



Universidade Federal da Bahia/Instituto de Saúde Coletiva

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: uma síntese de pesquisas

Rita de Cássia de Sousa Nascimento

Salvador – BA

2008



Universidade Federal da Bahia/Instituto de Saúde Coletiva

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: uma síntese de pesquisas

Rita de Cássia de Sousa Nascimento

**Dissertação em forma de artigos, apresentada
ao Instituto de Saúde Coletiva como parte dos
requisitos para obtenção do título de Mestre em
Saúde Comunitária.**

Professor: Sebastião Loureiro, PhD.

Salvador – BA

2008

Criar e recriar a partir dos sonhos das pessoas pode ser encantador, principalmente quando a arte final leva muito mais que uma mensagem, leva oportunidades para nossa gente.

AGRADECIMENTOS

À luz divina que ilumina os meus passos, o meu pensamento e que me deu forças para chegar até aqui. Ela é a companheira de todos os meus atos, em todos os momentos!

Aos meus pais que, em sua humilde sabedoria, sempre me ensinaram os valores da verdade, da justiça e do amor. E, mesmo distantes, estão sempre presentes com sua palavra de apoio e de carinho nos momentos mais difíceis!

Aos professores que com sua sabedoria, humildade e paciência sinalizaram os caminhos a serem percorridos, nos ajudando a desenvolver o olhar de pesquisador! Aos Mestres, um carinho todo especial...

Aos colegas e amigos... Todos em especial e que sempre colaboraram com um gesto de atenção, uma palavra amiga! Não citarei nomes para não correr o risco de esquecer alguém...

Aos funcionários da Secretaria de Cursos, do Laboratório de Informática, da Biblioteca, da Administração, os zeladores, porteiros... Todos sempre atenciosos e gentis, colaborando com o nosso processo de formação...

A todos, meu muito obrigada!

SUMÁRIO

Apresentação

Artigo 1 – Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: uma tecnologia de gestão

Resumo	08
Abstract	09
1 Introdução	10
2 Quadro Teórico	17
3 Metodologia	23
3.1 Produção dos dados	24
3.2 Plano de Análise	25
4 Resultados	27
4.1 Procedência dos estudos	27
4.2 Objeto avaliado	28
4.3 Opções metodológicas	30
5 Discussão	32
6 Considerações Finais	37
7 Referências Bibliográficas	38

Artigo 2 – Sustentabilidade de Sistemas de Saúde: possíveis caminhos

Resumo	43
Abstract	44
1 Introdução	45
2 Quadro Teórico	48
2.1 Modelo Teórico	52
2.2 Modelo Teórico/Lógico	53

3 Metodologia	54
3.1 Produção dos dados	54
3.2 Plano de análise	56
4 Resultados	58
4.1 Procedência dos estudos	58
4.2 Dimensões associadas à sustentabilidade de sistemas de saúde	59
5 Discussão	63
6 Considerações Finais	70
7 Referências Bibliográficas	72

APRESENTAÇÃO

Este trabalho trata de uma pesquisa de síntese, cujo objetivo é conhecer as características do debate atual sobre avaliação de desempenho e sustentabilidade de sistemas de saúde, tomando como ponto de partida tanto as reformas ocorridas no mundo a partir dos anos 90, dadas à falência do modelo de bem estar social, bem como, quanto à participação da sociedade na gestão das políticas públicas.

Conforme o Regimento do Mestrado de Saúde Comunitária do ISC/UFBA, a pesquisa se apresenta sob a forma de dois artigos, onde o primeiro enfoca o desempenho dos sistemas de saúde, trazendo os resultados à luz da procedência dos estudos, das dimensões mais frequentemente utilizadas para a avaliação do desempenho dos sistemas de saúde e as opções metodológicas para sua realização.

Já o segundo artigo dá enfoque à sustentabilidade de sistemas de saúde, buscando identificar que países estão se dedicando a produção de estudos com este tema e que dimensões e atributos estão relacionados ao mesmo. Foi elaborado um modelo teórico e uma matriz referencial que possibilitem aplicar o conceito multidimensional de sustentabilidade aos sistemas de saúde.

