

1. INTRODUÇÃO

Avaliações que tomam como objeto de estudo o sistema de saúde vem sendo desenvolvidas em vários níveis de governo e em diversos países, gerando informações que podem ser úteis aos processos de tomada de decisão no plano político, gerencial e assistencial (ENGLAND, 2009, 2008, 2003, 2001, 1999; CIHI, 2009, 2005, 2003; FINLAND/ECHIM, 2008; KRUK&FREEDMAN, 2008; WHO, 2008, 2003, 2001, 2000; VIEIRA-DA-SILVA *et al*, 2007; BRASIL, 2007; BRASIL/CONASS, 2007; PAIM&VIEIRA-DA-SILVA, 2006; GARCIA-ATLÉS *et al*, 2006; OECD, 2006, 2002, 2001; ARAH *et al*, 2006, 2003; FELISBERTO, 2006; VIEIRA-DA-SILVA, 2005, 1999; MEDINA *et al*, 2005; VIACAVA *et al*, 2004; NHPC, 2004; VIANA *et al*, 2002; PAHO, 2001).

A definição de sistema de saúde tem sido alvo de debate e varia de acordo com o referencial teórico adotado pelos autores (KLECZKOWSKI *et al*, 1984; ROEMER&ROEMER, 1990, ROEMER, 1991; WHO, 2000, 2008; OECD, 2006; ARAH *et al*, 2006; BRASIL, 2007; LOBATO&GIOVANELLA, 2008). Em algumas dessas definições está presente a noção de conjunto articulado de ações e serviços, e de relações políticas, econômicas e intra/inter institucionais que teriam como objetivo final a melhoria da saúde de uma determinada população. Entretanto, como essas estruturas são construídas historicamente e resultam das lutas e composição das forças sociais de uma sociedade em cada período histórico (PAIM, 2002; 2006), sua organização e funcionamento, [como também sua avaliação] estão condicionadas pela estrutura social local, essas fortemente influenciadas pelas relações internacionais (PAIM&VIEIRA-DA-SILVA, 2006) e dependentes da definição do papel do Estado para com a saúde dos cidadãos, da força/poder dos movimentos sociais e da percepção de saúde prevalente na sociedade (VIACAVA *et al*, 2004; LOBATO&GIOVANELLA, 2008). Dessa forma, usaremos no presente estudo a noção de Sistema de Saúde como correspondente a redes de serviços e instituições com conexões mais ou menos institucionalizadas que respondem a interesses diversificados e historicamente produzidos.

Ainda que qualquer sistema de saúde tenha formalmente como objetivo último a melhoria das condições de saúde da população de determinado território, o modelo de proteção social estabelecido pela sociedade condicionará a sua organização e funcionamento, resultando da relação entre estado, mercado e sociedade o tipo de sistema e a abrangência da responsabilidade do Estado para com a manutenção da saúde da população (FLEURY&OUVERNEY, 2008). Nos sistemas públicos e universais, a saúde é reconhecida como um direito social, direito de cidadania, onde cabe ao Estado garantir atenção gratuita e integral a todos os cidadãos, com financiamento público através de impostos e contribuições sociais (LOBATO&GIOVANELLA, 2008; VAN DER ZEE&KRONEMAN, 2007), ideais presentes desde o Relatório Beveridge publicado em 1942.

Nesta direção, nas avaliações de sistemas públicos e universais de saúde existem aspectos éticos, políticos e técnico-institucionais específicos a serem considerados como focos no processo de investigação, portanto podendo requerer abordagens metodológicas diferentes daqueles centrados na lógica do mercado. Segundo NASCIMENTO (2008) nesses últimos estariam sendo privilegiados atributos relacionados à eficiência e a efetividade, ao passo que nos sistemas públicos e universais seriam o acesso, a cobertura e a equidade. RODELLA *et al* (2002), ao investigar os indicadores utilizados para avaliação de alguns sistemas assentados no modelo Beveridge – Canadá e Austrália - e no modelo americano, do tipo *market model*, encontrou diferenças significativas entre eles, onde no primeiro as medidas de avaliação estão direcionadas a guiar e orientar as ações e no segundo ao controle dos serviços de saúde. São afirmações contestáveis, posto que esses atributos podem ser priorizados em qualquer avaliação de sistema de saúde independente do tipo de sistema implantado, ao passo que o controle dos serviços também é importante na regulação dos sistemas públicos de saúde.

Conforme KRUK&FREEDMAN (2008), os sistemas de saúde, desde a década de 80, vêm tendo um crescente interesse acadêmico e político, posto que são vistos pelos governos e organizações internacionais como essenciais para o alcance e a sustentabilidade da saúde. GARCIA-ATLÉS *et al* (2006), dentre outros, ressalta que recentemente, após a publicação do *World Health Report*, no ano de 2000 (WHO, 2000) tem havido maior interesse com as medidas de desempenho dos sistemas de

saúde, no objetivo de implementar a responsabilização dos gestores no atendimento às necessidades da população. Para a OECD (2006, p 9-10) e ARAH *et al* (2006 p 5), as razões para o aumento do interesse na avaliação dos sistemas de saúde residem no aumento dos custos e da complexidade da assistência, no envelhecimento da população, má qualidade e variações na prática assistencial, erros médicos, ausência de prestação de contas/responsabilização quanto à saúde da população, e a permanência de desigualdades/iniqüidades na situação de saúde. Também sinalizam para a pouca avaliação do gasto em saúde, destacando que nem sempre as nações que mais gastam com a atenção à saúde são aquelas que obtêm os melhores resultados. Além disso, reconhecem que a melhoria dos sistemas de saúde estão condicionadas a iniciativas que extrapolam o limite dos serviços de saúde.

A publicação do *World Health Report* no ano de 2000 foi um marco internacional importante na avaliação de sistemas de saúde. Diversas críticas oriundas da comunidade científica foram feitas à metodologia utilizada pela Organização Mundial de Saúde, ampliando o interesse pela elaboração de novas propostas metodológicas para avaliação de sistemas de saúde e gerando um debate internacional sobre as abordagens de avaliação de sistemas de saúde (PAHO, 2001; OECD, 2001, 2002; MURRAY&EVANS, 2003), debate esse que permanece na atualidade, inclusive no interior da própria OMS (WHO, 2008).

Transcorridos 22 anos da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), uma conquista histórica da sociedade brasileira, muitos são os avanços e muitos também são os desafios para a sua concretização enquanto política de Estado que se organiza pelos princípios e diretrizes da universalidade do acesso, integralidade e equidade da atenção, descentralização do cuidado e da gestão e participação da sociedade nas decisões sobre a organização e funcionamento do sistema, conforme ressaltado nas análises de MENICUCCI (2009), CONH (2009), LOBATO (2009), CEBES (2009), PAIM (2008), FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA (2006). Sua avaliação, dado às suas características constitucionais e organizacionais, requererá uma abordagem que contemple e articule o particular e o geral, as partes e o todo, o local e o nacional, ou seja, que some os resultados das ações e dos serviços desenvolvidos nos níveis estaduais e municipais e que, ao

mesmo tempo mantenha suas especificidades quando da realização de avaliações nesses níveis de gestão.

Existem muitas iniciativas brasileiras referentes à avaliação em saúde como pôde ser percebido durante as buscas na literatura especializada e já anteriormente identificado por NASCIMENTO (2008), PAIM&VIEIRA-DA-SILVA (2006), PAIM&TEIXEIRA (2006), VIACAVA *et al* (2004), porém poucos trabalhos foram encontrados referentes a avaliação de sistemas de saúde, podendo ser citados: BRASIL/CONASS (2007), VIACAVA *et al* (2004), VIANA *et al* (2002), VIEIRA-DA-SILVA (1999 e 2007). Estas últimas ou avaliaram sistemas municipais ou se constituem em propostas para avaliação do SUS ainda não implementadas. Por outro lado, encontramos diversas publicações que tratam da avaliação de sistemas de saúde produzidas em outros países.

A existência de diversas experiências em curso sobre a avaliação de sistemas de saúde no âmbito internacional, juntamente com a escassez de estudos nacionais a esse respeito, ao lado da necessidade que o SUS tem de incorporar a avaliação sistêmica como componente da gestão, suscitou a oportunidade de sistematizar as abordagens metodológicas dessas totalidades complexas para responder à seguinte questão: como está sendo realizada a avaliação dos sistemas de saúde públicos e universais de atenção à saúde?

A sistematização das abordagens metodológicas poderá ser relevante para subsidiar a elaboração de proposições para o SUS, ao tempo em que evidenciando o conhecimento acumulado sobre o tema, contribui com a sua ampliação. Ao identificar, caracterizar, analisar, comparar e sintetizar as metodologias selecionadas, o estudo também atende a uma demanda do SUS na Bahia, uma vez que pode auxiliar o aperfeiçoamento ou a implantação da avaliação no interior das instituições de gestão estadual, regionais ou municipais.

Estudos anteriores de revisão sistemática analisaram os métodos de avaliação de sistemas de saúde, independente do tipo de sistema implantado, dentre eles: ARAH *et al* (2003), GARCÍA-ATLÉS *et al* (2006), VIACAVA *et al* (2004), NASCIMENTO (2008) e KRUK&FREEDMAN (2008), porém não houve explicitação de alguns

aspectos que foram tomadas como critérios de análise nesta pesquisa, tampouco houve o recorte nos sistemas de saúde públicos e universais.

2. METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão sistemática de artigos e documentos que propõem estratégias metodológicas para avaliação de sistemas de saúde, em países que implantaram sistemas públicos e universais de atenção à saúde.

Para a identificação dos países com sistemas de saúde universais consolidados, foram considerados os estudos que classificaram os sistemas segundo o padrão Beveridge (LOBATO&GIOVANELLA, 2008; VAN DER ZEE&KRONEMAN, 2007; BISOTO JÚNIOR *et al*, 2006), sendo eles: Dinamarca, Espanha, Finlândia, Grécia, Inglaterra, Irlanda, Itália, Noruega, Portugal, Suécia (continente europeu), Brasil, Canadá, Costa Rica, Cuba (continente americano), Austrália, Nova Zelândia (continente oceania).

Depois de selecionados os países procederam-se a busca nos sites dos respectivos governos nacionais e nas bases Scielo e Web of Science com vistas a localizar artigos científicos, documentos governamentais e outras publicações sobre a avaliação desses sistemas de saúde. A busca nas bases eletrônicas indexadas utilizou os descritores avaliação, desempenho e qualidade de sistemas de saúde, nos idiomas português, espanhol e inglês, para todo o período disponível nas bases utilizadas. Aos descritores mencionados foram combinados os seguintes termos: framework, indicadores, modelo, método, metodologia, política de saúde, gestão, reforma. O nome de cada país foi adicionado ao final dos descritores.

As experiências da *Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)* e *European Union (EU)* foram localizadas por meio das referências de alguns dos estudos selecionados. Nos sites dessas organizações internacionais foram localizados os métodos em curso para avaliação dos sistemas de saúde dos países-membros (<http://www.oecd.org>; <http://europa.eu>). Alguns estudos fazem referência ao método da Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborado em 2000, entretanto esse não foi incluído posto que, sujeito a diversas críticas internacionais, não foi encontrado evidência da continuidade da sua aplicação do modo como inicialmente elaborado. No site da OMS (<http://www.who.int/whr/en/index.html>) há

referência do apoio dessa organização para avaliar os sistemas de saúde do estado americano da Geórgia, de Portugal, da Armênia e da Estônia, todas realizadas no ano de 2009, porém somente foi publicada a avaliação do sistema da Geórgia, que, não caracterizado como sistema público e universal, não correspondeu ao recorte desse estudo.

Tomou-se como critério de inclusão a explicitação da metodologia utilizada para avaliar o sistema de saúde, no âmbito nacional ou estadual, e que tenha sido desenvolvida no intuito de constituir-se como componente da gestão cotidiana da totalidade do sistema. Não foram incluídos na pesquisa diversos estudos pontuais que analisam e comparam aspectos/componentes do sistema ou de determinados indicadores de saúde, bem como avaliações sobre políticas e programas específicos de atenção à saúde.

Dentre os 16 países selecionados foram localizados artigos científicos e documentos institucionais sobre o método de avaliação do sistema de saúde em seis deles: Austrália, Brasil, Canadá, Dinamarca, Espanha e Inglaterra. Importa destacar que as publicações sobre a metodologia da Dinamarca dizem respeito a avaliação da qualidade do cuidado de saúde, porém por tratar-se de uma estratégia de avaliação que compreende a totalidade dos serviços no território nacional e que possui características metodológicas importantes para análise, essa abordagem foi incluída no estudo.

Também foram localizados documentos governamentais da Nova Zelândia que orientam as municipalidades sobre o planejamento e a avaliação de ações setoriais, mas por não ter sido encontrado a explicitação da metodologia para avaliar o sistema de saúde, essas publicações não foram incluídas. A não localização de publicações disponíveis na Internet referentes aos demais países não deve ser tomado como ausência de método para avaliar os sistemas de saúde¹ (Quadro 1).

¹ Não foram localizados artigos científicos ou documentos institucionais sobre a metodologia de avaliação dos sistemas de saúde dos seguintes países selecionados: Finlândia, Grécia, Irlanda, Itália, Noruega, Portugal, Suécia, Cuba, Costa Rica.

Quadro 1 – Publicações (artigos científicos ou documentos institucionais) sobre métodos de avaliação de sistemas de saúde, segundo país e continente.

