo utilizados, e em que elas deveriam passar a integrar o programa para o desenvolvimento maior das FESP, levantar-se-ão desafios semelhantes aos mencionados no parágrafo anterior para outras funções do sistema.

6. Metas instrumentais ou intermediárias

A maioria dos indicadores disponíveis sobre a realização das metas instrumentais está relacionada com o método no qual se desenvolve a função da prestação ou provisão de serviços de saúde pessoais ou não pessoais. Constituem elas as categorias de análise dos diferentes campos de ação do sistema de saúde, vinculadas mais diretamente com as práticas de gestão e os processos decisórios sob a responsabilidade dos administradores da atenção de saúde e dos funcionários de saúde pública no nível local, regional e nacional. Definir os indicadores do grau de adequação com que os administradores do sistema estão desenvolvendo suas relações intersetoriais representa um desafio se aceitarmos a definição ampla do sistema de saúde esboçada na seção B.

Com o passar dos anos, foram sugeridas inúmeras metas intermediárias, algumas das quais estão sendo atualmente implementadas em países como o Canadá, a Austrália, o Reino Unido e a Grã-Bretanha.^{5,6} Esses países incluíram:

- Acesso (se os pacientes obtêm os serviços de que necessitam no lugar e momento adequado);
- Efetividade (como funcionam os serviços e como afetam a saúde);
- Pertinência (se a prestação do serviço é relevante para as necessidades e se está baseada no padrão estabelecido);
- Continuidade (como se ajustam os serviços uns aos outros, abrangendo coordenação, integração e passagem de um a outro);
- Sustentabilidade (capacidade dos sistemas para proporcionar infra-estruturas, tais como força de trabalho, dependências e equipamento, bem como agir inovadoramente, e para responder às necessidades que possam surgir);

5 Hurst, J. e Jee-Hugues, M. Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems. Labour Market and Social Policy-Occasional Papers No.47. Paris: OECD, 2000.

6 Institute of Medicine. Envisioning the National Health Care Quality Report. M. P. Hurtado, E. K. Swift e J. P. Corrigan orgs. Committee on the National Quality Report on Health Care Delivery. Washington D.C.: National Academy Press, 2001.

- Eficiência (freqüentemente concebida como eficiência técnica, ou capacidade de obter melhores resultados ao mais baixo custo);
- Competência (prestadores dotados de conhecimentos e aptidões adequadas para a atenção que proporcionam);
- Aceitabilidade (grau de eficiência dos sistemas de saúde frente às expectativas da população).

Há muitos outros elementos. A dificuldade está em escolher um conjunto suficientemente pequeno para fazer uma monitorização rotineira, o qual poderia ser usado pelos formuladores de políticas para monitorizar seu desempenho sem perder de vista o panorama global. Parte desse processo exigiria uma revisão para determinar se os indicadores propostos se sobrepõem e se podem ser operacionalizados de forma significativa e válida. A OMS considerará alguns desses elementos ao desenvolver a iniciativa pertinente à avaliação da cobertura funcional em um grupo selecionado de intervenções em saúde. Isso capta muitas das dimensões anteriores e pode ser utilizado para detectar o grau em que o sistema de saúde desempenha as atividades críticas que têm impacto sobre as pessoas.

7. Valores sociais e metas sociais finais

Embora os debates sobre a definição das metas socialmente desejáveis e a consonância das medidas proporcionadas com os respectivos ambientes tenham sido examinados na seção B, voltaremos a explorar brevemente esses temas. É evidente que a seleção dos indicadores de desempenho não se faz num ambiente livre de juízos de valor, e cumpre reconhecer que as sociedades criam formas de organizar os sistemas de saúde segundo princípios orientadores e valores fundamentais compartilhados por seus cidadãos. A indagação significativa que se deve levar em conta em futuros trabalhos sobre FEST é verificar se existem outros valores que não tenham sido adequadamente considerados no esquema atual, e como deverão ser eles incorporados. A solidariedade, a “atenção” (*caring*), a universalidade e a preservação de um meio ambiente sadio são freqüentemente mencionados como aspectos deixados de lado. A questão de saber se tais conceitos são considerados como metas sociais finais, componentes de metas finais ou metas instrumentais tem recebido enorme atenção, razão pela qual se tratará dessa questão bem como de outras nesta consulta.

8. Repercussões práticas da evolução futura

Aprofundar a análise do desenvolvimento das FESP e seu esquema segundo as linhas sugeridas nesta seção irá exigir considerável colaboração entre a OMS e seus Estados Membros. Alguns dos maiores desafios estão relacionados com a escolha de variáveis, medidas e indicadores de capacidade, bem como das funções e do progresso na busca das metas sociais máximas para as quais deve contribuir o sistema. Esta é uma agenda de médio e longo prazo no trabalho da OMS e nos esforços dos países membros para melhorar o desenvolvimento dos sistemas de saúde para contribuir para a realização da meta de saúde para todos.