Espera-se que este estudo possa contribuir para as discussões em âmbito local, estimular o desenvolvimento de estudos empíricos e despertar o interesse da gestão de saúde para o desempenho e a sustentabilidade, questões consideradas fundamentais e que envolvem tanto o aperfeiçoamento das práticas de saúde no contexto dos sistemas de saúde, quanto a resposta dos mesmos no atendimento às necessidades de saúde da população.

**ARTIGO 1 – Avaliação de Desempenho de Sistemas de
Saúde: uma tecnologia de gestão**

RESUMO

A avaliação de desempenho dos sistemas de saúde das nações vem ganhando importância crescente entre os gestores do setor saúde e o setor acadêmico, sendo considerada como etapa essencial para o planejamento das ações voltadas para garantia da qualidade da atenção e subsidiar decisões que atendam às necessidades da população, constituindo-se uma tecnologia de gestão. Este artigo objetiva conhecer as características atuais do debate sobre a avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, por meio da procedência da produção científica, dos atributos relacionados à estrutura, processo e resultado dos sistemas, bem como das opções metodológicas utilizadas para desenvolver estes estudos. A coleta de dados foi realizada por meio das bases de dados indexadas: Medline, Lilacs e Scielo, no período de 1990 a 2007, sendo excluídos da pesquisa os estudos que trataram da avaliação de ações e programas de saúde. Foram analisados os atributos relativos à eficiência, qualidade e efetividade, estando os mesmos relacionados à estrutura, processo e resultado, respectivamente. Os resultados apontam uma tendência de maior preocupação da academia dos países desenvolvidos com o desempenho dos sistemas de saúde, especialmente com os aspectos de qualidade. Entretanto, os sistemas de saúde do Brasil têm dedicado mais espaço à produção científica deste tema. Foram os estudos de avaliação de intervenção, aqueles desenvolvidos em maior número, cuja relação se dá com a estrutura dos sistemas de saúde. Uma maior frequência de estudos empíricos certamente contribuirá com a institucionalização da avaliação de desempenho, especialmente nos países em desenvolvimento.

Palavras-chave: Avaliação. Desempenho de sistemas de saúde. Efetividade. Eficiência. Qualidade.

ABSTRACT

The health systems performance assessment has gradually become more important among health and academic sectors managers. It has been considered as essential part of the action planning for the guarantee of the quality of attention and of the process of subsidizing decisions that provide the needs of the population. Thus, it constitutes a healthcare management technology. This paper intends to know the recent characteristics of the debate on health systems performance assessment through the source of the scientific production, the attributes related to the structure, process and result of the systems, and the methodological options used to develop those studies. The data were gathered from the indexed databases Medline, Lilacs and Scielo, from 1990 through 2007. Studies on assessment of health actions and programs were excluded. The attributes related to efficiency, quality and effectiveness – associated to structure, process and result, respectively – were analyzed. The results point out a tendency for developed countries' academics to a greater concern about the healthcare systems development, especially with quality issues. However, Brazilian health systems have given more space to scientific production of this matter. It can be seen in the intervention assessment studies, developed in a greater number, whose relationship is to the health systems structure. A greater frequency of empiric studies will certainly contribute to the institutionalization of the performance assessment, especially in developing countries.

Keywords: Assessment; Health systems performance; Effectiveness; Efficiency; Quality.

1 INTRODUÇÃO

A saúde é um produto socialmente determinado e, como tal, sua promoção implica conhecer como se apresentam as condições de vida na sociedade, para que seja possível socialmente intervir em sua modificação. Entretanto, respeitar o direito à saúde significa mudanças na organização econômica determinante das condições de vida e na superestrutura que insiste em cristalizar desigualdades na distribuição de bens e serviços (BUSS, 2000).

Com base nessas considerações, é possível resgatar a idéia do direito à saúde como noção básica para a formulação de políticas públicas, historicamente determinadas em cada conjuntura enquanto práticas sociais (DONNANGELO, 1976) justificada na medida em que não se confunda o direito à saúde com o direito aos serviços de saúde ou mesmo com o direito à assistência médica.