Continente	País selecionado	Publicações localizadas
Europa	Dinamarca	<p>DET NATIONALE INDIKATORPROJEKT (DNIP). Danish National Board of Health. The Danish National Indicator Project (sem data). Disponível em: <http://www.nip.dk>. Acesso em: 16 jan. 2010.</p> <p>MAINZ, JAN. The National Indicator Project. Health Policy Monitor, Oct., 2008. Disponível em: <http://www.hpm.org/survey/dk/a12/3>. Acesso em: 16 jan. 2010.</p> <p>MAINZ, J; KROG, B.R.; BJØRNSHAVE; B; BARTELS, P. Nationwide continuous quality improvement using clinical indicators: the Danish National Indicator Project. International Journal for Quality in Health Care, v.16, suppl. 1, p. i45–i50, 2004.</p>
	Espanha	<p>ESPAÑA. Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicadores Claves del Sistema Nacional de Salud. 2007. Disponível em: <www.msps.es>. Acesso em: 10 jan. 2010.</p> <p>ESPAÑA. Ministerio de Sanidad y Política Social. Informes, Estudios e Investigación 2009. Informe anual del Sistema Nacional de Salud. 2009. Disponível em <http://www.msps.es>. Acesso em 10 jan. 2010.</p> <p>ESPAÑA. Ministerio de Sanidad y Política Social. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. 2007. Disponível em: <http://www.msps.es>. Acesso em: 10 jan. 2010.</p>
	Inglaterra	<p>ENGLAND. National Health Service. The NHS performance assessment framework. 1999. Disponível em: <http://www.dh.gov.uk/publications>. Acesso em: 11 dez. 2009.</p>
		<p>ENGLAND. National Health Service. Department of Health . NHS performance indicators: a consultation. London: Department of Health, 2001. Disponível em: <http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4076775.pdf >. Acesso em: 11 dez. 2009.</p>
<p>ENGLAND. National Health Service. Department of Health. NHS performance indicators: national figures, february, 2002. London: National Health Service; 2003. Disponível em: <http://www.performance.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators/hlpi2002/NationalDocument.pdf>. Acesso em: 11 dez. 2009.</p> <p>ENGLAND. National Health Service. Department of Health . Tackling Health Inequalities: status report on the programme for action, health inequalities unit, HID 2005. Disponível em: <http://www.dh.gov.uk/dr_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4117698.pdf >. Acesso em: 23 fev. 2010.</p> <p>ENGLAND. National Health Service. Department of Health. The NHS performance framework: Implementation Guidance, NHS finance, performance & operations directorate, April, 2009. Disponível em: <http://www.dh.gov.uk/publications>. Acesso em: 19 dez. 2009.</p>		
América do Norte	Canadá	<p>CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION (CIHI). Report from the Third Health Indicators Consensus Conference 2009. Ottawa, Ont., 2009. Disponível em: <http://www.icis.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_2610_E&cw_topic=2610&cw_rel=AR_3210_E >. Acesso em: 14 dez. 2009.</p> <p>CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION (CIHI). The health indicators project: the next 5 years, report from the Second Consensus Conference on Population Health Indicators 2005. Ottawa, Ont.: CIHI, 2005. Disponível em: <http://www.icis.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=GR_1326_E>. Acesso em: 14 dez. 2009</p> <p>CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION (CIHI). Health indicators. Ottawa, Ont., 2003. Catalogue, n. 82-221-XIE, n.2, 2003. Disponível em: <http://www.icis.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=indicators >. Acesso em: 08 dez. 2009.</p>

Continente	País selecionado	Publicações localizadas
América do Sul	Brasil	BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde. Política nacional de avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde . Brasília, jan., 2007. Disponível em: < http://www.saude.gov.br >. Acesso em: 05 nov. 2009.
		BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Organização Panamericana de Saúde. Para entender a auto-avaliação das funções essenciais de saúde pública na gestão estadual do SUS : documento de trabalho. [Brasília], jun., 2008.
		BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais . Brasília: CONASS, 2007.
		BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 399/2006 . Brasília, 22 de fevereiro de 2006. Disponível em: < http://www.saude.gov.br >. Acesso em: 16 fev. 2010.
		BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2669/2009 . Brasília, 03 de novembro de 2009. Disponível em: < http://www.saude.gov.br > Acesso em: 12 fev. 2010.
		BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. Orientações acerca dos indicadores de monitoramento avaliação do pacto pela saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o biênio 2010 – 2011 . Brasília, 20 nov., 2009. Disponível em: < http://www.saude.gov.br >. Acesso em: 12 fev. 2010.
		VIACAVA, F.; ALMEIDA, C.; CAETANO, R.; FAUSTO, M.; MACINKO, J.; MARTINS, M.; NORONHA, J. C.; NOVAES, H. M. D.; OLIVEIRA, E. S.; PORTO, S. M.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; SZWARCOWALD, C. L. Uma metodologia de avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro. Ciência e Saúde Coletiva , v. 9, n.3, p.711-724, 2004.
Oceania	Austrália	NATIONAL HEALTH PERFORMANCE COMMITTEE 2004 (NHPC). National report on health sector performance indicators 2003 . Canberra: Australian Institute of Health and Welfare. (AIHW cat. no. HWI 78.) Disponível em: < http://www.aihw.gov.au/publications >. Acesso em: 01 fev. 2010.
		NATIONAL HEALTH PERFORMANCE COMMITTEE 2008 (NHPC). Australian's Health 2008 . Canberra: Australian Institute of Health and Welfare. Disponível em: < http://www.aihw.gov.au/publications >. Acesso em: 01 fev. 2010.
	Nova Zelândia	NEW ZEALAND. Ministry of Health. Health funding authority performance report 2000/2001, quarter qne 2000/2001 . Wellington, New Zealand. 2000. Disponível em: < http://www.moh.govt.nz >. Acesso em: 28 jan. 2010.
NEW ZEALAND. Ministry of Health. District Health Boards New Zealand. Service planning and new health intervention assessment : framework for collaborative decision-making. Wellington, 2006. Disponível em: < http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/8336/\$File/spnia-frameworkjan2006.pdf >. Acesso em: 28 jan. 2010.		
		E THEKWINI MUNICIPALITY. Performance Management System Framework. Organisational Performance . June 2008. Disponível em: http://www.durban.gov.za/durban/government/munadmin/pmu/organisation/of/Organisational Performance , Acesso em: 29 jan. 2010.

Ao todo foram sistematizadas 36 publicações sobre dez abordagens metodológicas para avaliação de sistemas de saúde. Dentre as publicações analisadas, sete estão publicadas em periódicos nacionais ou internacionais, 19 em sites dos governos nacionais, cinco no site da *Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)* e dois no da *European Union (EU)*.

Para análise das abordagens metodológicas foram selecionados os seguintes critérios: a) referencial teórico e conceitos utilizados; b) processo de construção da abordagem metodológica e perspectiva da avaliação; c) níveis gerenciais e dimensões do sistema; d) atributos, critérios, indicadores e/ou medidas de síntese utilizados; e) retro-alimentação (feedback)/usos dos resultados da avaliação. As definições operacionais desses critérios são apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2 – Definições operacionais de critérios selecionados para a síntese das abordagens metodológicas revisadas, referentes à avaliação de sistemas universais de atenção à saúde.

CRITÉRIOS	DEFINIÇÃO
Referencial teórico	Concepções teóricas que orientam a avaliação.
Conceitos utilizados	Conceitos, noções e termos referentes ao objeto e aos atributos da avaliação.
Processo de elaboração do método e perspectiva da avaliação	Movimentos realizados para a elaboração do método e os agentes envolvidos. Perspectiva externa: a avaliação é elaborada e realizada por agentes (consultores) externos à instituição; Interna ou auto-avaliação: a avaliação é elaborada e realizada pelos profissionais da instituição; Mista: a avaliação é elaborada e realizada com a participação de consultores externos e de profissionais da instituição avaliada.
Níveis	Esfera governamental / nível de gestão do sistema de saúde no qual incide a avaliação.
Dimensões	Componentes do sistema de saúde que conformam o objeto da avaliação.
Atributos	Características do sistema de saúde que foram objeto da avaliação (Vieira-da-Silva, 2005).
Crítérios	Aspecto ou componente da estrutura, processo ou resultado utilizado na avaliação (Donabedian, 1986).
Indicadores e/ou medidas de síntese	Razão entre variáveis ou critérios capaz de guardar relação com aquilo que se deseja medir (Donabedian, 1986).
Retro-alimentação	Periodicidade da avaliação, formas e meios de divulgação e utilização dos resultados no interior do SS.

3. REFERENCIAIS TEÓRICOS DOS MÉTODOS ANALISADOS

Dos métodos analisados, seis utilizam como referencial teórico o modelo do campo da saúde: Austrália (NHPC, 2004), Canadá (CIHI, 2009), Brasil/Política Nacional de Avaliação de Desempenho do SUS (BRASIL, 2007; VIACAVA *et al*, 2004), Espanha (ESPAÑA, 2007; 2009), OECD (ARAH *et al*, 2006; OECD, 2006) e União Européia (FINLAND/ECHIM, 2005). Nesses, à exceção da Espanha, nota-se a incorporação, em algum grau, dos estudos sobre a determinação social da saúde, seja devido a presença do componente equidade do sistema de saúde como dimensão da avaliação (Canadá, Brasil, OECD), seja pela presença de fatores socioeconômicos e condições de vida e trabalho como subdimensões (Austrália, Canadá, União Européia), seja pela estratificação de alguns indicadores segundo classes sociais (Austrália, Canadá, OECD e União Européia) e etnia (Austrália).

O referencial teórico que orienta o método de avaliação do sistema de saúde inglês não está explícito nos documentos analisados, entretanto, nas dimensões “melhoria da saúde” e “acesso eqüitativo” constantes no modelo teórico da avaliação (*NHS Performance Assessment Framework*) está implícito o reconhecimento dos fatores sociais e ambientais, do comportamento individual e dos serviços prestados pelo sistema como determinantes da saúde da população (ENGLAND, 1999), o que sugere tanto a utilização do modelo do campo da saúde, quanto o dos determinantes sociais da saúde-doença. Também se confirma essa orientação teórica na apresentação de indicadores sobre o estado de saúde da população, onde análises são feitas segundo os níveis de renda e ocupação da população (ENGLAND, 2005).

Na metodologia de avaliação da qualidade do sistema de saúde dinamarquês (DNIP, s/d; MAINZ *et al*, 2004) percebe-se a utilização do referencial sistêmico, embora não explicitado, assim como na metodologia de avaliação das funções essenciais de saúde pública - FESP – desenvolvida no Brasil (BRASIL/CONASS, 2007). No primeiro o referencial sistêmico é mais evidente, posto que os indicadores e padrões estejam relacionados às dimensões da estrutura, processo e resultado (DNIP s/d; MAINZ *et al*, 2004).

No método FESP, os indicadores construídos são usados para avaliar a infraestrutura, os processos-chave, os resultados, a capacidade institucional e o desenvolvimento de capacidade descentralizada no desempenho das funções essenciais, sugerindo que o referencial teórico que subjaze a metodologia é o sistêmico, ou seja, um conjunto de elementos em interação (recursos/insumos e processos) que produzem determinados resultados/efeitos (BRASIL/CONASS, 2007). Nota-se também preocupação com a equidade do acesso aos serviços de saúde quando estabelece indicadores relacionados à responsabilidade do sistema estadual de saúde em melhorar as políticas de acesso dirigidas aos setores e aos grupos em desvantagem social como, por exemplo, populações indígenas e população presidiária. (BRASIL/CONASS, 2007 p 6).

Quanto ao monitoramento dos indicadores do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2009a), aqui considerado como a metodologia atual de avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS), não há explicitação do seu referencial teórico nos documentos analisados.

Utilizar como questões e indicadores de avaliação os fatores externos aos serviços de saúde que influenciam a saúde da população significa reconhecer a multicausalidade do processo saúde-doença, mas não necessariamente sua determinação social. No modelo do campo da saúde (LALONDE, 1974), esses fatores dizem respeito ao estilo de vida dos indivíduos e ao ambiente físico e social onde vivem, enquanto que no modelo dos determinantes sociais da saúde proposto por *Dahlgren* e *Whitehead* em 1991 são considerados: estilo de vida, redes sociais e comunitárias, condições de vida e de trabalho, e condições sócio-econômicas, culturais e ambientais gerais (CNDSS, 2008).

Outro indicativo é a presença da equidade como dimensão da avaliação, o que implica na inclusão e cálculo de indicadores que possam estimá-la. No caso da incorporação dos determinantes sociais da saúde na abordagem da avaliação, espera-se que indicadores referentes ao estado de saúde da população sejam desagregados segundo classes sociais, grupos ocupacionais ou segundo renda, ou nível de escolaridade buscando identificar iniquidades em saúde, ou seja, diferenças de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são

também evitáveis, injustas e desnecessárias (WHITEHEAD, 1992 *apud* BUSS&PELLEGRINI FILHO, 2007). Ademais, a equidade em saúde significa a priorização dos grupos excluídos socialmente e a redução das diferenças evitáveis ou injustas no que diz respeito a oferta e acesso aos serviços de saúde entre grupos com distintos níveis sócio-econômicos, o que implica na disponibilização de recursos adequados de saúde conforme a necessidade da população (WHO, 2007). Como conseqüência, a incorporação da equidade entre os indicadores para avaliação de um sistema de saúde é indicativo implícito da existência do reconhecimento da determinação social da saúde.

4. CONCEITOS APRESENTADOS NOS MÉTODOS ANALISADOS

Nos documentos e propostas analisadas foram buscados conceitos referentes ao objeto e aos atributos da avaliação, a fim de compreender o sentido dado às características eleitas como dimensões e atributos da avaliação.

Os conceitos de sistema de saúde, avaliação/monitoramento, desempenho/performance e de qualidade dos sistemas foram tomados como centrais para o entendimento do objeto da avaliação, enquanto que a busca pela definição das dimensões e dos atributos presentes nos métodos pesquisados serviu para o entendimento do recorte realizado. No anexo A são descritos os conceitos encontrados nas publicações estudadas, inclusive alguns que *a priori* não buscados são importantes para esclarecer aspectos das práticas avaliativas analisadas.

4.1. Os conceitos de sistema de saúde

Viacava *et al* (2004) ao realizar uma revisão dos conceitos de sistema de saúde na literatura especializada, sinalizou que “...pode-se dizer que não há uma concordância entre os autores sobre uma definição de sistema de saúde... o que não impede que tenham sido feitas categorizações e classificações...” (p 713). No artigo são destacadas as definições de Heideheimer (1975), Roemer (1991), OMS (2000) e Mendes (2002), nas quais, entretanto, nota-se certa convergência terminológica em relação ao objetivo do sistema de saúde: prestar serviços/realizar atividades para responder/resolver necessidades, demandas, problemas de saúde da população. Também nessas definições, percebe-se a noção de conjunto, de organização combinada de ações/respostas sociais direcionadas a promoção, restauração e manutenção da saúde de uma população, em determinado tempo.

No documento da Política Nacional de Avaliação de Desempenho do SUS (BRASIL, 2007, p 3), o conceito de sistema de saúde também utiliza a noção de conjunto de ações e recursos, mas reforça o acordo social frente aos problemas de saúde

quando adota a seguinte definição: “conjunto de recursos articulados para a resolução de problemas sanitários, orientados por diretrizes concertadas no interior de uma sociedade”.

Uma importante distinção entre sistema de saúde e sistema de serviços de saúde é feita por VIACAVA *et al* (2004), ARAH *et al* (2006) e OECD (2006), quando assinalam que os sistemas de serviços de saúde (SSS) integram os sistemas de saúde (SS), sendo esses mais abrangentes, pois incluem atividades e estruturas que extrapolam a prestação de serviços individuais e coletivos do setor saúde. As ações realizadas no interior dos SS são mais abrangentes que aquelas do SSS, limitadas às instituições prestadoras de serviços de saúde, e referem-se à saúde em sentido amplo, enquanto “manifestação objetiva das condições de vida de uma determinada população, o que é resultante da ação intersetorial...” (VIACAVA *et al*, 2004, p 713). Veremos adiante como essa distinção toma corpo na definição das dimensões da avaliação do SS.

Iniciativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) para esclarecer o que são sistemas de saúde, seus objetivos e funções, formas de avaliação e o papel Estado na sua coordenação vêm sendo desenvolvidos desde o final dos anos 90 (WHO, 2000; PAHO, 2001; MURRAY&EVANS, 2003). Segundo a OMS, dada a complexidade do mundo atual, sistemas de saúde são

“todas as instituições/organizações, pessoas, recursos e ações, organizadas conjuntamente e de acordo com as políticas estabelecidas, cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde da população... onde se incluem ações intersetoriais nas quais os responsáveis pelo sistema de saúde tem a responsabilidade de promover ações em áreas/setores que estão fora do seu controle direto” [...] (WHO, 2000 p 5; WHO, 2008 p 3).

Nessa definição assume-se a dependência da organização dos sistemas às políticas estabelecidas, no caso aos interesses e a força dos grupos sociais dominantes em determinado período histórico. Com isso, à noção de conjunto presente na maioria dos conceitos deve ser acrescentada a noção de relação, de disputa e de acordo

entre os atores institucionais que constroem permanentemente um sistema de saúde, o que está bem posto no conceito de LOBATO&GIOVANELLA (2008):

“Conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução de processos referentes à saúde de uma dada população e que se caracterizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalecente na sociedade” [...] (LOBATO&GIOVANELLA, 2008, p 121).