D. VINCULAÇÃO DA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS SISTEMAS DE SAÚDE COM A ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS E A TOMADA DE DECISÕES ADMINISTRATIVAS

1. Introdução

A avaliação rotineira do desempenho dos sistemas de saúde exigiria que os governos nacionais monitorizassem e avaliassem o realizado por seus sistemas de saúde, diagnosticassem os fatores determinantes do desempenho observado baseando-se nos grupos funcionais e identificassem as políticas e estratégias para melhorar o desempenho. Exigirá também que a OMS aumente sua capacidade de proporcionar apoio técnico nessas áreas. Desde a publicação do Relatório sobre a Saúde Mundial 2000, vêm sendo feitas numerosas indagações sobre as implicações das FESP com relação ao trabalho dos ministérios da saúde e da OMS. Tratamos adiante de alguns desses aspectos.

2. Indicadores do desempenho das funções do sistema

O esquema e os instrumentos atuais das FESP ajudam os administradores a medir o desempenho dos sistemas e lhes permite compará-lo com os de outros países. A melhoria do desempenho requer a tomada de medidas nas quatro funções centrais: administração, financiamento, provisão e geração de recursos. Atualmente, porém, não existem instrumentos para medir o desempenho de cada função face ao conjunto das metas instrumentais acordadas. Isso foi examinado detalhadamente na seção anterior e é útil para a elaboração de um pequeno conjunto de indicadores que mediarão entre a prestação dos serviços e a realização das metas. Esses indicadores devem ser adaptáveis às mudanças de políticas e decisões administrativas de curto prazo. Neste contexto, foi discutida a cobertura efetiva nas duas seções anteriores.

Para se implementar esse aspecto, será preciso decidir se deve ser incluído um conjunto moderado de outros indicadores instrumentais, e como deveriam ser definidos e medidos continuamente. Isso não é pouca coisa. Como já se indicou, os conceitos de efetividade, qualidade, acesso, utilização e conveniência são todos importantes quando se está considerando de que maneira medir a cobertura ou o acesso. O passo final para os administradores é interpretar esses indicadores instrumentais e impor as medidas corretivas apropriadas. Por exemplo, uma cobertura deficiente pode estar relacionada com um desempenho deficiente por parte dos provedores de assistência em saúde, aspecto que é afetado por diversos fatores: escalas salariais, qualidade do ensino e supervisão. As ações administrativas variarão segundo o nível de responsabilidade na tomada de decisões (é possível que as escalas salariais sejam determinadas no nível central, ao passo que a supervisão é determinada no nível institucional).

3. Conseqüências para os sistemas de informação sanitária

Tanto no âmbito nacional como no subnacional, os sistemas de informação em saúde não têm hoje em dia a infra-estrutura necessária para assumir a totalidade das FESP, nem conta ainda a OMS com suficiente capacidade para proporcionar apoio técnico. A modificação dos sistemas de informação sanitária exigirá considerável discussão com os especialistas dos Estados Membros para determinar o conjunto mínimo de indicadores (intrínsecos e

instrumentais) que devem ser rotineiramente monitorizados, e é provável que isso venha a ser feito conjuntamente com a realização de pesquisas periódicas.

A escolha de indicadores é um assunto crítico. A existência de milhares de indicadores de desempenho para medir a qualidade da atenção, como ocorre hoje, impõe enormes pressões aos sistemas de informação sanitária de todos os Estados Membros, e especialmente aos mais pobres. Apresenta também dificuldades aos administradores, que teriam de discernir entre uma enorme quantidade de dados. É preciso encontrar um equilíbrio entre a cobertura de todos os fatores possíveis que poderiam influir nos resultados, na capacidade do sistema para produzir informações oportunas e na capacidade dos administradores para digerir as informações.

4. Compromissos com a sociedade civil

Aceitando os formuladores da política de saúde a função ampla de administradores da saúde da população, será necessária maior interação com financiadores e provedores da atenção, fora do setor público. O objetivo da avaliação do desempenho dos sistemas de saúde é a avaliação das contribuições de todas as partes do sistema de saúde e o desenvolvimento de meios de melhorar o funcionamento do setor privado, por exemplo, onde este mostra estar funcionando abaixo do nível esperado. Sugeriu-se, por isso mesmo, que os governos mantenham contínuo diálogo sobre as políticas com o público, os interessados privados que visam o lucro e os sem propósitos lucrativos, bem como com seus colaboradores intersetoriais.

5. O apoio técnico da OMS aos países

A OMS deve fortalecer também sua própria capacidade de dar apoio técnico às FESP. Noutras palavras, a Organização deve voltar seu foco para a realização de discussões contínuas com os Estados Membros. As mais recentes sugestões incluem:

- a) Consultar e examinar a metodologia da avaliação do desempenho dos sistemas de saúde com os países e seus próprios peritos.
- b) Ajudar os países, instando-os a desenvolver capacidade para as seguintes ações:
 - Participar ativamente no diálogo sobre políticas nacionais de saúde;
 - Avaliar as funções centrais;
 - Levar a cabo a medição e a análise subnacional; para isso seria necessário um exame da conveniência dos sistemas de informação sanitária para as FESP;
 - Desenvolver respostas de política apropriadas.