Para Silva & Formigli (1994), embora possuam características técnicas evidentes, ações que têm como objeto o processo saúde-doença podem estar relacionadas ou não à percepção das necessidades de saúde, às necessidades de determinando serviço de saúde, ou ainda, ao estado de saúde da população. Há autores que entendem serem estas ações muito limitadas, frente aos efeitos sobre a saúde que se atribuem à renda e à educação.

Ainda conforme as autoras citadas, tanto as necessidades de saúde quanto as de serviço, à semelhança de outras práticas sociais, podem constituir-se em objeto de avaliação nas suas diversas dimensões, seja enquanto cuidado individual, seja nos seus níveis mais complexos de intervenção e de organização, como políticas, programas, serviços ou sistemas.

As evidências empíricas demonstram que o campo da avaliação é bem desenvolvido e está institucionalizada nos países desenvolvidos, especialmente no Canadá, Inglaterra e Estados Unidos, sendo que, neste último, desde os anos 50 e 60, quando do desenvolvimento das políticas públicas do pós-guerra, que objetivaram a redução da pobreza e o desenvolvimento social (WEILENMANN, 1980).

Entretanto, apesar do aumento da produção científica da América Latina (AL) no campo, a avaliação ainda não está institucionalizada nestes países. Para Draibe (1989), o interesse no objeto privilegiado pela literatura americana, à época da institucionalização da avaliação,

ainda não estava posto para os países latino-americanos, conforme as noções de *Welfare State*, além das diferenças entre o pensamento funcionalista e marxista no campo da saúde coletiva.

Para que se compreenda melhor este processo, faz-se necessário uma visita aos anos 90, quando houve um grande salto na implementação da institucionalização da avaliação, motivada pelas reformas advindas da crise do capitalismo mundial.

As Reformas dos anos 90

Após a segunda guerra mundial, o mundo assistiu a um período de prosperidade econômica e social. Dessa feita na Europa, constituiu-se o *Welfare State*, cujo princípio fundamental se expressa no direito que todos os cidadãos têm de serem protegidos, marcando uma junção entre a sociedade e o Estado, implicando, no caso da saúde, uma desmercantilização, elevando seu estatuto a direito universal (ELIAS, 2004).

Contudo, a partir dos anos 70, face ao crescimento desordenado e à globalização, este Estado entra em crise, haja vista o esgotamento de diferentes modelos de desenvolvimento, tanto em economias capitalistas quanto nas economias socialistas, que não conseguiram superar as repetidas crises fiscais, acentuando o desemprego e a pobreza no mundo.

Segundo Pereira (1997), a grande tarefa política dos anos 90 foi a reforma ou reconstrução do Estado para que o mesmo pudesse desenvolver suas tarefas clássicas, a exemplo da garantia os direitos sociais. O debate ocorrido nas últimas décadas e inserido no amplo conjunto de reformas econômicas e sociais tem lugar na delimitação do tamanho e descentralização das funções do Estado, envolvendo idéias regulação, recuperação da governança e aumento da governabilidade.

Entretanto, essa década é marcada por conflitos quando a agenda passa a ser influenciada pela globalização e pelos postulados do neoliberalismo, tornando muito tênue a linha entre o Estado e o mercado, fomentando uma sociedade entre o público e o privado. No Brasil, esse movimento se caracteriza pelo rápido crescimento do setor privado de saúde, o que mais tarde veio produzir grandes tensionamentos e conflitos sociais no campo da saúde (BAHIA & VIANA, 2002).

Na América Latina (AL), em particular, as mudanças vieram caracterizadas para além da crise fiscal e das questões de governabilidade, tendo sido a descentralização acompanhada de processos de redemocratização, muitas vezes vista como componente essencial da democracia. Seus defensores apontam a aproximação do poder decisório da população como fator facilitador de definição de prioridades e maior controle, pela sociedade, da qualidade dos serviços e da correta aplicação dos recursos.

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1995), as reformas no setor trataram de um processo sustentado de mudanças na política de saúde e nos arranjos institucionais, coordenado pelo Estado, objetivando melhorar o funcionamento e o desempenho do setor, visando alcançar melhores níveis de saúde da população, por meio da redução das desigualdades ao acesso e financiamento da atenção, melhorando sua qualidade e corrigindo a deficiência no desempenho e na ineficiência operacional.