Os conceitos analisados servem para evidenciar a complexidade existente na delimitação, organização e funcionamento dos sistemas de saúde, o que também se apresentará no desenvolvimento de método para sua avaliação.

4.2. Os conceitos de avaliação

Foram encontrados conceitos de avaliação em duas publicações, ambas brasileiras: a Política Nacional de Avaliação de Desempenho do SUS (BRASIL, 2007) e a metodologia de avaliação das FESP, adaptada da OPAS (BRASIL/CONASS, 2007). Na primeira, a avaliação é vista como processo de produção de conhecimento que visa fortalecer o planejamento e ampliar a competência institucional nessa direção. No método de avaliação das FESP, são destacados os momentos do processo de avaliação - registro, coleta, análise sistemática de informações e julgamento, e sua utilização na tomada de decisões, “julgar para melhorar o trabalho”.

Nas definições apresentadas vê-se o caráter do uso da avaliação como subsídio as atividades de planejamento e tomada de decisão, os quais concordam com a definição de Patton (1997) e de certa forma com Contandriopoulos *et al* (1997) quando referem que a avaliação tem como objetivo fazer julgamentos para informar, ajudar na tomada de decisões. A referência do uso da avaliação para fortalecer o planejamento também indica certa aproximação com a “institucionalização” dessa prática no cotidiano da gestão, aspecto que vem sendo discutido por alguns autores,

dentre eles HARTZ (1999; 2002), CONTANDRIOPOULOS (2006), FELISBERTO (2006; 2008).

Como se vê, há pouca explicitação do conceito de avaliação nos modelos estudados, o que pode comprometer a definição do objetivo da avaliação e a elaboração da metodologia.

4.3. Os conceitos de desempenho

Todas as publicações que apresentam o conceito de desempenho, seja no plano geral ou quando mencionado como desempenho do sistema de saúde, referem tratar-se da medição e julgamento do alcance de objetivos estabelecidos ou de processos (NHPC 2008; BRASIL, 2007; VIACAVA *et al*, 2004; OECD, 2001), embora os últimos informem a existência de discordância conceitual na literatura especializada e a ausência de consenso sobre como medir desempenho dos sistemas de saúde, respectivamente. Na definição encontrada em Viacava é acrescentado que desempenho relaciona-se também ao cumprimento de funções das organizações que compõem o sistema.

O termo desempenho do sistema de saúde é encontrado em praticamente todo material analisado, sendo muitas vezes considerado uma das dimensões da avaliação (Austrália, Canadá, Brasil/Política Nacional de Avaliação de Desempenho do SUS, OECD). Nesses casos abarcam vários atributos do sistema, por exemplo: efetividade, eficiência, acessibilidade, qualidade, cuidado apropriado, aceitabilidade, etc., e dizem respeito a ação restrita aos serviços de saúde (ARAH *et al*, 2006; OECD, 2006).

Talvez a disseminação do termo desempenho de sistema de saúde tenha sido incentivada com a publicação do *World Health Report (WHR)* no ano de 2000 (WHO, 2000), ainda que a Inglaterra, na década de 80, e o Canadá, em 1999, tenham desenvolvido modelos de avaliação do desempenho dos sistemas de saúde anteriormente, e a Diretoria de Saúde da União Européia e o Comitê Nacional de

Desempenho da Saúde australiano tenham iniciado a elaboração de métodos de avaliação no ano de 1998 e 1999, respectivamente, também utilizando o mesmo termo. Para a OMS desempenho refere-se ao “nível de realização de metas”, e a medida desse desempenho nos sistemas de saúde tem como objetivo monitorar, avaliar e comunicar o alcance dos seus objetivos principais, para orientar os tomadores de decisões e fortalecer a população com informações importantes para o seu bem-estar (WHO, 2008; 2004).

O uso do termo desempenho do sistema de saúde para qualificar a avaliação dessa totalidade termina por ficar redundante, pois diz respeito a praticamente todos os atributos passíveis de avaliação. Ademais, confirmando PAIM&VIEIRA-DA-SILVA (2006), na operacionalização do conceito diversos atributos são considerados como sinônimo de desempenho como visto acima, resultando numa polissemia que a torna sem utilidade analítica, portanto “porque não simplesmente falar em avaliação de sistemas de saúde?” conforme sugerido por VIEIRA-DA-SILVA em 2009 (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 2009 p 280).

5. PROCESSO DE ELABORAÇÃO DOS MÉTODOS E PERSPECTIVAS DAS AVALIAÇÕES

Nas publicações selecionadas buscou-se verificar como havia sido elaborado o método de avaliação e que atores haviam participado dessa construção (Quadro 3).

Quadro 3 – Alguns aspectos relacionados ao processo de elaboração dos métodos da avaliação, segundo país e organização internacional

País / Organização	Elaboração de modelo teórico-lógico da avaliação (<i>framework</i>)	Uso de técnicas de consenso ou pactuação entre instâncias gestoras	Consulta pública ou a níveis subnacionais	Designação de órgão ou comissão coordenadora
Austrália	x	Não explicitado	Níveis subnacionais	x
Brasil / Política Nacional	x	Não explicitado		x
Brasil / Avaliação FESP	x	Técnica de consenso	Níveis subnacionais	x
Brasil / Indicadores do Pacto pela Saúde		Pactuação entre instâncias de gestão nacional e subnacional	Níveis subnacionais	x
Canadá	x	Técnica de consenso	Níveis subnacionais	x
Dinamarca		Técnica de consenso	Níveis subnacionais	x
Espanha	Não explicitado	Técnica de consenso		x
Inglaterra	x	Não explicitado	Ambos	x
OECD	x	Técnica de consenso		x
EU	x	Técnica de consenso		x

Em todos os países e nas organizações internacionais foi designado um órgão ou comissão institucional para coordenar o processo de trabalho: a definição da estratégia de avaliação², a execução da avaliação, disseminação e uso dos resultados. Na Austrália, Canadá e Inglaterra esses organismos também são

² “A estratégia de avaliação corresponderia a um conjunto de opções relacionadas com a seleção de questões, métodos e técnicas para identificação dos critérios, indicadores, normas e padrões, definição do universo do estudo, formas de análise, seqüência dos momentos, perspectivas do avaliador, enfim, dos desenhos possíveis em cada situação”. (VIEIRA-DA-SILVA, 1999, p 332)

responsáveis pela assessoria aos níveis de gestão subnacionais na realização das suas avaliações.

O uso de técnicas de consenso e/ou pactuação entre as instâncias gestoras do sistema, bem como a elaboração de modelos teórico-lógicos (*framework*) na construção dos métodos e seleção dos indicadores foi encontrado na maioria dos casos, bem como a realização de consulta aos níveis subnacionais do sistema de saúde. A consulta pública para validação do método somente foi referido no modelo inglês (ENGLAND, 2001, 2003).

No campo da saúde os modelos teórico-lógicos vem sendo considerados como necessários para auxiliar a elaboração de métodos de avaliação. Segundo MEDINA *et al* (2005 p 48) o desenho do modelo lógico de um programa é o primeiro passo no planejamento de uma avaliação. ARAH *et al* (2003, p 337) destacam que *frameworks* são o ponto de partida para o desenvolvimento dos indicadores de avaliação do sistema de saúde e que propiciam estabelecer relações entre os seus componentes/dimensões de desempenho. A OMS por sua vez, afirma que o primeiro requisito para avaliar o desempenho dos sistemas é formular um robusto *conceptual framework* dentro do qual medidas/indicadores podem ser desenvolvidos (WHO, 2008 p ii).

Uma das principais utilidades do modelo teórico/lógico da avaliação é apoiar a definição do foco e a seleção de prioridades para a avaliação - o recorte/as dimensões da avaliação, e a seleção dos indicadores que possibilitem fazer a medição, o julgamento e a contextualização dos resultados alcançados. A não utilização da teoria para guiar a avaliação resultou em avaliações pouco sensíveis aos contextos políticos e organizacionais, as denominadas *black box evaluations*, limitadas a quantificar os índices dos indicadores selecionados e “sendo impermeáveis às influências das características dos meios [do ambiente] no qual as intervenções são produzidas” (DENIS&CHAMPAGNE, 1997 p 50).

Framework é definido pelo *Canadian Institute for Health Information* como um quadro conceitual usado para categorizar os indicadores e para orientar sua seleção. Destaca que enquanto os indicadores devem ser revisados e podem ser

modificados frequentemente para atender as necessidades informacionais, o *framework* permanece relativamente estável (CIHI, 2009 p 4). O *National Health Performance Committee* australiano adota definição semelhante: “estrutura para guiar o entendimento e a avaliação do sistema de saúde... usado para a seleção de indicadores que possam responder as questões da avaliação” (NHPC, 2008 p 457).

Cada vez mais os países têm criado modelos lógico-teóricos (*theoretical frameworks*) para orientar a avaliação dos seus sistemas de saúde (OECD, 2006, p 10). Segundo TAWFIK-SHUKOR *et al* (2007 p 25), *The Canadian Health Indicator Framework* foi pioneiro no estabelecimento de um abrangente modelo teórico de avaliação de sistemas de saúde, servindo como base para muitos países, como a Holanda (*Netherlands*) e para a OECD (*Health Care Quality Indicator – HCQI*). A proposta de avaliação de desempenho do SUS, baseada nas conclusões do Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro – PROADESS, também toma o modelo de avaliação do sistema de saúde canadense como referência, juntamente com o da Austrália, Inglaterra e Estados Unidos, e aqueles da OMS e OECD, todos eles analisados pela equipe do PROADESS (BRASIL, 2007). GARCÍA-ATLÉS *et al* (2006 p 322) destaca que as iniciativas mais desenvolvidas e avaliação são aquelas que definem categorias, critérios e indicadores baseado em um marco conceitual sólido, e aponta os modelos inglês e canadense como dos mais completos na atualidade.

5.1. As perspectivas das avaliações

Todos os métodos analisados foram elaborados com a participação dos agentes envolvidos diretamente na execução das políticas de saúde, sejam gestores ou profissionais que atuam na prestação dos cuidados de saúde, como também houve a participação de consultores externos, portanto em todos eles a perspectiva da avaliação foi considerada como mista.

No Brasil, considerando que a metodologia atual de avaliação do SUS seja o disposto nas portarias que regulamentam o Pacto pela Saúde, ressalta-se que a

definição de indicadores e metas referentes às áreas prioritárias de atenção à saúde e às responsabilidades na gestão do SUS é feita por meio de negociação/pactuação entre as próprias instâncias de gestão do SUS (BRASIL, 2006; 2009a).

No caso do Canadá, onde foram realizadas três conferências de consenso, em 1998, 2004 e 2008, com o objetivo de obter concordância sobre as informações/indicadores necessários para medir e acompanhar a saúde da população, os fatores que a afetam, e o desempenho do sistema de cuidados de saúde (CIHI, 2009), há relato da participação dos usuários dos serviços nas decisões (CIHI, 2003).

Quanto à execução da avaliação, não foi possível identificar quais agentes de fato participam desse momento do processo avaliativo. Apenas na metodologia de avaliação das FESP para a gestão estadual do SUS, desenvolvida e aplicada no Brasil, encontrou-se registro da participação dos gestores no momento da auto-avaliação, inclusive dela podendo participar os usuários dos serviços de saúde, através da sua representação no Conselho Estadual de Saúde, e outras instituições governamentais e não-governamentais (universidades, centros de pesquisa em saúde, prestadores públicos e privados, etc.) que colaboram, direta ou indiretamente na gestão estadual (BRASIL/CONASS, 2008 p 11).

O debate sobre as perspectivas da avaliação não é recente. A opção pela avaliação externa, realizada por especialistas que não possuem vínculo com a instituição frequentemente tem sido associada à idéia de objetividade (VIEIRA-DA-SILVA, 1999), necessária para estabelecer uma ruptura com o senso comum e possibilitar maior distanciamento do objeto avaliado. Entretanto, justamente pela ausência da participação dos atores responsáveis pelas práticas assistenciais e/ou gerenciais, pode funcionar como um mecanismo de fiscalização, de controle dessas práticas. Além disso, podem não atender às necessidades dos atores das instituições ou ser percebida como uma interferência no trabalho desses (HILARION *et al*, 2009).

As avaliações internas ou auto-avaliações, caracterizada pela participação dos agentes responsáveis pela condução e/ou execução das políticas e práticas de saúde, teriam a vantagem de fortalecer as instituições e os atores que dela

participam, acelerar mudanças e levar a melhoria nos processos e resultados de forma mais efetiva que aquelas que adotam um enfoque externo (HILARION *et al*, 2009 p 95). De forma semelhante, VIEIRA-DA-SILVA (1999 p 333) destaca que os autores que criticam a abordagem objetivista, dentre eles Fetterman (1996) e Guba&Lincoln (1988), propõem que os momentos e os componentes da avaliação sejam definidos em negociação entre facilitadores e os sujeitos para os quais a avaliação se destina, citando como vantagens: ampliação da compreensão do significado das práticas através da apreensão das representações dos atores sociais, envolvimento desses na identificação de problemas e na modificação das condições de vida, etc. Por outro lado, essas avaliações perdem em objetividade e podem reduzir-se a um registro do senso comum deixando de detectar problemas relevantes para o funcionamento dos programas, serviços e do sistema de saúde

A combinação/integração das perspectivas externa e interna é sempre desejável pelo fato de reunir as qualidades de ambas as abordagens. No caso de Sistemas de Saúde, tendo em vista que os Ministérios da Saúde funcionam como coordenadores que normatizam e regulam os sistemas, os mesmos poderiam funcionar como agentes externos nas avaliações dos sistemas subnacionais. Por sua vez, as Secretarias Estaduais, no caso brasileiro, assumem essa posição em relação aos sistemas regionais ou municipais de saúde. Aliado a isso, e considerando que a avaliação que toma o sistema de saúde como objeto possui características que a situam principalmente como uma avaliação para a gestão, e que teria como objetivo “a produção de informação que contribua para o seu aprimoramento”, onde a presença do avaliador interno é condição necessária, “é nos seus termos que se dá a participação do avaliador externo, geralmente presente” (NOVAES, 2000 p 551).

6. NÍVEIS DE GOVERNO E DE GESTÃO NO QUAL INCIDE AS AVALIAÇÕES

Na maioria dos casos estudados o objeto da avaliação é tanto o nível nacional quanto o subnacional, à exceção da avaliação FESP cujo recorte é exclusivamente no nível estadual do sistema de saúde, e os métodos da OECD e da União Européia cujo nível de governo/gestão no qual incide a avaliação é o nacional.

Os métodos que tomam por objeto a gestão dos serviços de saúde são o dinamarquês e o inglês. O primeiro, implantado obrigatoriamente em todos os hospitais e unidades de saúde foca a qualidade da assistência prestada aos indivíduos acometidos pelas doenças priorizadas, analisando indicadores de forma individualizada para cada serviço de saúde, mas também faz uma agregação desses indicadores no nível nacional e subnacional (DNIP, sem data). O método inglês tem foco importante nos provedores e serviços de saúde, onde se busca a identificação de baixo desempenho a fim de apoiar a recuperação desses (*supporting recovery and managing failure*) (ENGLAND, 2009a p 10; 2008 p 7), ao tempo em que realiza agregação desses indicadores nos níveis subnacionais.

7. DIMENSÕES, ATRIBUTOS, CRITÉRIOS E INDICADORES

As dimensões do sistema selecionadas para a avaliação revelam as formas de recorte utilizadas pelos autores para apreensão da realidade. No interior das dimensões encontram-se os aspectos do sistema de saúde priorizados e que serão os focos da avaliação, aqui denominadas sub-dimensões.

As seguintes dimensões são consideradas nos métodos revisados da Austrália (NHPC, 2004), Canadá (CIHI 2009), Espanha (MINISTÉRIO DE SANIDAD Y CONSUMO, 2007), OECD (ARAH *et al*, 2006; OECD, 2006) e União Européia (FINLAND/ECHIM, 2005), bem como na proposta de avaliação do desempenho do SUS (BRASIL, 2007): estado de saúde da população, determinantes da saúde, desempenho do SS ou do SSS, e características contextuais do sistema de saúde. Ainda que no método da União Européia tenha havido uma alteração do *framework* em 2005, quando foi feita uma divisão da dimensão *health system* em dois componentes, a saber, intervenções de saúde: serviços de saúde; intervenções de saúde: promoção da saúde, com vista a “promover mais peso para a área de promoção da saúde... incluindo outras políticas” (FINLAND/ECHIM 2005 p 13), trata-se principalmente de aspectos que dizem respeito ao desempenho dos serviços de saúde. A equidade apresenta-se como dimensão transversal nos métodos australiano, canadense, na proposta da Política Nacional de Avaliação de Desempenho do SUS e naquele da OECD.

Não há explicitação do conceito de “contexto” usado, o que retira do mesmo poder explicativo que nem sempre é dado pela análise das sub-dimensões e dos indicadores. Sob essa rubrica há uma variedade de atributos e indicadores, como: número de distribuição dos recursos humanos e físicos, produtividade, cobertura e financiamento da atenção primária de saúde, distribuição dos leitos hospitalares entre instituições públicas e privadas, despesas per capita com a saúde, financiamento/investimento público das ações de saúde, taxa de crescimento do financiamento da saúde, população geral e por faixa etária dos países, taxa de fertilidade, etc. Nos modelos da União Européia e da Espanha, que não colocam “o contexto” como dimensão da avaliação, e sim a demografia e a situação sócio-

econômica dos países e regiões, nota-se melhor definição de indicadores que permitem uma visão geral das condições de saúde em cada país ou região e que são utilizados como denominador para o cálculo de muitos outros indicadores (KRAMER, 2003).

Não por acaso grande parte das abordagens metodológicas acima citadas tem como referencial teórico o modelo do campo da saúde, e possivelmente por isso mesmo os modelos lógicos desenhados com essa perspectiva apresentam uma conexão entre as suas dimensões. Nessa direção, ARAH *et al* (2006) destaca que as dimensões do modelo lógico da OECD estão interconectadas, indicando uma potencial relação de causalidade entre elas.

No método inglês, das seis dimensões da avaliação, quatro estão relacionadas a determinados atributos do sistema de saúde - acesso eqüitativo aos serviços de saúde, cuidado de saúde efetivo e apropriado, eficiência, experiência/relação entre os usuários e provedores, ao tempo em que duas delas - melhoria da saúde e resultados de saúde do sistema nacional – estão relacionadas ao estado de saúde da população e aos efeitos diretos das ações e serviços na saúde da população (ENGLAND, 1999; 2001; 2002). Recentes publicações do *United Kingdom National Health System (NHS)* apontam para uma possível adoção de novas estratégias para avaliação do sistema de saúde (ENGLAND, 2008; 2009a,b,c,d), entretanto por tratar-se de processo em implantação não foi tomado como objeto nesse estudo.

Nas publicações que apresentam o método utilizado na Dinamarca, assim como a avaliação das FESP e o monitoramento e avaliação dos indicadores do Pacto pela Saúde, as dimensões da avaliação não estão explícitas. Dessa forma, o que se apresenta adiante resulta da análise ora realizada.

No caso da Dinamarca, os indicadores, padrões e critérios estabelecidos dizem respeito a componentes da estrutura, do processo e dos resultados relacionados a qualidade da assistência/cuidado. Os indicadores de estrutura avaliam as características da organização do sistema de saúde que afetam o atendimento das necessidades dos indivíduos ou da comunidade. Os indicadores de processo avaliam se o profissional de saúde realizou as atividades/procedimentos necessários

em cada caso. Os indicadores de resultado avaliam a influência das atividades/processos sobre a saúde do indivíduo, onde se destacam a sobrevivência, morbidade, estado funcional e satisfação do paciente com o tratamento recebido. (DNIP, s/data p 2)

Na avaliação das FESP, o método toma como objeto a gestão do sistema de saúde e como dimensões as 11 funções/atribuições consideradas indispensáveis ao exercício da prática de gestão no SUS: FESP 1: Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde do Estado; FESP 2: Vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde; FESP 3: Promoção da saúde; FESP 4: Participação social em saúde; FESP 5: Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde; FESP 6: Capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde; FESP 7: Promoção e garantia do acesso universal e eqüitativo aos serviços de saúde; FESP 8: Administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos em saúde; FESP 9: Promoção e garantia da qualidade dos serviços de saúde; FESP 10: Pesquisa e incorporação tecnológica em saúde; FESP 11: Coordenação do processo de regionalização e descentralização da saúde. A metodologia de avaliação dessas funções vem sendo desenvolvida desde a década de 90 pela OMS e OPAS. Sua aplicação no Brasil foi precedida por uma revisão dos aspectos conceituais, metodológicos, estruturais e operacionais do método desenvolvido e aplicado na região das Américas, visando garantir a adequação dos indicadores, padrões e critérios aos princípios e diretrizes do SUS (BRASIL/CONASS, 2008), estando o processo assentado na percepção dos gestores do sistema de saúde, de representantes dos usuários e das universidades públicas e privadas quanto ao cumprimento das FESP, obtida por consenso durante uma oficina de auto-avaliação.

Na avaliação dos indicadores do Pacto pela Saúde entende-se que as áreas prioritárias de intervenção do Pacto pela Vida e as responsabilidades na gestão do SUS constantes no Pacto de Gestão são as dimensões da abordagem metodológica, sendo elas: Pacto pela Vida: 1. Saúde do idoso; 2. Controle do câncer de colo de útero e mama; 3. Redução da mortalidade infantil e materna; 4. Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS;

5. Promoção da saúde; 6. Fortalecimento da atenção básica; 7. Saúde do trabalhador; 8. Saúde mental; 9. Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; 10. Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; 11. Saúde do homem. Pacto de Gestão: 1. Responsabilidades gerais da gestão do SUS; 2. Responsabilidades na regionalização; 3. Responsabilidades no planejamento e programação; 4. Responsabilidades na regulação, controle, avaliação e auditoria; 5. Responsabilidades da educação na saúde; 6. Responsabilidades na participação e controle social.

O Pacto pela Saúde é resultante de longo processo de negociação das instâncias coordenadoras do SUS, onde os indicadores e metas dos Estados, Municípios e da União representam o compromisso dos gestores do SUS em torno de prioridades que impactam as condições de vida da população (BRASIL, 2009a, b). Trata-se de uma construção coletiva que imprime um caráter participativo ao processo, porém a ausência de um modelo lógico que aponte para uma imagem-objetivo do SUS limita suas possibilidades, o pode ser considerado como uma lacuna nesse movimento estratégico que, ao nosso ver, vem induzindo a realização de práticas avaliativas nos três níveis de gestão do SUS.

Das dez abordagens metodológicas analisadas, as características/atributos do sistema de saúde que se constituem como objetos da avaliação são explicitados em quatro deles: Austrália, Brasil/Política Nacional de Avaliação de Desempenho do SUS, Canadá e OECD. Nos demais, os atributos foram identificados entre as dimensões e indicadores apresentados nos artigos e documentos sistematizados. Nesses casos, foi utilizada a categorização de VIEIRA-DA-SILVA (1994; 2005) para classificar os atributos, como também para agregar atributos semelhantes com distintas denominações.

A polissemia conceitual quanto aos atributos da avaliação pode ser visualizado no Anexo A, situação já apontada por VIEIRA-DA-SILVA (2005), o que pode resultar em dificuldade na comparação entre países ou ao interior de um país, entre estados, regiões e municípios.

A qualidade técnico-científica do cuidado está presente em nove das dez abordagens, embora por vezes denominada cuidado apropriado, capacidade técnica, adequação, competência técnica.

Efetividade e eficiência são encontradas em sete abordagens, inclusive havendo consenso elevado em relação aos conceitos apresentados. Em seguida, aparecendo em seis abordagens, estão os atributos referentes à relação entre os agentes das ações tomando, por vezes, as seguintes denominações: responsividade, respeito aos direitos das pessoas, aceitabilidade.

A segurança, conceito relacionado a uma adequada prestação de serviços que evite, previna ou minimize riscos para os pacientes e para o meio ambiente (OECD 2006, p 13; ARAH *et al* 2006 p 8; NHPC 2003 p 5; CIHI 2009 p 5) foi encontrado na metade dos métodos analisados, indicando um aumento do interesse com as tecnologias de saúde e com a proteção sócio-ambiental.

Acesso e acessibilidade são tomados como sinônimo nos documentos da Política Nacional de Avaliação de Desempenho do SUS (BRASIL, 2007), da avaliação FESP (BRASIL/CONASS, 2007) e naqueles que apresentam o método de avaliação da OECD (OECD, 2006; ARAH *et al*, 2006), entretanto nesse último existem indicadores para cada atributo. Todos os métodos apresentam um ou outro desses atributos, e na sua ausência é o atributo cobertura (BRASIL 2009a,b) que se apresenta como característica da avaliação relacionada com a disponibilidade e distribuição social dos recursos.

A continuidade do cuidado, atributo relacionado à integralidade das práticas de saúde, está presente nos modelos australiano e canadense, e na proposta contida na Política Nacional de Avaliação do SUS. Nesses casos, há concordância na definição do atributo.

Na avaliação FESP foram identificados atributos relacionados com a adequação das ações aos objetivos e problemas de saúde, e com o processo de implantação das ações, esse referente ao grau de implantação das funções avaliadas e que, ao nosso ver, é o principal atributo identificado.

Por fim, no método australiano e naquele proposto para avaliação do desempenho do SUS se apresentam atributos relacionados à capacidade do governo e instituições na sustentabilidade e condução do sistema.

Quanto aos indicadores, importa um esclarecimento: embora considerado relevante na sistematização das abordagens metodológicas, este estudo não se ateve a comparar os indicadores e/ou analisar a coerência destes em relação às dimensões, subdimensões e atributos apresentados. Ainda que citado como um dos critérios de análise, à medida que se progrediu no tratamento dos dados foi percebido que seria necessário um estudo específico para sistematizar os indicadores. Por conseguinte, assumimos essa lacuna como uma das limitações da pesquisa. Apesar dessa situação, no Quadro 4 são apresentados o quantitativo de indicadores utilizados nos métodos analisados e a existência ou não de medidas de síntese na avaliação dos sistemas de saúde, bem como os principais achados sobre as abordagens metodológicas estudadas.

Quadro 4 – Síntese de artigos publicados e documentos governamentais contendo proposições para avaliação de sistemas de saúde, segundo país e organização internacional e características da abordagem metodológica

País / Organização	Austrália	Brasil (Política Nacional de Avaliação de Desempenho SUS)	Brasil (Avaliação FESP)	Brasil (Indicadores do Pacto pela Saúde)	Canadá	Dinamarca	Espanha	Inglaterra	OECD	União Européia
Referencial teórico	Modelo do campo da saúde	Modelo do campo da saúde	Sistêmico	Não explicitado	Modelo do campo da saúde	Sistêmico	Modelo do campo da saúde	Modelo do campo da saúde	Modelo do campo da saúde	Modelo do campo da saúde
Incorporação dos estudos sobre determinantes da saúde	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim
Perspectiva da avaliação	Mista	Mista	Mista	Mista	Mista	Mista	Mista	Mista	Mista	Mista
Níveis governamentais avaliados	Nacional e subnacional (estados e territórios)	Nacional, Estadual e Municipal	Estadual	Nacional, Estadual e Municipal	Nacional e subnacional (provincial, regional e subregional)	Nacional e subnacional (regiões e serviços)	Nacional e subnacional (comunidades autônomas)	Nacional e subnacional (territórios e serviços)	Nacional	Nacional
Dimensões e subdimensões	<p>1. Estado de saúde e resultados: condições de saúde, [limitação das] funções humanas, expectativa de vida e bem-estar, mortalidade;</p> <p>2. Determinantes da saúde: fatores</p>	<p>1. Determinantes da saúde: ambientais, sócio-econômicos e demográficos, comportamentais e biológicos;</p> <p>2. Condições de saúde da população: morbidade, estado funcional, bem-estar, mortalidade;</p> <p>3. Estrutura do sistema de saúde: condução/capacidade</p>	<p>1: Monitoramento, análise e avaliação da situação de saúde do Estado.</p> <p>2: Vigilância, investigação, controle de riscos e danos à saúde.</p> <p>3: Promoção da saúde.</p> <p>4: Participação social em</p>	<p>Pacto pela Vida:</p> <p>1. Saúde do idoso;</p> <p>2. Controle do câncer de colo de útero e mama;</p> <p>3. Redução da mortalidade infantil e materna;</p> <p>4. Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com</p>	<p>1. Estado de saúde: bem-estar, condições de saúde, [limitação das] funções humanas, mortalidade;</p> <p>2. Determinantes não-médicos da saúde: comportamento pessoal,</p>	<p>O objeto da avaliação é a qualidade da atenção a determinadas doenças. Para cada doença priorizada são estabelecidos indicadores e padrões nas dimensões estrutura, processo e resultado.</p>	<p>1. População e suas características;</p> <p>2. Estado de saúde;</p> <p>3. Determinantes da saúde;</p> <p>4. Sistema sanitário;</p>	<p>1. Melhoria da saúde;</p> <p>2. Acesso equitativo;</p> <p>3. Efetivo e apropriado cuidado de saúde;</p> <p>4. Eficiência;</p> <p>5. Experiência na relação usuário /provedor;</p> <p>6. Resultados de saúde do sistema</p>	<p>1. Estado de saúde: condições de saúde da população, estado funcional humano e qualidade de vida, expectativa de vida e bem-estar, mortalidade;</p> <p>2. Determinantes não-médicos da saúde: comportamento e estilo de vida, recursos pessoais, condições sócio-econômicas e</p>	<p>1. Demografia e fatores sócio-econômicos: população e fatores sócio-econômicos;</p> <p>2. Estado de saúde: mortalidade, morbidade, outras medidas de saúde (percepção da saúde, expectativa de vida, limitações</p>

Pais / Organização	Austrália	Brasil (Política Nacional de Avaliação de Desempenho SUS)	Brasil (Avaliação FESP)	Brasil (Indicadores do Pacto pela Saúde)	Canadá	Dinamarca	Espanha	Inglaterra	OECD	União Européia
	ambientais, fatores sócio-econômicos, características da comunidade e famílias, comportamento pessoal, fatores relacionados às pessoas (herança genética e outros fatores de risco); 3. Desempenho do sistema de saúde: efetividade, cuidado apropriado, eficiência, responsividade, acessibilidade, segurança, continuidade do cuidado, capacidade técnica, sustentabilidade e 4. Equidade: considerada	de do governo, financiamento, recursos; 4. Desempenho do sistema de saúde: efetividade, acesso, eficiência, respeito ao direito das pessoas, aceitabilidade, continuidade, adequação, segurança. 5. Equidade: considerada como dimensão transversal.	saúde. 5: Desenvolvimento de políticas e capacidade institucional de planejamento e gestão pública da saúde. 6: Capacidade de regulamentação, fiscalização, controle e auditoria em saúde. 7: Promoção e garantia do acesso universal e equitativo aos serviços de saúde. 8: Administração, desenvolvimento e formação de Recursos Humanos em saúde. 9: Promoção e garantia da qualidade dos	ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS; 5. Promoção da saúde; 6. Fortalecimento da atenção básica; 7. Saúde do trabalhador; 8. Saúde mental; 9. Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; 10. Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; 11. Saúde do homem. Pacto de Gestão: 1. Responsabilidade	condições sócio-econômicas e de trabalho, fatores relacionados às pessoas, fatores ambientais; 3. Desempenho do sistema de saúde: aceitabilidade, acessibilidade, cuidado apropriado, competência profissional, continuidade, efetividade, eficiência, segurança; 4. Características do sistema de saúde e das comunidades: informações contextuais sobre as comunidades,			nacional (NHS)	ambientais, ambiente físico; 3. Desempenho dos serviços de saúde: qualidade, efetividade, segurança, responsividade, acesso/acessibilidade e e custos/despesas; 4. Desenho e contexto do sistema de saúde: informações relacionadas a demografia e contexto econômico, valores sociais, política de saúde e aos recursos do sistema 5. Equidade: dimensão relacionada às três primeiras.	funcionais, etc); 3. Determinantes da saúde: fatores biológicos e sociais, fatores comportamentais, condições de vida e trabalho; 4. Intervenções de saúde: recursos dos serviços de saúde, utilização dos serviços de saúde, financiamento e gastos de saúde, qualidade dos serviços de saúde; 5. Intervenções de saúde: promoção da saúde: prevenção e proteção da saúde.