A partir da Cúpula das Américas de 1995, a Organização Panamericana de Saúde (OPS) propõe uma metodologia para monitorar e avaliar as reformas no setor saúde nos países da AL e Caribe, como forma de ajudar os governos a estabelecê-las. Cria a Iniciativa Regional de Reformas do Setor de Saúde da AL e Caribe, objetivando o desenho ou aperfeiçoamento de metodologias, assinalando cinco princípios regulatórios fundamentais: equidade, qualidade, eficiência, sustentabilidade e participação social.

Ao contrário da reforma ocorrida na AL, o processo brasileiro de democratização da saúde, idealizado pelo Movimento da Reforma Sanitária, promoveu uma reforma de caráter mais amplo na saúde, transcendendo os limites setoriais. Esse movimento ganhou força nos anos 80, trazendo como conquista o Sistema Único de Saúde (SUS).

Política social, ora estruturada na Constituição de 1988, por meio das Leis 8.080/0 e 8.142/90, o SUS garante a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, tendo como uma de suas diretrizes organizativas a descentralização, que por meio da municipalização, leva as decisões para mais próximo da população, intensificando o processo de democratização da saúde.

A descentralização é tida, portanto, como imprescindível na viabilização das políticas públicas, podendo constituir-se numa garantia de maior acesso, integralidade e equidade no atendimento às necessidades de saúde da população.

Entretanto, o cenário brasileiro dos anos 90, como citado anteriormente, não se mostrava favorável a mudanças desse teor, considerando a centralização ainda excessiva, a fragmentação institucional, a capacidade reguladora incipiente e a pouca tradição participativa da sociedade (DRAIBE, 1997; VIANA *et al.*, 2002).

Contudo, aliado à necessidade de avaliar as políticas de reforma, o aumento dos custos da provisão de serviços de saúde, ocasionado pelo envelhecimento da população e pela incorporação de novas tecnologias, promoveu uma corrida de vários países do mundo pela avaliação de desempenho de seus sistemas de saúde, visando minimizar os *trade-offs* entre equidade, eficiência, efetividade e qualidade dos serviços (MENDES, 2004).

Em todo o caso, as experiências internacionais de descentralização de sistemas de saúde não apontam resultados definitivos, mas sim a necessidade de aprofundar estudos de evidências e investigar as relações entre essa diretriz e as práticas de atenção à saúde. Isso se aplica ao caso latino-americano, que tem adotado algumas experiências de avaliação neste sentido, especialmente as incentivadas pela OPS e outras agências de fomento.

Eis alguns dos propósitos do setor saúde na América Latina, como produto das suas reformas: fortalecer a função reguladora dos Ministérios da Saúde; melhorar a qualidade mediante novos modelos de prestação de serviços; alocar os recursos públicos eficiente e equitativamente; melhorar a qualidade da atenção; utilizar indicadores de desempenho para monitorar a efetividade e a prestação de serviços; assegurar um financiamento solidário em saúde.

Não obstante, no atual debate sobre o fortalecimento da assistência pública à saúde no Brasil, aparecem com relevância questões relativas à necessidade de se maximizar impactos e de melhorar a gestão dos investimentos governamentais. Neste sentido, um mecanismo de avaliação sistemático e contínuo do Sistema Único de Saúde, seus programas e ações emergem como um importante instrumento para alcançar melhores resultados em termos dos princípios estabelecidos na sua criação.

As experiências de Avaliação de Desempenho

Em se tratando de iniciativas de avaliação de desempenho de sistemas de saúde, o fim do século XX foi um marco internacional em produção científica. No ano 2000, a OMS em seu *World Health Report* (WHR, 2000) teve o mérito de colocar em debate a avaliação de desempenho de sistemas de saúde como objeto central do mesmo.

Esse fato causou grande mobilização entre a comunidade científica mundial, que respondeu criticamente à iniciativa da OMS, dada a forma como o desempenho dos sistemas de saúde foi avaliado nos 191 países membros. Isso ocorreu tanto pela proposta parecer pouco útil em subsidiar a definição de políticas de saúde, quanto pela metodologia, que utilizou uma medida global de desempenho, composta pelos indicadores: nível e distribuição de saúde, nível e distribuição de responsividade e distribuição de custos.