País / Organização	Austrália	Brasil (Política Nacional de Avaliação de Desempenho SUS)	Brasil (Avaliação FESP)	Brasil (Indicadores do Pacto pela Saúde)	Canadá	Dinamarca	Espanha	Inglaterra	OECD	União Européia
	como dimensão que integra cada uma das anteriores. 5. Qualidade: considerada como integrada a dimensão da performance do sistema de saúde.		serviços de saúde. 10: Pesquisa e incorporação tecnológica em saúde. 11: Coordenação do processo de regionalização e descentralização da saúde.	es gerais da gestão do SUS; 2. Responsabilidades na regionalização; 3. Responsabilidades no planejamento e programação; 4. Responsabilidades na regulação, controle, avaliação e auditoria; 5. Responsabilidades da educação na saúde; 6. Responsabilidades na participação e controle social.	o sistema de saúde e os recursos de saúde. 5. Equidade: dimensão transversal. 6. Qualidade: Expressa nos indicadores relacionados à dimensão desempenho do sistema de saúde.					
Atributos	Acessibilidade, Capacidade técnica, Continuidade do cuidado, Cuidado apropriado	Acesso, Aceitabilidade, Adequação, Condução, Continuidade, Efetividade, Eficiência,	Acesso, Avaliação do grau de implantação das práticas de gestão, Características	Cobertura dos serviços e das ações/práticas gerenciais de saúde, Efetividade das ações de atenção	Aceitabilidade, Acessibilidade, Competência técnica, Continuidade, Cuidado apropriado,	Qualidade técnico-científica, efetividade do cuidado.	Acessibilidade, Cobertura dos serviços e recursos sanitários, Gasto sanitário/eficiênci	Acesso, Cuidado apropriado, Efetividade, Eficiência, Equidade, Experiência na	Acesso, Acessibilidade, Custos/despesas e efetividade, Eficiência, Qualidade, Responsividade,	Cobertura dos serviços e recursos de saúde, Despesas de saúde/eficiência, Qualidade dos

Pais / Organização	Austrália	Brasil (Política Nacional de Avaliação de Desempenho SUS)	Brasil (Avaliação FESP)	Brasil (Indicadores do Pacto pela Saúde)	Canadá	Dinamarca	Espanha	Inglaterra	OECD	União Européia
	Efetividade, Eficiência, Responsividade Segurança, Sustentabilidade e.	Respeito ao direito das pessoas, Segurança.	relacionais entre os agentes (usuários e gestores; usuários e profissionais), Direcionalidade e consistência (coerência), Equidade, Qualidade técnico-científica.	à saúde.	Efetividade, Eficiência, Segurança.		a, Qualidade da atenção sanitária, Segurança do paciente.	relação usuário/provedor, Qualidade do cuidado.	Segurança na prestação do cuidado.	serviços de saúde.
Crítérios	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não
Número de indicadores utilizados na avaliação do sistema de saúde	49 indicadores	Não definidos	47 indicadores	40 indicadores	102 indicadores	88 indicadores	110 indicadores	60 indicadores	67 indicadores	88 indicadores
Existência de medidas de síntese para o sistema de saúde	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Evidências de retro-alimentação e uso da avaliação	Divulgação dos indicadores; Elaboração de relatórios periódicos	O método proposto ainda não foi implantado	Divulgação dos indicadores; Elaboração de relatórios periódicos	Divulgação dos indicadores; Elaboração de relatórios periódicos sobre	Divulgação dos indicadores; Elaboração de relatórios	Divulgação dos indicadores; Elaboração de relatórios periódicos	Divulgação dos indicadores; Elaboração de relatórios periódicos sobre	Divulgação dos indicadores; Elaboração de relatórios periódicos sobre	Divulgação dos indicadores; Elaboração de relatórios periódicos sobre os resultados	Divulgação dos indicadores; Elaboração de relatórios periódicos sobre

Pais / Organização	Austrália	Brasil (Política Nacional de Avaliação de Desempenho SUS)	Brasil (Avaliação FESP)	Brasil (Indicadores do Pacto pela Saúde)	Canadá	Dinamarca	Espanha	Inglaterra	OECD	União Européia
	sobre os resultados da avaliação.		sobre os resultados da avaliação; Geração de processos para aperfeiçoamento do sistema de saúde – articulação com o planejamento e a gestão.	os resultados da avaliação.	periódicos sobre os resultados da avaliação.	sobre os resultados da avaliação; Geração de processos para aperfeiçoamento do sistema de saúde – articulação com o planejamento e a gestão.	os resultados da avaliação.	os resultados da avaliação; Geração de processos para aperfeiçoamento do sistema de saúde – articulação com o planejamento e a gestão.	da avaliação.	os resultados da avaliação.

8. RETROALIMENTAÇÃO

O método inglês e o dinamarquês são aqueles onde há evidência do uso imediato da avaliação na geração de processos para aperfeiçoamento dos sistemas de saúde, articulando os resultados encontrados ao planejamento e à gestão. O *Danish National Indicator Project (DNIP)* estabelece claramente a sequência de atividades/processos de avaliação da qualidade das ações e serviços, onde após a definição de prioridades, desenvolvimento de indicadores e padrões baseados em evidências científica, coleta e análise dos dados, segue-se a divulgação mensal dos resultados para os profissionais e gerentes dos serviços, auditoria dos serviços a cada seis meses, e tomada de decisões para melhoria da qualidade do cuidado (MAINZ, 2008; DNIP, s/data; MAINZ *et al*, 2004). Também na Inglaterra, a partir do grau de alcance dos indicadores os serviços são classificados e a depender dessa classificação são desencadeadas medidas para melhoria dos serviços, por meio de uma rede de instituições governamentais (ENGLAND 2005; 2009a, c)

A avaliação das FESP no Brasil potencialmente promove a articulação entre o planejamento e a gestão no momento da 2ª etapa da metodologia, qual seja, a realização de uma oficina de trabalho que visa definir prioridades, explicar os problemas, e elaborar uma agenda/plano para o fortalecimento das funções essenciais, tomando por base os resultados da 1ª etapa (BRASIL/CONASS, 2007). O problema desse método é que, uma vez que na sua 1ª etapa não considera as especificidades e as prioridades locais, a avaliação só dialoga com a Programação Anual e o Plano Estadual de Saúde se os gestores estaduais decidem pela realização da 2ª etapa³, e se houver a incorporação dos resultados nesses instrumentos de gestão.

No monitoramento e avaliação dos indicadores do Pacto pela Saúde a obrigatoriedade de pactuação anual de metas para estados e municípios pode favorecer a utilização dos resultados da avaliação no planejamento e na gestão dos sistemas de saúde, se os gestores locais os considerarem como subsídios relevantes

³ Segundo o Escritório da OPAS no Brasil, entre os anos de 2005 e 2009, 14 estados brasileiros utilizaram a metodologia de avaliação das FESP, sendo que nove realizaram a oficina de fortalecimento.

para tomar decisões, porém não há evidências de geração de processos de aperfeiçoamento que tomem esses resultados como geradores de implementação de ações políticas, gerenciais e/ou assistenciais. Mesmo que os Relatórios Anuais de Gestão estejam entre os instrumentos de planejamento, acompanhamento e avaliação da gestão do SUS (BRASIL, 2009d), tem sido utilizados de forma incipiente e parcial pelos gestores municipais como auxiliar do planejamento e avaliação (CUNHA *et al*, 2006). Recente portaria do Ministério da Saúde estabelece que o processo de pactuação deverá ser articulado com os Planos de Saúde, as Programações Anuais de Saúde e com o Termo de Compromisso de Gestão, “mantendo a coerência entre as ações e responsabilidades previstas nestes instrumentos” (BRASIL, 2009c p 2), o que deverá contribuir com o uso da avaliação dos indicadores pactuados nos processos de planejamento e de gestão.

Na abordagem australiana e canadense, as evidências de uso da avaliação e a geração de processos para aperfeiçoamento do sistema de saúde não estão explícitas. São relatados nos documentos institucionais analisados que, em ambos os casos, o modelo lógico da avaliação (*framework*) e as estatísticas produzidas pelo *National Health Performance Committee* e pelo *Canadian Institute for Health Information* vem sendo utilizadas pelos níveis nacionais e subnacionais, auxiliando as autoridades de saúde no monitoramento, melhoramento e manutenção da saúde da população e no funcionamento dos sistemas de saúde (NHPC, 2003; CIHI, 2009).

A retroalimentação, quando apenas relacionada a divulgação permanente dos índices alcançados nos indicadores e a elaboração de relatórios periódicos que apresentam análises e comparações entre aqueles disponíveis, é prática comum referida em todas as publicações analisadas. Entretanto, esse tipo de retroalimentação, por si só, não significa que as informações estejam sendo utilizadas pelos gestores e profissionais de saúde como auxílio ao processo de tomada de decisões, isto é, nesses casos, o quanto ou como as informações disponibilizadas geram processos de aperfeiçoamento dos sistemas de saúde é uma questão que não temos resposta. Em outras palavras, faltam estudos especificamente voltados para investigar a incorporação dos resultados das avaliações na gestão.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sistemas de saúde correspondem a objetos complexos constituídos por diversas instituições que reúnem uma variedade de agentes desenvolvendo programas e ações de saúde de natureza diferenciada, e que estão influenciados pelas características do Estado, pelas prioridades de determinado governo e pelas visões de mundo dos coletivos sociais que imprimem sua força na organização do sistema e das ações de saúde. Realizar uma avaliação dessa totalidade requer o uso de diferentes abordagens e técnicas que visem uma adequada apreensão do objeto, considerando os múltiplos pontos de vista e interesses político-sociais dos gestores, dos profissionais de saúde e dos cidadãos-usuários, resultando assim em um consensuado processo cientificamente válido e socialmente legítimo.

Os estudos sobre a determinação social do processo saúde-doença, ao lado paradigma do campo da saúde, são referenciais que parecem orientar a maioria das abordagens metodológicas revisadas, indicando que fatores relacionados às condições e ao estilo de vida e às intervenções realizadas pelo sistema de saúde, dentre outros, são tomadas como importantes dimensões avaliativas. Contudo, a incorporação da determinação social revela-se incipiente quando observado os indicadores selecionados e, sobretudo, pela pouca consolidação dos mesmos segundo grupos e classes sociais.

Abordagens metodológicas elaboradas em concordância com os referenciais teóricos citados, e que busquem a participação de diferentes atores sociais, deverão, portanto, incorporar e integrar dimensões relacionadas ao estado de saúde da população; seus determinantes sociais e biológicos, a organização, qualidade e gestão da atenção à saúde; cobertura, acesso e equidade na alocação de recursos físicos, humanos e financeiros; grau de implantação dos programas; efeito das ações e serviços sobre a saúde da população. Atributos como a percepção dos usuários quanto aos serviços prestados ou a disponibilidade desses, eficiência, análise da implantação das ações, dentre outros, requerem, por vezes, a realização de investigações avaliativas que freqüentemente não são possíveis de realização em curto período de tempo. Por essa razão, devem fazer parte de um necessário

programa de fomento à pesquisa operacional no interior do sistema de saúde, que venha a responder perguntas avaliativas que o monitoramento de indicadores derivados de normas e padrões institucionais não é capaz.

Nos trabalhos revisados os modelos lógicos/teóricos/conceituais (*framework*) vêm sendo utilizados para orientar a definição das dimensões, critérios, atributos e indicadores, constituindo-se em importante auxílio nas decisões sobre a estratégia da avaliação, inclusive para estabelecer relações entre os componentes do sistema de saúde e entre as ações e os resultados alcançados.

Para o cálculo dos indicadores selecionados para a avaliação importa especial atenção à factibilidade e qualidade do registro primário e a coleta sistemática de dados, de modo a garantir o processamento oportuno e a geração de informações confiáveis. Dessa forma, o aperfeiçoamento das estatísticas que revelem determinada situação de saúde há que ser permanente. No caso brasileiro, importa constituir e/ou fortalecer os órgãos responsáveis pelo gerenciamento dos Sistemas de Informação de Saúde (SIS) nos diversos níveis de gestão do SUS.

Em que pese o crescente desenvolvimento das tecnologias de informação, a disponibilização de indicadores em meio eletrônico não parece suficiente para a incorporação da avaliação à gestão dos sistemas de saúde. Tampouco a elaboração de relatórios sobre resultados de uma avaliação pontual ou monitoramento do alcance de objetivos estabelecidos no planejamento para a saúde. Como visto na presente síntese, todos os países e organizações internacionais designaram órgãos ou comissões específicas para coordenar o processo de avaliação, o que se justifica pela especificidade de tal tarefa, e todos divulgam regularmente informações sobre os índices alcançados nos indicadores, entretanto poucos a incorporaram à rotina do planejamento e da gestão. Nesses casos, nota-se que na estratégia adotada foi incluída uma imediata ação direcionada à revisão e reorganização de práticas gerenciais ou assistenciais quando identificado um desempenho julgado inferior aos padrões estabelecidos.

As experiências sistematizadas revelam as abordagens metodológicas utilizadas para avaliação de sistemas de saúde públicos e universais em países selecionados,

porém existem outras propostas disponíveis na literatura especializada que não foram incluídas. Por conseguinte, novos estudos sobre a avaliação de sistemas de saúde que incluam as experiências dos países que não legislaram na mesma direção que os pesquisados podem ampliar o entendimento sobre as abordagens metodológicas possíveis. Um aprofundamento sobre as modificações adotadas no sistema de saúde inglês e aquela desenvolvida pela Nova Zelândia, assim como as recentes iniciativas da OMS, também podem complementar as informações aqui reunidas.

Em apoio às iniciativas de institucionalização da avaliação no SUS, o material aqui sistematizado pode trazer subsídio para a elaboração de tipologia dos métodos de avaliação dos sistemas de saúde universais. Também vemos necessário uma investigação sobre os usos das propostas de avaliação formuladas e implementadas, visando identificar o alcance desse esforço e seus possíveis determinantes.