Também em 2000, conjuntamente com a OMS, a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico¹ lançou o *System of Health Accounts* (SHA), com a finalidade de avaliar o desempenho de sistemas de saúde na União Européia, por meio das despesas de saúde e seu financiamento. Nessa iniciativa, o projeto relaciona 04 (quatro) dimensões para avaliação: sustentabilidade, eficiência, efetividade e acesso, incluindo a equidade.

Posteriormente, Hurst & Hughes (2001) propõem uma complementação ao quadro de referência da OMS para avaliação de desempenho dos sistemas de saúde dos países da OCDE, utilizando, entre outros, indicadores de resultados² (*outcomes*) dos serviços de saúde, dando maior ênfase à estrutura e ao processo dos sistemas de saúde como *proxy* de resultados e o desempenho restrito da assistência médica como oposta às atividades de saúde pública.

¹ Criada em 1961, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE, ou OECD em inglês) é uma organização internacional dos países comprometidos com os princípios da democracia representativa e da economia de livre mercado, e que influencia a política social e econômica de seus 30 estados membros. Fazem parte: Alemanha, Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, Coreia do Sul, Dinamarca, Eslováquia, Espanha, Estados Unidos, Finlândia, França, Grécia, Hungria, Irlanda, Islândia, Itália, Japão, Luxemburgo, México, Noruega, N. Zelândia, Países Baixos, Polônia, Portugal, Reino Unido República Checa, Suécia, Suíça, Turquia.

² Para Hurst & Hughes (2001), estão relacionados a mudanças no estado de saúde de indivíduos e populações determinadas pela ação dos serviços de saúde. As dificuldades em sua operacionalização, implicam a utilização de *proxies* de resultados (medidas do estado de saúde e do processo de atenção).

Esses autores criticam o conceito de eficiência³ empregado pela OMS no WRH (2000), e relacionam a avaliação de desempenho a distintas dimensões dos sistemas de saúde, a exemplo da qualidade. Por outro lado, o sistema inglês elege o acesso como dimensão de desempenho, pouco enfatizando a avaliação da equidade, destacada, por sua vez, pelo sistema canadense que também avalia o desempenho por indicadores de promoção da saúde.

Já a OPS recomendou em 2001 que, para além da eficiência e da equidade⁴, os países devam eleger como dimensões de avaliação de desempenho, entre outras, a efetividade, a aceitabilidade e a satisfação, sendo que estes dois últimos, aliados ao conceito de responsividade, adquiridos através de inquéritos populacionais.

Barata (2004) destaca o esforço da OMS em aprimorar a experiência de 2000, com a Pesquisa Mundial de Saúde de 2003, onde, ao invés de um índice global, utilizou diferentes dimensões e indicadores permitindo melhor compreensão do desempenho dos sistemas de saúde avaliados. Tais foram as dimensões: situação de saúde, determinantes de saúde, acesso a serviços e cobertura de ações de saúde, satisfação dos usuários e gastos com saúde.

No caso brasileiro, o PRO-ADESS⁵, é proposto que o desempenho do sistema esteja focado nos serviços, definidos pelas necessidades de saúde da população, relacionadas aos determinantes das condições de saúde. Estes, por sua vez, devem orientar o financiamento e os recursos necessários ao bom desempenho do sistema, responsável, em parte pela melhoria das condições de saúde da população (VIACAVA, *et al.*, 2004).

Considerando os contextos político, social e econômico, essa proposta, ainda em desenvolvimento, visa compreender quais são e como se inter-relacionam os fatores que influenciam a eficiência, a efetividade e a equidade no desempenho do SUS, bem como melhorar a formulação de políticas e como monitoramento das desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços recebidos pelos diferentes grupos sociais.

³ Eficiência é definida como o grau com que o sistema de saúde realiza a contribuição máxima possível às metas sociais em função dos recursos disponíveis, interna e externamente ao setor. WHR, 2000.

⁴ Uma recomendação importante da OPS trata a inclusão, pelos marcos teóricos, da equidade como eixo transversal às demais dimensões.