Por fim, convém ressaltar que os resultados desta síntese deverão ser utilizados pelos gestores e profissionais do SUS com os necessários ajustes e adequações à realidade e às especificidades de cada nível de gestão, tomando os princípios e diretrizes do SUS, a situação de saúde e as políticas formuladas para o enfrentamento dos problemas priorizados, constantes nos Planos Estaduais e Municipais de Saúde e nos Pactos estabelecidos entre as instâncias de gestão, como orientadores da estratégia de avaliação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAH, O.A.; KLAZINGA, N.S.; DELNOIJ, D.M.J.; TEN ASBROEK, A.H.A.; CUSTERS, T. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement . **International Journal for Quality in Health Care**, v.15, n.5, p.2003, p.377-398, 2003.

ARAH, O.A.; WESTERT, G.P.; HURST, J.; NIEK, S.; KLAZINGA, N.S.A. Conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. **International Journal for Quality in Health Care**; p. 5-13, sep., 2006.

BISOTO JUNIOR, Geraldo; SILVA, Pedro Luís de Barros; DAIN, Sulamis (Orgs.). **Regulação do setor saúde nas Américas**: as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica. Brasília: OPAS, 2006. 400 p. il. color. (Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, 13).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). **A gestão da saúde nos estados**: avaliação e fortalecimento das funções essenciais. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Organização Panamericana de Saúde. **Para entender a auto-avaliação das funções essenciais de saúde pública na gestão estadual do SUS**: documento de trabalho. [Brasília], jun., 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 399/2006**. Brasília, 22 de fevereiro de 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 16 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde. **Política nacional de avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde**. Brasília, jan., 2007. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 05 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 2669/2009**. Brasília, 03 de novembro de 2009a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>> Acesso em: 12 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. **Orientações acerca dos indicadores de monitoramento avaliação do pacto pela saúde, nos componentes pela vida e de gestão para o**

biênio 2010 – 2011. Brasília, 20 nov., 2009b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 12 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Gestão Descentralizada. **Portaria nº 2751/2009.** Brasília, 11 de novembro de 2009c. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 12 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)** : uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, 2009d.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO. A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p,77-93, 2007.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION (CIHI). Health indicators. Ottawa, Ont., 2003. **Catalogue**, no. 82-221-XIE, n.2, 2003. Disponível em: <http://www.icis.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=indicators>. Acesso em: 08 dez. 2009.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION (CIHI). **Report from the Third Health Indicators Consensus Conference 2009.** Ottawa, Ont., 2009. Disponível em: <http://www.icis.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=PG_2610_E&cw_topic=2610&cw_rel=AR_3210_E>. Acesso em: 14 dez. 2009.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION (CIHI). **The health indicators project: the next 5 years, report from the Second Consensus Conference on Population Health Indicators 2005.** Ottawa, Ont.: CIHI, 2005. Disponível em: <http://www.icis.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=GR_1326_E>. Acesso em: 14 dez. 2009.

CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION. Canada. [On-line] <<http://secure.cihi.ca>>. Acesso em: 08 dez.2009.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). **20 anos do SUS – celebrar o conquistado, repudiar o inaceitável.** Rio de Janeiro, 2009.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil:** relatório final. 2008. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br/>>. Acesso em: 18 mar. 2010.

CONH, A.A. reforma sanitária brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.7, p.1614-1619, jul, 2009.

CONTANDRIOPOULOS, A. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11,n.3, p.705-711, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.F.; PINEAULT, R.A. avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, Z. M.A. (org.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29-48.

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; HARTZ, Z.; GERBIER, M.; NGUYEN, A. **Santé et citoyenneté: les expériences du Brésil et du Québec**. Les Presses de l'Université de Montréal, Canada, 2009.

CUNHA, J.C.; SANTOS, R.; SAKAE, T.M. Relatórios de gestão: instrumento de avaliação e planejamento dos sistemas de saúde? **Arquivos Catarinenses de Medicina** v.35, n. 2, 2006.

DENIS, J.; CHAMPAGNE, F. Análise da implantação. In: Hartz, Z.M. (Org.) **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p.49-88.

DET NATIONALE INDIKATORPROJEKT (DNIP). **Danish National Board of Health** The Danish National Indicator Project. Disponível em: <<http://www.nip.dk>>. Acesso em: 16 jan. 2010.

E THEKWINI MUNICIPALITY. **Performance Management System Framework. Organisational Performance**. June 2008. Disponível em: [http://www.durban.gov.za/durban/government/munadmin/pmu/organisation/of/Organisational Performance](http://www.durban.gov.za/durban/government/munadmin/pmu/organisation/of/Organisational%20Performance), Acesso em: 29 jan. 2010.

ENGLAND. National Health Service. Department of Health . **NHS 2010–2015 from good to great: preventative, people-centred, productive**, apresentada to Parliament by the Secretary of State for Health by Command of Her Majesty, 2009d. Disponível em: <<http://www.official-documents.gov.uk/document/cm77/7775/7775.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2009.

ENGLAND. National Health Service. Department of Health . **High quality care for all: our journey so far**, June 2009b. Disponível em:

<<http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Highqualitycareforall/index.htm>>. Acesso em: 19 dez. 2009.

ENGLAND. National Health Service. Department of Health . **NHS performance indicators: a consultation**. London: Department of Health, 2001. Disponível em: <http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4076775.pdf >. Acesso em: 11 dez. 2009.

ENGLAND. National Health Service. Department of Health . **Tackling Health Inequalities**: status report on the programme for action, health inequalities unit, HID 2005. Disponível em: <http://www.dh.gov.uk/dr_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4117698.pdf >. Acesso em: 23 fev. 2010.

ENGLAND. National Health Service. Department of Health. **The operating framework for 2010/11 for the NHS in England**: NHS finance, performance & operations, 16 dec. 2009c. Disponível em: <<http://www.dh.gov.uk> >. Acesso em: 19 dez. 2009.

ENGLAND. National Health Service. Department of Health. **Developing the NHS performance regime**: DH, NHS finance, performance & operations directorate, june 2008. Disponível em: <<http://www.dh.gov.uk/publications>>. Acesso em: 19 dez 2009.

ENGLAND. National Health Service. Department of Health. **NHS performance indicators**: national figures, february, 2002. London: National Health Service; 2003. Disponível em: <<http://www.performance.doh.gov.uk/nhsperformanceindicators/hlpi2002/NationalDocument.pdf>> . Acesso em: 11 dez. 2009.

ENGLAND. National Health Service. Department of Health. **The NHS performance framework**: Implementation Guidance, NHS finance, performance & operations directorate, April, 2009a. Disponível em: <<http://www.dh.gov.uk/publications>>. Acesso em: 19 dez. 2009.

ENGLAND. National Health Service. **The NHS performance assessment framework**. 1999. Disponível em: <<http://www.dh.gov.uk/publications>>. Acesso em: 11 dez. 2009.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad y Consumo. **Indicadores Claves del Sistema Nacional de Salud**. 2007. Disponível em: <<http://www.msps.es>>. Acesso em: 10 jan 2010.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad y Política Social. Informes, Estudios e Investigación 2009. **Informe anual del Sistema Nacional de Salud**. 2009. Disponível em: <<http://www.msps.es>>. Acesso em :10 jan. 2010.

ESPAÑA. Ministerio de Sanidad y Política Social. **Plan de calidad para el sistema nacional de salud**. 2007. Disponível em: <<http://www.msps.es>>. Acessado em 10 jan. 2010.

EUROPEAN COMMUNITY HEALTH INDICATORS. Disponível em: <http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/index_en.htm> . Acesso em: 12 jan. 2010.

FARIA, C.A.P. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.20, n.59, out., 2005.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.11, n. 3, p. 553-563, 2006.

FELISBERTO, E.; FREESE, E.; NATAL, S.; ALVES, C.K.A. Contribuição com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.9, p.2091-2102, set., 2008.

FIGUERAS, Joseph; MCKEE, Martin; LESSOF, Suszy; DURAN, Antonio; MENABDE, Nata (Eds.). **Health systems, health and wealth: assessing the case for investing in health system**. Copenhagen, Denmark: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008. Disponível em: <<http://www.euro.who>>. Acesso em: 15 mar. 2010.

FINLAND. National Public Health Institute. European Community Health Indicators Monitoring (ECHIM). **European Health Indicators: development and initial implementation, final report of the ECHIM Project**. Helsinki, 2008. Disponível em: <http://www.healthindicators.eu/healthindicators/object_document/o4962n28314.html> . Acesso em: 25 jan.2010.

FINLAND. National Public Health Institute. European Community Health Indicators Monitoring (ECHIM). **Public Health Indicators for Europe: context, selection, definition, final report by the ECHI Project – Phase II**. Helsinki, June, 2005. Disponível em: <http://www.healthindicators.eu/healthindicators/object_binary/o2713_ECHI-2FinalreportJune.pdf> . Acesso em: 25 jan. 2010.

FLEURY, S.; OUVENEY, A.M. Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella, Lúcia (Org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p.23-64.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. **O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade**. 2006.

GARCIA-ALTÉS, A.; ZONCO, L.; BORRELL, C.; PLASÈNCIA, A. Measuring the performance of health care services: a review of international experiences and their application to urban contexts. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v.20, n.4, p.316-324, 2006.

HARTZ, Z.M.A. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p, 419-42, 2002.

HARTZ, Z.M.A. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine international over fast food and sur mesure over ready-made. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.229-259, abr. – jun., 1999.

HILARION, P.; SUÑOL, R.; GROENE, O.; VALLEJO, P.; HERRERA, E.; SAURA, R. M. Making performance indicators work: the experience of using consensus indicators for external assessment of health and social services at regional level in Spain. **Health Policy**, n.90, p. 94-103, 2009.

KLEGZKOWSKI, B.M.; ROEMER, M.I.; WERF, A.V.D. **National health systems and their reorientation toward health for all: guidance for policy-making**. World Health Organization. Geneva, 1984. Disponível em: <<http://www.who.int/publications/en/>>. Acesso em: 10 nov. 2009.

KRAMERS, P.G.N. The ECHI project: health indicators for the European community. **European Journal of Public Health**, v. 13, n. 3 suppl., p.101-106, 2003.

KRUK, M.E.; FREEDMAN, L.P. Assessing health system performance in developing countries: a review of the literature. **Health Policy**, n.85, p. 263–276, 2008.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**. Ottawa: Government of Canada, 1974.

LOBATO, L.V.C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: Giovanella, Lúgia (Org.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 107-140.

LOBATO, L.V.C. Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos da Constituição de 1988. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.721-730, 2009.

MAINZ, J.A.N. The National Indicator Project. **Health Policy Monitor**, Oct., 2008. Disponível em: <<http://www.hpm.org/survey/dk/a12/3>>. Acesso em: 16 jan. 2010.

MAINZ, J.; KROG, B.R.; BJØRNSHAVE, B.; BARTELS, P. Nationwide continuous quality improvement using clinical indicators: the Danish National Indicator Project. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 16, suppl.1, p.i45-i50, 2004.

MEDINA, M.G.; SILVA, G.A.P.; AQUINO, R.; HARTZ, Z.M.A. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde. In: Hartz, Z. M.; Vieira-da-Silva, L. M. (Orgs.) **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.41-63, 2005.

MENICUCCI, T.M.G. O Sistema Único de Saúde, 20 anos: balanços e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n.7, p.1620-1625, jul, 2009.

MURRAY, C.J.L.; EVANS, D. (Eds.). **Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism**. Geneva: WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/en/index.html>> . Acesso em: 30 dez. 2009.

NASCIMENTO, R.C.S. **Avaliação do desempenho de sistemas de saúde: uma síntese de pesquisas**. Dissertação (Mestrado)-Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2008.

NATIONAL HEALTH PERFORMANCE COMMITTEE 2004 (NHPC). **National report on health sector performance indicators 2003**. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare. (AIHW cat. no. HWI 78.) Disponível em: <<http://www.aihw.gov.au/publications>>. Acesso em: 01 fev. 2010.

NATIONAL HEALTH PERFORMANCE COMMITTEE 2008 (NHPC). **Australian's Health 2008**. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare. Disponível em: <<http://www.aihw.gov.au/publications>>. Acesso em: 01 fev. 2010.

NEW ZEALAND. Ministry of Health. District Health Boards New Zealand..**Service planning and new health intervention assessment:** framework for collaborative decision-making. Wellington, 2006. Disponível em: <[http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/8336/\\$File/spnia-frameworkjan2006.pdf](http://www.moh.govt.nz/moh.nsf/pagesmh/8336/$File/spnia-frameworkjan2006.pdf)>. Acesso em: 28 jan. 2010.

NEW ZEALAND. Ministry of Health. **Health funding authority performance report 2000/2001, quarter one 2000/2001.** Wellington, New Zealand. 2000. Disponível em: <<http://www.moh.govt.nz>>. Acesso em: 28 jan. 2010.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n.5, p.547-59, 2000.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **Health Care Quality Indicators Project. Conceptual Framework Paper.** 2006. Disponível em: <<http://www.oecd.org/dataoecd/1/36/36262363.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2010.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **Health at a Glance 2009: OECD Indicators.** Disponível em: <http://www.oecd.org/health/healthataglance> or <<http://www.sourceoecd.org/vl=4977740/cl=11/nw=1/rpsv/cgi-bin/fulltextew.pl?prpsv=/ij/oecdthemes/99980142/v2009n16/s1/p11.idx>>. Acesso em 01 fev. 2010.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **Health Care Quality Indicators Project. Data Collection Update Report.** 2007. Disponível em:<<http://www.oecd.org/dataoecd/57/22/39447928.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2010.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **Measuring up: Improving Health System Performance in OECD Countries.** 2002. Disponível em: <http://www.oecd.org/document/37/0,3343,en_2649_201185_1958437_1_1_1_1,00.html> . Acesso em: 15 fev. 2010.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT (OECD). **Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems.** 2001. Disponível em <[http://www.olis.oecd.org/olis/2000doc.nsf/LinkTo/NT00002E86/\\$FILE/00087834.P](http://www.olis.oecd.org/olis/2000doc.nsf/LinkTo/NT00002E86/$FILE/00087834.P)>. Acesso em: 15 fev. 2010.

PAIM, J.S. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

PAIM, J.S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS-ISC, 2002.

PAIM, J.S.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Desafios e possibilidades de práticas avaliativas de sistemas universais e integrais de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATOS, Rubens (Orgs.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva – CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006. p.91-111.

PAIM, J.S. Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: Matta, G.C.; Lima, J.C.F. **Estado, Sociedade e Formação profissional em Saúde. Contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, p.91-122, 2008.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista de Saúde Pública**, v.40, N Esp., p.73-78, 2006.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Health system performance assessment and improvement in the region of Americas**. Washington, D.C.: PAHO, 2001. Disponível em: < <http://www.who.int/whr/en/index.html>>. Acesso em: 30 dez. 2009.

PATTON, M.Q. **Utilization-focused evaluation** : the new century text. 3. ed. Thousands Oaks London – New Delhi: SAGE Publications, 1997.

PROADESS. **Projeto: Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro**: relatório final. Rio de Janeiro, Agosto. 2003.

RODELLA, S.; BELLINI, P.; BRAGA, M.; REBBA, V. **Definizione di un set di indicatori per il monitoraggio e la valutazione dell'attività sanitaria**. Rapporto di Ricerca , Roma, 2002. Disponível em: <[http://. www.oecd.org/document](http://www.oecd.org/document)>. Acesso em: 10 Jan. 2010.

ROEMER, M. I.; ROEMER, R. Global Health, National Development, and the Role of Government. **American Journal of Public Health**, v. 80, n.10, Oct., 1990.