⁵ Programa de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde do Brasil. Francisco Viacava (Fiocruz) é o coordenador do projeto que está disponível em www.proadess.cict.fiocruz.br

Outra experiência brasileira é o projeto de Indicadores de Desempenho de Sistemas de Saúde do Programa de Economia da Saúde (PECS) do ISC/UFBA (2005), cujo escopo reside na identificação de indicadores de avaliação de resultado traduzidos no desempenho do sistema de saúde, utilizando-se de indicadores que avaliam dimensões, em termos de acesso, eficiência, efetividade, qualidade, sustentabilidade e, transversalmente, a equidade.

Nessa discussão até aqui, um processo de avaliação é de fundamental importância para apontar diferenças e subsidiar as mudanças necessárias, conforme Aguilar & Ander-Egg (1994) destacam: “avaliar é conhecer para melhorar as formas de agir”. Segundo Hartz (1999), “a valorização de estratégias mais participativas cria estruturas de avaliação descentralizadas e flexíveis, constituindo-se em eixo principal para sua institucionalização”. Ainda de acordo com a mesma autora,

[...] Institucionalizar a avaliação tem o sentido de integrá-la em um sistema organizacional no qual esta seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão [...] (Hartz, 2002: 419).

Para Contandriopoulos (2006), institucionalizar a avaliação implica questionar sua capacidade em produzir informações e julgamentos necessários para contribuir com as instâncias decisórias em melhorar o desempenho do SUS. O mesmo aponta que, quanto maior a convicção de um ator acerca de que uma melhora do desempenho do sistema passa por uma melhora do processo de decisão, que por sua vez depende de informações válidas, lhe parecerá mais pertinente a institucionalização da avaliação.

Segundo Felisberto (2006), o Ministério da Saúde do Brasil tem promovido, ainda que incipientes algumas iniciativas de institucionalização de instrumentos nacionais de monitoramento e avaliação, com base em indicadores selecionados e pactuados, a exemplo do Pacto pela Saúde 2006. Contribuição decisiva para a qualidade da atenção, reconhecendo a importância em priorizar a qualificação dos *stakeholders* e equipes técnicas, como garantia de ampla participação e vivência nos processos avaliativos.

Outras iniciativas brasileiras na tentativa de institucionalização da avaliação no SUS: a criação dos Departamentos de Análise de Situação de Saúde nas secretarias do MS em 2003, inclusive no Programa Nacional de DST/Aids (Monitoraids) em 2004, além da publicação da portaria do Gabinete do Ministro número 665/2006, que institui o Comitê Nacional de

Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde, envolvendo ações sobre os determinantes de saúde, controle de riscos e danos.

Neste sentido, interessa-nos conhecer quais as características do debate atual sobre a avaliação de desempenho de sistemas de saúde no contexto brasileiro e internacional, identificando qual a procedência dos estudos em bases bibliográficas indexadas, as principais dimensões relacionadas aos mesmos, como também, suas principais propostas metodológicas.

2 QUADRO TEÓRICO

Para Roemer (1991), sistema de saúde é uma combinação de recursos, organização, financiamento e gerenciamento, que culmina na prestação de serviços de saúde para a população. Murray & Frenk (2000) elegem três objetivos principais para sistemas de saúde, que vêm compor a base para avaliação de seu desempenho, nos programas financiados pela OMS: saúde, responsividade e justiça na contribuição financeira.

Neste estudo, tomaremos a referência de Mendes (2002), que define sistemas de saúde como sendo “respostas sociais organizadas deliberadamente para responder às necessidades, demandas e representações das populações, em determinada sociedade e determinado tempo”.

Silva e Formigli (1994) entendem as respostas sociais enquanto intervenções ou práticas de saúde. Para essas autoras, de modo geral, existe uma grande tendência em focar os estudos de avaliação em saúde nessas respostas, configuradas nos serviços e programas de saúde, em detrimento da avaliação dos sistemas de saúde.

Em 1997, Contandriopoulos formulou uma das definições mais abrangentes do campo da avaliação, qual seja “a avaliação pode ser considerada como um julgamento sobre uma intervenção⁶ ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões”. Essa será a definição que adotaremos neste estudo.

⁶ Para este autor, uma intervenção é um conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros e simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços para modificar uma situação problemática. Segundo o mesmo, uma intervenção caracteriza-se por cinco (05) componentes: objetivos; recursos; serviços, bens ou atividades; efeitos; contexto em um dado momento. Hartz & Vieira-da-Silva (2005) interpretam que esta definição do autor limita o escopo da avaliação à ação instrumental da ação.

Entretanto, faz-se imprescindível que instâncias de decisão compreendam o objeto, o contexto e o método em que a avaliação foi realizada. Do contrário, deixa de ser um instrumento de transformação e inovação limitando-se ao alcance do seu objetivo final: a melhoria do desempenho do sistema de saúde. (CONTADRIOPOULOS apud CROZIER, 1997).

Tanaka (2006) também destaca que, se a avaliação “é um processo sistemático que emite juízo de valor para tomada de decisão”, a identificação de quais, onde, quando e para quem os atores sociais tomam decisões é fundamental, pois, na maioria das vezes, quem avalia não tem influência sob os recursos a serem mobilizados.

Embora haja alguma discordância conceitual, em geral, desempenho de sistemas de saúde refere-se ao grau de alcance dos objetivos dos sistemas de saúde (HURST & HUGHES, 2001). A JCAHO (*Joint Commission on Accreditation on of Health Care Organization*) define o desempenho enquanto a “forma como uma organização do sistema de saúde desenvolve ou cumpre suas importantes funções, orientadas por objetivos e metas, constituindo um conjunto inter-relacionado de processos que afetam os resultados de saúde”.

Essas concepções nos levam a crer que não há consenso completo sobre o significado de desempenho, haja vista que o mesmo irá variar conforme os objetivos de cada sistema de saúde, suas políticas de saúde, havendo, portanto, diferenças nos diversos âmbitos entre os países.

Murray & Frenk (2000) consideram que a avaliação de desempenho está relacionada ao grau de alcance das metas com os recursos de que dispõe o sistema de saúde, traduzindo-se num conceito relativo. Acreditam também que o desempenho dependerá do modo como o sistema de saúde organize 04 (quatro) funções chave: regulação, financiamento, prestação de serviços e geração de recursos: humanos, instalações e tecnologias.

Em se tratando da construção metodológica da avaliação de desempenho, Almeida *et al.* (2001) recomendam que a mesma dependa da clareza sobre os princípios, objetivos e metas dos sistemas de saúde que se quer avaliar o que embasará a escolha das dimensões que serão objeto da avaliação de desempenho, vindo constituir-se em um importante instrumento de monitoramento das políticas de reforma do setor saúde.

Neste sentido, a depender dos arranjos institucionais, e da característica dos sistemas de saúde, os países diferenciam suas avaliações de desempenho em termos dos atributos a serem enfocados. Silva & Formigli (1994), inclusive, remontam que seria o correspondente à verificação do cumprimento das políticas de reforma, ou mesmo de preceitos constitucionais de direito à saúde.

Em concordância, Hartz & Vieira-da-Silva (2005) inferem que, nos países cujos sistemas disponibilizam distribuição social dos recursos, tendo como princípio fundamental a universalidade da atenção, privilegia-se a avaliação do acesso, cobertura, equidade. Já naqueles centrados em incentivos de mercado, eficiência e efetividade são os atributos mais abordados.

A tendência mundial de reformulação dos sistemas públicos de saúde, a partir dos anos 90, tem buscado o acesso adequado e equitativo, a eficiência macro e microeconômica, entre outros. Dessa feita, os processos de avaliação vêm se fortalecendo nos países em desenvolvimento, ainda que de forma incipiente, e já institucionalizado nos países desenvolvidos, relatado anteriormente.

Avaliação de Desempenho: o que avaliar

Tomando a avaliação como um processo cotidiano, no campo social, seu objeto são as ações organizadas, ou seja, práticas ou intervenções sociais. Frenk (1992) destaca que o objeto de avaliação são as condições de saúde das populações e as respostas sociais organizadas a estas condições, em suas diversas dimensões, seja enquanto cuidado individual ou em níveis mais complexos como políticas, programas, serviços ou sistemas (SILVA & FORMIGLI, 1994).