ROEMER, M.I. **National Health Systems of the World**. New York: Oxford University Press, 1991.

TAWFIK-SHUKOR, A.R.; KLAZINGA, N.S.; ARAH, O.A. Comparing health system performance assessment and management approaches in the Netherlands and Ontario, Canada. **BMC Health Services Research**, v.7, p.25, 2007.

VAN DER ZEE, Jouke ; KRONEMAN, M.W. Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs. **BMC Health Services Research**, n.7, p.94, 2007.

VIACAVA, F.; ALMEIDA, C.; CAETANO, R.; FAUSTO, M.; MACINKO, J.; MARTINS, M.; NORONHA, J.C.; NOVAES, H.M.D.; OLIVEIRA, E.S.; PORTO, S.M.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; SZWARCOWALD, C.L. Uma metodologia de avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n.3, p.711-724, 2004.

VIANA, A.L.; HEIMAN, L.S.; LIMA, L.D.; OLIVEIRA, R.G.; RODRIGUES, S.H. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(Suplemento), p.139-151, 2002.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p. 331-340, 1999.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: Hartz, Z.M.; Vieira-da-Silva, L.M. (Orgs.) **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p.15-39, 2005.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; HARTZ, Z.M.A.; CHAVES, S.C.L.; SILVA, G.A.P.; PAIM, J.S. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n.2, p.355-370, fev, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling up part 1**. Regional Office for Europe 2006, reprinted 2007. Disponível em: < <http://www.euro.who.int/pubrequest> > .Acesso em: 13 mar. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health Systems Performance: a comprehensive resource from the WHO**, last update feb 2004. Disponível em <<http://www.who.int/health-systems-performance/>> . Acesso em: 23 mar. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Performance measurement for health system improvement:** experiences, challenges and prospects. Estonia, 2008. Disponível em: <<http://www.euro.who>>. Acesso em: 15 mar. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The world health report:** Health System: improving performance. Geneva, 2000. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/en/index.html>>. Acesso em: 30 dez. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). <<http://www.who.int/en>> [On-line]. Acesso em: 03 jan. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. <<http://www.who.int/whr/en/index.html>> [On-line]. Acesso em: 03 jan. 2010.

ANEXO A – Glossário de conceitos e definições utilizados nos artigos e documentos selecionados referentes à avaliação de sistemas de saúde

Publicação / Autoria	Austrália NHPC, 2004; 2008	Brasil, 2007 (Política Nacional de Avaliação Desempenho do SUS	Viacava <i>et al</i> , 2004	Brasil/Conass, 2007 (Avaliação FESP)	Canadá CIHI, 2009	Espanha, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007	OECD, 2006; Arah <i>et al</i> , 2006	União Européia/ ECHIM, 2008
Aceitabilidade (acceptability)		Grau com que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e expectativas dos usuários e da população			O cuidado / serviço atende às expectativas dos clientes, comunidade, provedores e organizações, reconhecendo que pode haver conflito de interesse entre <i>stakeholders</i> , e que as necessidades dos clientes / pacientes são fundamentais.			
Acessibilidade (accessibility)	Capacidade das pessoas para obter cuidados de saúde no lugar certo e na hora certa, independentemente de renda, aspectos culturais e localização física.				Capacidade das pessoas para obter cuidados e serviços de saúde no lugar certo e na hora certa, com base nas suas necessidades.		Acessibilidade e Acesso: <i>accessibility</i> é a facilidade com que os serviços são alcançados. <i>Access</i> pode ser físico, financeiro ou psicológico, e requer que os serviços estejam <i>a priori</i> disponíveis.	
Acesso (<i>access</i>)		Capacidade das pessoas em obter		O mesmo que acessibilidade; diz				

Publicação / Autoria	Austrália NHPC, 2004; 2008	Brasil, 2007 (Política Nacional de Avaliação Desempenho do SUS	Viacava <i>et al</i> , 2004	Brasil/Conass, 2007 (Avaliação FESP)	Canadá CIHI, 2009	Espanha, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007	OECD, 2006; Arah <i>et al</i> , 2006	União Européia/ ECHIM, 2008
		os serviços necessários no lugar e no momento certos; Conjunto de circunstâncias, de diversas naturezas, que possibilitam o ingresso aos serviços que conformam uma rede de atenção à saúde, em seus diferentes níveis de complexidade e modalidades de atendimento, não se restringindo, à oferta de ações e estratégias individuais, tradicionalmente considerados, mas incluindo a possibilidade de acesso a medidas coletivas, de		respeito à forma de aproximação e entrada dos usuários ao sistema de serviços de saúde e remete à identificação de barreiras legais, territoriais, socioeconômicas ou culturais que dificultam a relação da população com os serviços.				

Publicação / Autoria	Austrália NHPC, 2004; 2008	Brasil, 2007 (Política Nacional de Avaliação Desempenho do SUS	Viacava <i>et al</i> , 2004	Brasil/Conass, 2007 (Avaliação FESP)	Canadá CIHI, 2009	Espanha, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007	OECD, 2006; Arah <i>et al</i> , 2006	União Européia/ ECHIM, 2008
		promoção e de vigilância à saúde						
Avaliação (<i>evaluation</i>)		<p>Avaliação de desempenho de sistema de saúde: aferição e julgamento sobre o grau de alcance dos objetivos que se propõe atingir.</p> <p>Avaliação: processo de produção de conhecimento que fortalece a capacidade de planejamento, que amplia a competência institucional de fazer previsões e de lidar com a incerteza e a complexidade.</p>		<p>A avaliação permite coletar, analisar, registrar de forma sistemática as informações sobre um programa ou fenômeno para auxiliar a tomada de decisões, julgar para melhorar o trabalho (Baker, 2000).</p> <p>Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: tipo de avaliação que se ocupa da medição sistemática dos atributos das ações de saúde que integram o conceito de qualidade, seja este relacionado aos efeitos dos cuidados médicos (eficácia,</p>				

Publicação / Autoria	Austrália NHPC, 2004; 2008	Brasil, 2007 (Política Nacional de Avaliação Desempenho do SUS	Viacava <i>et al.</i> , 2004	Brasil/Conass, 2007 (Avaliação FESP)	Canadá CIHI, 2009	Espanha, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007	OECD, 2006; Arah <i>et al.</i> , 2006	União Européia/ ECHIM, 2008
				<p>efetividade, impacto), aos custos (eficiência), à disponibilidade e distribuição dos recursos (acessibilidade, equidade), e à percepção dos usuários sobre a assistência recebida (aceitabilidade).</p> <p>Avaliação em saúde: análise sistemática da pertinência (de uma política em relação às necessidades e aos problemas de saúde), suficiência do volume de ações proporcional às necessidades e às demandas, progresso (grau de cumprimento das</p>				

Publicação / Autoria	Austrália NHPC, 2004; 2008	Brasil, 2007 (Política Nacional de Avaliação Desempenho do SUS	Viacava <i>et al</i> , 2004	Brasil/Conass, 2007 (Avaliação FESP)	Canadá CIHI, 2009	Espanha, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007	OECD, 2006; Arah <i>et al</i> , 2006	União Européia/ ECHIM, 2008
				metas e dos objetivos fixados no tempo previsto), eficiência (uso racional dos recursos empregados na operacionalização das ações), eficácia (obtenção dos resultados esperados em relação à utilização de uma determinada tecnologia ou à prestação de um serviço de saúde) e efetividade (alcance dos resultados pretendidos por um programa ou serviço em termos do impacto sobre o problema e as necessidades de saúde que o geraram).				

Publicação / Autoria	Austrália NHPC, 2004; 2008	Brasil, 2007 (Política Nacional de Avaliação Desempenho do SUS	Viacava <i>et al</i> , 2004	Brasil/Conass, 2007 (Avaliação FESP)	Canadá CIHI, 2009	Espanha, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007	OECD, 2006; Arah <i>et al</i> , 2006	União Européia/ ECHIM, 2008
Capacidade de resposta						Medida em que o sistema de saúde responde às necessidades da população, o nível de acesso aos serviços e o nível de satisfação da população.		
Capacidade/ competência técnica (<i>capable care/ competence</i>) / Adequação	Capacidade dos profissionais ou dos serviços para prestar serviços de saúde com base em habilidades e conhecimentos apropriados.	Grau com que os cuidados e intervenções ofertados estão baseados no conhecimento técnico científico existente.			Capacidade dos profissionais ou dos serviços para prestar serviços de saúde com base em habilidades e conhecimentos apropriados.			
Coerência interna das políticas de saúde				Coerência entre princípios, diretrizes, objetivos e estratégias para implementação de determinada política de saúde, garantia				

Publicação / Autoria	Austrália NHPC, 2004; 2008	Brasil, 2007 (Política Nacional de Avaliação Desempenho do SUS	Viacava <i>et al</i> , 2004	Brasil/Conass, 2007 (Avaliação FESP)	Canadá CIHI, 2009	Espanha, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007	OECD, 2006; Arah <i>et al</i> , 2006	União Européia/ ECHIM, 2008
				de correção formal e base para uma ação eficiente e efetiva em termos de produtos e resultados esperados.				
Condições de saúde da população				Conjunto de características demográficas, socioeconômicas, epidemiológicas e sanitárias apresentadas por determinada população em determinado momento.				
Condução do sistema de saúde		Capacidade do governo de formular e implementar políticas de saúde, garantindo monitoramento, regulação, participação e responsabilização na execução das						

Publicação / Autoria	Austrália NHPC, 2004; 2008	Brasil, 2007 (Política Nacional de Avaliação Desempenho do SUS	Viacava <i>et al</i> , 2004	Brasil/Conass, 2007 (Avaliação FESP)	Canadá CIHI, 2009	Espanha, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007	OECD, 2006; Arah <i>et al</i> , 2006	União Européia/ ECHIM, 2008
		políticas.						
Continuidade do cuidado (<i>continuous care/ continuity</i>)	Capacidade de fornecer cuidados ou serviços de saúde ininterruptos e coordenados, através de profissionais, programas, organizações e níveis de cuidado ao longo do tempo.	Capacidade do sistema de saúde de prestar serviços de forma coordenada e ininterrupta.			Capacidade de fornecer cuidados ou serviços de saúde ininterruptos e coordenados, através de profissionais, programas, organizações e níveis de cuidado ao longo do tempo.			
Cuidado apropriado (<i>appropriateness</i>)	Os cuidados, intervenções ou ações prestadas são relevantes para as necessidades dos clientes e baseados nas normas estabelecidas.				Os cuidados, intervenções ou ações prestadas são relevantes para as necessidades dos clientes e baseados nas normas estabelecidas.			
Cuidados de saúde (<i>health care</i>)				Ações voltadas à promoção da saúde, à prevenção de riscos e agravos, bem como ao diagnóstico a ao			Combinação dos serviços individuais e coletivos de saúde.	

Publicação / Autoria	Austrália NHPC, 2004; 2008	Brasil, 2007 (Política Nacional de Avaliação Desempenho do SUS	Viacava <i>et al</i> , 2004	Brasil/Conass, 2007 (Avaliação FESP)	Canadá CIHI, 2009	Espanha, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007	OECD, 2006; Arah <i>et al</i> , 2006	União Européia/ ECHIM, 2008
				tratamento de doenças e ações de reabilitação das capacidades reduzidas por efeito de doenças ou acidentes.				
Custo-efetividade				Relação entre o custo e a efetividade, entendendo-se por grau de efetividade o nível de contribuição de um programa ou outra atividade na consecução de metas e objetivos fincados para reduzir problemas ou melhorar uma situação insatisfatória. A análise do custo- efetividade tem por objetivo medir o custo relativo das diversas formas possíveis para a				

Publicação / Autoria	Austrália NHPC, 2004; 2008	Brasil, 2007 (Política Nacional de Avaliação Desempenho do SUS	Viacava <i>et al</i> , 2004	Brasil/Conass, 2007 (Avaliação FESP)	Canadá CIHI, 2009	Espanha, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007	OECD, 2006; Arah <i>et al</i> , 2006	União Européia/ ECHIM, 2008
				consecução de um objetivo e avaliar se o resultado máximo foi obtido utilizando o mínimo de recursos possível.				
Custo-utilidade				A relação custo- utilidade alia o custo da tecnologia para a saúde à sobrevida, determinada pela qualidade de vida. A tecnologia é útil para a saúde se a qualidade de vida (medida em termos objetivos e/ou subjetivos) melhora em consequência da sua aplicação.				
Desempenho (<i>performance</i>)	Alcance de um resultado esperado ou de processos que conduziram a esses resultados.	Resultados obtidos por meio de um processo de realização de atividades direcionadas ao alcance de	Grau de alcance dos objetivos dos sistemas de saúde (Hurst & Hughes, 2001). Cumprimento de				Desempenho do sistema de saúde (<i>performance of health system</i>) : medida em que o sistema de saúde concretiza/alcança seus objetivos, embora não	

Publicação / Autoria	Austrália NHPC, 2004; 2008	Brasil, 2007 (Política Nacional de Avaliação Desempenho do SUS	Viacava <i>et al</i> , 2004	Brasil/Conass, 2007 (Avaliação FESP)	Canadá CIHI, 2009	Espanha, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007	OECD, 2006; Arah <i>et al</i> , 2006	União Européia/ ECHIM, 2008
		objetivos.	objetivos e funções das organizações que compõem o sistema, variando de acordo com o que cada país estabeleceu como suas metas.				haja uma completa concordância sobre o significado do termo devido aos diferentes objetivos estabelecidos para os sistemas de saúde em cada país.	
Desigualdades em saúde				Termo genérico que pode conotar um conjunto heterogêneo de desigualdades entre indivíduos e grupos sociais em relação a diferentes aspectos do processo saúde- doença-cuidado, como por exemplo, as desigualdades entre grupos sociais no que diz respeito à exposição a determinados riscos em razão das suas				

Publicação / Autoria	Austrália NHPC, 2004; 2008	Brasil, 2007 (Política Nacional de Avaliação Desempenho do SUS	Viacava <i>et al</i> , 2004	Brasil/Conass, 2007 (Avaliação FESP)	Canadá CIHI, 2009	Espanha, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007	OECD, 2006; Arah <i>et al</i> , 2006	União Européia/ ECHIM, 2008
				condições e modos de vida, as desigualdades entre grupos no que diz respeito à ocorrência de determinados agravos à saúde (doenças e acidentes) e, ainda, a desigualdade entre grupos sociais no que diz respeito ao acesso e consumo de serviços de saúde, em quantidade e qualidade efetividade (alcance dos resultados pretendidos por um programa ou serviço em termos do impacto sobre o problema e as necessidades de saúde que o geraram).				

Publicação / Autoria	Austrália NHPC, 2004; 2008	Brasil, 2007 (Política Nacional de Avaliação Desempenho do SUS	Viacava <i>et al</i> , 2004	Brasil/Conass, 2007 (Avaliação FESP)	Canadá CIHI, 2009	Espanha, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007	OECD, 2006; Arah <i>et al</i> , 2006	União Européia/ ECHIM, 2008
Determinantes da saúde (<i>health determinants</i>)	Fatores que influenciam de forma positiva ou negativa a saúde no nível individual ou populacional.			Noção que abarca um conjunto de elementos estruturais e históricos que determinam e condicionam a ocorrência e a distribuição de fenômenos relacionados ao processo saúde- doença-cuidado em indivíduos, grupos e populações. Incluem fatores de ordem genético-hereditária (determinação biológica), ambientais (determinação ecológica), econômicos (determinação econômica), comportamentais (determinação cultural) e sócio-				

Publicação / Autoria	Austrália NHPC, 2004; 2008	Brasil, 2007 (Política Nacional de Avaliação Desempenho do SUS	Viacava <i>et al</i> , 2004	Brasil/Conass, 2007 (Avaliação FESP)	Canadá CIHI, 2009	Espanha, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007	OECD, 2006; Arah <i>et al</i> , 2006	União Européia/ ECHIM, 2008
				sanitários (relacionados ao acesso a serviços de saúde em quantidade e qualidade compatíveis com a promoção, proteção, manutenção e recuperação da saúde individual e coletiva efetividade (alcance dos resultados pretendidos por um programa ou serviço em termos do impacto sobre o problema e as necessidades de saúde que o geraram).				
Dimensões do desempenho dos serviços de saúde (<i>dimensions of health care</i>)							Atributos do sistema, preferencialmente mensuráveis, que estão relacionados ao seu funcionamento para manter, restaurar ou	

Publicação / Autoria	Austrália NHPC, 2004; 2008	Brasil, 2007 (Política Nacional de Avaliação Desempenho do SUS	Viacava <i>et al</i> , 2004	Brasil/Conass, 2007 (Avaliação FESP)	Canadá CIHI, 2009	Espanha, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007	OECD, 2006; Arah <i>et al</i> , 2006	União Européia/ ECHIM, 2008
<i>performance)</i>							melhorar a saúde.	
Efetividade (effectiveness)	Alcance dos resultados desejados pelos cuidados, intervenções e ações.	Grau com que a assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados.		Nível de contribuição de um programa ou serviço de saúde na consecução de metas e objetivos fixados a fim de reduzir as dimensões de um problema ou melhorar uma situação de saúde considerada insatisfatória; Alcance dos resultados pretendidos por um programa ou serviço em termos do impacto sobre o problema e as necessidades de saúde que o geraram.	Alcance dos resultados desejados pelos cuidados, intervenções e ações.	Alcance dos resultados das intervenções de saúde.	Grau de alcance de resultados esperados, dado a correta utilização de serviços baseados em evidências científicas.	
Eficiência (efficiency)	Alcance dos resultados desejados com o uso eficaz dos				Alcance dos resultados desejados com o	Utilização ótima dos recursos para	Uso ideal dos recursos disponíveis para produzir o máximo	

Publicação / Autoria	Austrália NHPC, 2004; 2008	Brasil, 2007 (Política Nacional de Avaliação Desempenho do SUS	Viacava <i>et al</i> , 2004	Brasil/Conass, 2007 (Avaliação FESP)	Canadá CIHI, 2009	Espanha, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007	OECD, 2006; Arah <i>et al</i> , 2006	União Européia/ ECHIM, 2008
	recursos.				uso eficaz dos recursos.	obter os resultados desejados.	benefício ou resultados (JCAHO, 1977); Habilidade do sistema em funcionar a baixo custo sem diminuir o alcance de resultados esperados (Donabedian, 2003) A OECD também utiliza os termos macro e micro-eficiência para analisar as despesas gerais, públicas e privadas, do sistema de saúde, e para analisar as despesas em relação aos produtos e resultados, respectivamente.	
Equidade (<i>equity or equitability</i>)			Ausência de diferenças sistemáticas potencialmente solucionáveis em subgrupos	Diz respeito à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” a fim de se alcançar a igualdade de			Medida em que o sistema lida igualmente com todas as partes envolvidas, no caso a distribuição dos encargos financeiros,	

Publicação / Autoria	Austrália NHPC, 2004; 2008	Brasil, 2007 (Política Nacional de Avaliação Desempenho do SUS	Viacava <i>et al</i> , 2004	Brasil/Conass, 2007 (Avaliação FESP)	Canadá CIHI, 2009	Espanha, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007	OECD, 2006; Arah <i>et al</i> , 2006	União Européia/ ECHIM, 2008
			populacionais definidos social, econômica, demográfica ou geograficamente (Macinko & Starfield, 2002)	oportunidades de sobrevivência e de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade. A construção da equidade em saúde implica a identificação das necessidades sociais e das necessidades de serviços de saúde dos diversos grupos da população, a reorganização dos serviços e a redistribuição dos recursos de forma que atenda, de maneira diferenciada, aos diversos grupos da população.			dos serviços e seus benefícios entre a população.	
Indicadores (<i>indicators</i>)	Indicadores de desempenho do sistema de saúde: estatística ou outra			Indicadores de desempenho: conjunto de indicadores que	Indicadores de saúde: medidas da saúde e de fatores que influenciam a			Concisa definição de um conceito para prover a

Publicação / Autoria	Austrália NHPC, 2004; 2008	Brasil, 2007 (Política Nacional de Avaliação Desempenho do SUS	Viacava <i>et al</i> , 2004	Brasil/Conass, 2007 (Avaliação FESP)	Canadá CIHI, 2009	Espanha, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007	OECD, 2006; Arah <i>et al</i> , 2006	União Européia/ ECHIM, 2008
	unidade de informação que reflete, diretamente ou indiretamente, a medida de alcance de um resultado esperado, ou da qualidade de processos que conduziram a esses resultados.			podem ser utilizados em processos de avaliação de desempenho de determinado sistema ou serviço de saúde. Podem ser relativos ao desenvolvimento de processos, produtos e resultados alcançados pela instituição ou sistema, de acordo com as políticas, os objetivos e as metas definidos em determinado plano, programa ou projeto.	saúde; medidas únicas e concisas, muitas vezes expressas em termos quantitativos, que representam uma dimensão-chave do estado de saúde, do sistema de cuidados/serviços de saúde ou de fatores relacionados a esses.			máxima informação sobre uma área de interesse.
Iniquidades em saúde				Desigualdades entre grupos sociais consideradas inaceitáveis, configurando injustiças a serem corrigidas mediante políticas públicas. Podem ser				

Publicação / Autoria	Austrália NHPC, 2004; 2008	Brasil, 2007 (Política Nacional de Avaliação Desempenho do SUS	Viacava <i>et al</i> , 2004	Brasil/Conass, 2007 (Avaliação FESP)	Canadá CIHI, 2009	Espanha, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007	OECD, 2006; Arah <i>et al</i> , 2006	União Européia/ ECHIM, 2008
				<p>identificadas iniquidades nas condições de saúde, bem como no acesso e no grau de utilização dos serviços de saúde Podem ser relativos ao desenvolvimento de processos, produtos e resultados alcançados pela instituição ou sistema, de acordo com as políticas, os objetivos e as metas definidos em determinado plano, programa ou projeto.</p>				
Monitoramento				<p>O mesmo que acompanhamento; processo de supervisão continuada do processo de implementação de determinada política,</p>				

Publicação / Autoria	Austrália NHPC, 2004; 2008	Brasil, 2007 (Política Nacional de Avaliação Desempenho do SUS	Viacava <i>et al</i> , 2004	Brasil/Conass, 2007 (Avaliação FESP)	Canadá CIHI, 2009	Espanha, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007	OECD, 2006; Arah <i>et al</i> , 2006	União Européia/ ECHIM, 2008
				plano ou programa.				
<i>Performance Framework</i>	Estrutura para orientar a compreensão e avaliação do sistema de saúde, tornando mais fácil determinar o quão bem o sistema está funcionando. São utilizados para orientar o desenvolvimento e seleção de indicadores.				Quadro conceitual usado para categorizar os indicadores e para orientar sua seleção.			
Problemas de saúde				Podem ser definidos como “necessidades não satisfeitas”, carências que geram riscos à saúde, sofrimento, adoecimento ou morte, podendo ou não ser reconhecidos como tal pelas pessoas e pelos diversos grupos				

Publicação / Autoria	Austrália NHPC, 2004; 2008	Brasil, 2007 (Política Nacional de Avaliação Desempenho do SUS	Viacava <i>et al</i> , 2004	Brasil/Conass, 2007 (Avaliação FESP)	Canadá CIHI, 2009	Espanha, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007	OECD, 2006; Arah <i>et al</i> , 2006	União Européia/ ECHIM, 2008
				sociais. Representação social de necessidades de saúde, derivadas de condições de vida e formuladas por um determinado ator social a partir da percepção da discrepância entre a realidade vivida e desejada ou idealizada.				
Qualidade do cuidado/dos serviços de saúde (<i>quality of care</i>)							Grau em que os serviços de saúde individuais ou coletivos aumentam a probabilidade de alcançar os resultados desejados/esperados e são consistentes com o conhecimento produzido.	
Responsividade (<i>responsiveness</i>) / Respeito ao direitos das	Os serviços respeitam as pessoas e são orientados ao cliente,	Capacidade do sistema de assegurar que os serviços respeitem o					Forma como o sistema atende as legítimas expectativas de saúde da população. É muitas	

Publicação / Autoria	Austrália NHPC, 2004; 2008	Brasil, 2007 (Política Nacional de Avaliação Desempenho do SUS	Viacava <i>et al</i> , 2004	Brasil/Conass, 2007 (Avaliação FESP)	Canadá CIHI, 2009	Espanha, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007	OECD, 2006; Arah <i>et al</i> , 2006	União Européia/ ECHIM, 2008
peessoas	incluindo o respeito à dignidade, participação nas escolhas, confidencialidade, pontualidade, qualidade de instalações, acesso a redes de apoio social, liberdade de escolha do provedor.	indivíduo e a comunidade e estejam orientados às pessoas.					vezes usado como sinônimo de <i>patient-centeredness</i> que significa o grau em que o sistema funciona tendo o paciente/usuário como o centro da entrega de serviços, sendo muitas vezes avaliado em termos da experiência do paciente com os serviços, podendo caracterizar a relação paciente/provedor, além da satisfação com aspectos específicos da assistência.	
Satisfação dos usuários				Diz-se da satisfação dos consumidores de determinado serviço com o próprio serviço. No caso dos serviços de saúde, essa satisfação geralmente está mais vinculada às				

Publicação / Autoria	Austrália NHPC, 2004; 2008	Brasil, 2007 (Política Nacional de Avaliação Desempenho do SUS	Viacava <i>et al.</i> , 2004	Brasil/Conass, 2007 (Avaliação FESP)	Canadá CIHI, 2009	Espanha, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007	OECD, 2006; Arah <i>et al.</i> , 2006	União Européia/ ECHIM, 2008
				condições gerais da prestação do serviço do que propriamente à qualidade e à efetividade deste, em decorrência da dificuldade que os usuários em geral tem em avaliar a adequação do serviço prestado ao conhecimento científico disponível e às normas técnicas existentes.				
Saúde		A saúde é, a um só tempo, concebida como um resultado das profundas desigualdades socioeconômicas da sociedade brasileira, que produzem realidades sanitárias complexas e contraditórias, e como uma produção						

Publicação / Autoria	Austrália NHPC, 2004; 2008	Brasil, 2007 (Política Nacional de Avaliação Desempenho do SUS	Viacava <i>et al</i> , 2004	Brasil/Conass, 2007 (Avaliação FESP)	Canadá CIHI, 2009	Espanha, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007	OECD, 2006; Arah <i>et al</i> , 2006	União Européia/ ECHIM, 2008
		social condicionada pela organização da rede de atenção e sua capacidade de realização de ações e serviços.						
Saúde Pública				Ação coletiva da sociedade para proteger e melhorar a saúde dos indivíduos e da comunidade. A noção ultrapassa as intervenções de base populacional ou comunitárias e inclui a responsabilidade de garantir o acesso a cuidados de saúde de qualidade.				
Segurança (<i>safe/safety</i>)	Prevenção ou redução a limites aceitáveis de dano real ou potencial que possam vir a ser causados pelos cuidados de saúde.				Potenciais riscos de uma intervenção ou do ambiente são evitados ou minimizados.		Grau no qual a estrutura e os processos realizados nos serviços de saúde evitam e previnem efeitos e resultados adversos que se originam do próprio processo de	

Publicação / Autoria	Austrália NHPC, 2004; 2008	Brasil, 2007 (Política Nacional de Avaliação Desempenho do SUS	Viacava <i>et al</i> , 2004	Brasil/Conass, 2007 (Avaliação FESP)	Canadá CIHI, 2009	Espanha, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007	OECD, 2006; Arah <i>et al</i> , 2006	União Européia/ ECHIM, 2008
							prestação de serviços.	
Sistema de cuidados /serviços de saúde (<i>health care system</i>)				Conjunto de instituições envolvidas direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde a uma dada população em território específico.			Conjunto de atividades e atores cujo principal objetivo é melhorar a saúde através da provisão de serviços individuais e coletivos.	
Sistema de Informação de Saúde (<i>Health Information System</i>)				Conjunto de procedimentos, técnicas e instrumentos de produção de dados, processamento e análise de informações, visando a sua difusão e utilização no processo de tomada de decisões e de operacionalização de ações.				Dinâmica e flexível infra- estrutura para monitorar atividades de saúde e a saúde da população nos níveis nacional ou subnacional.
Sistema de Saúde		Conjunto de recursos articulados para a resolução de	Combinação de recursos, organização,				Todas as atividades e estruturas cujo principal objetivo é influenciar a	

Publicação / Autoria	Austrália NHPC, 2004; 2008	Brasil, 2007 (Política Nacional de Avaliação Desempenho do SUS	Viacava <i>et al</i> , 2004	Brasil/Conass, 2007 (Avaliação FESP)	Canadá CIHI, 2009	Espanha, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007	OECD, 2006; Arah <i>et al</i> , 2006	União Européia/ ECHIM, 2008
		problemas sanitários, orientados por diretrizes concertadas no interior de uma sociedade.	financiamento e gerenciamento que culmina na prestação de serviços de saúde para a população (Roemer, 1991). Mecanismo societal, que transforma recursos generalizados (ou inputs) em resultados especializados, na forma de serviços de saúde direcionados para resolver os problemas de saúde da sociedade (Field, 1973). Conjunto de atividades cujo				saúde em seu sentido mais amplo. Todas as atividades cujo objetivo principal é promover, restaurar ou manter a saúde (OMS 2000).	

Publicação / Autoria	Austrália NHPC, 2004; 2008	Brasil, 2007 (Política Nacional de Avaliação Desempenho do SUS	Viacava <i>et al</i> , 2004	Brasil/Conass, 2007 (Avaliação FESP)	Canadá CIHI, 2009	Espanha, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007	OECD, 2006; Arah <i>et al</i> , 2006	União Européia/ ECHIM, 2008
			<p>principal propósito é promover, restaurar e manter a saúde de uma população (OMS, 2000).</p> <p>Respostas sociais organizadas deliberadamente para responder às necessidades, demandas e representações das populações, em determinada sociedade e determinado tempo (Mendes, 2002).</p>					
Sustentabilidade (<i>Sustainability</i>)	Capacidade do sistema ou da organização para prover infra-estrutura, tais como							

Publicação / Autoria	Austrália NHPC, 2004; 2008	Brasil, 2007 (Política Nacional de Avaliação Desempenho do SUS	Viacava <i>et al</i> , 2004	Brasil/Conass, 2007 (Avaliação FESP)	Canadá CIHI, 2009	Espanha, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007	OECD, 2006; Arah <i>et al</i> , 2006	União Européia/ ECHIM, 2008
	força de trabalho, instalações e equipamentos, e para ser inovador e responder às necessidades emergentes.							
Universalidade				Um dos princípios finalísticos do SUS, a universalidade pode ser entendida como um ideal a ser alcançado, qual seja o de que todos os cidadãos brasileiros possam usufruir do seu direito à saúde, aí incluído o acesso às ações e aos serviços necessários para sua promoção, proteção e recuperação.				