A literatura anglo-saxã, de caráter mais funcionalista, reconhece as intervenções de saúde ou programas (sinonímia em inglês para intervenções) como respostas sociais. Conforme Silva & Formigli (1994), essa vertente da avaliação está voltada para a capacidade dessas intervenções modificarem uma dada condição de saúde, cujas características e efeitos são aspectos fundamentais, buscando verificar a eficácia, a efetividade e a eficiência das mesmas.

Enquanto na América Latina, cuja literatura é mais influenciada pelo campo da medicina social, as respostas sociais são traduzidas como práticas de saúde (*práxis*), cujo aspecto fundamental está relacionado a determinar sua relação com o contexto político, social e econômico e as necessidades de saúde, evidenciando a especificidade destas relações em sociedades concretas (SILVA & FORMIGLI, 1994).

Ainda conforme essas autoras, apesar de uma abordagem mais funcionalista, o papel da avaliação pode ser associado ao esquema conceitual da Teoria de Sistemas⁷, cuja tríade conceitual estrutura-processo-resultado, introduzida no campo da saúde por Avedis Donabedian para classificar as abordagens em avaliação a partir do referencial sistêmico, correspondem às noções de *input-process-output*, residindo na noção de retroalimentação como subsídio à decisão sobre as intervenções.

Esse quadro, de maior consenso no campo da avaliação, também é o marco conceitual utilizado há mais tempo para classificar as diversas metodologias de avaliação (PITTA, 1992; SILVER, 1992). Embora relativamente simples, existem diferentes formas de relacionar esses conceitos, que refletem a dificuldade em caracterizá-los.

Os insumos ou recursos (*input*), de forma geral, estão relacionados à estrutura, ou seja, características relativamente estáveis dos prestadores de serviços, das ferramentas e recursos disponíveis e do contexto físico e organizacional no qual trabalham (SILVER apud DONABEDIAN, 1992).

Em se tratando de processo (*process*), as definições o enfatizam enquanto atividades compostas pelos prestadores de serviço, destinadas aos usuários dos mesmos, atividades estas de caráter quantitativo ou qualitativo. Silva & Formigli (1994) relacionam as atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes, ou ainda como os usuários

⁷ Após a Segunda Guerra Mundial evidenciou-se uma forte fragmentação disciplinar e o biólogo e filósofo alemão Ludwig Von Bertalanffy idealizou a Teoria dos Sistemas, visando superar tal fragmentação numa perspectiva interdisciplinar, com linguagem e conceituação comum. Este período coincidiu com um grande desenvolvimento do campo da avaliação, na década de 60, nos EUA, cujo impulso para o fortalecimento da avaliação ocorreu devido à necessidade de avaliar as intervenções sociais, entre elas, as de Saúde Pública. Para Moraes (1994), tal coincidência faz pensar que, por seu enfoque integrado, a teoria possibilitou uma abordagem interdisciplinar necessária ao campo da avaliação, para dar conta da amplitude e complexidade das intervenções públicas.

consomem e se relacionam com os serviços, determinando como o sistema funciona (SILVER, 1992).

Já os resultados estão relacionados ao grau de alcance dos objetivos ou aos efeitos de uma ação, efeitos estes relacionados ao impacto, efetividade, eficácia das intervenções e práticas, correspondendo à noção sistêmica de *output*. Apesar de, no campo da saúde, as ações ou intervenções visarem a mudanças no estado de saúde das pessoas ou populações, nem sempre os resultados vão estar única e especificamente atribuídos àquelas (SILVER, 1992).

Diversos autores concordam ser difícil estabelecer os limites entre estrutura e processo. O próprio Donabedian teria apontado dificuldades para distinção entre as categorias do paradigma. Silva & Formigli (1994) apontam a necessidade de identificar “qual estrutura, qual processo e quais resultados se pretende estudar”.

Silva & Formigli (1994) identificam os efeitos das ações e intervenções enquanto conceitos de eficácia, efetividade e eficiência, como atributos da avaliação, sendo que os dois primeiros se definem enquanto cumprimento dos objetivos propostos, e a eficiência, correspondendo “às relações entre custos e resultado, ou entre resultado e insumos”, ou simplesmente, relação custo/benefício. Essa só deve ser realizada se a intervenção ou ação funcionarem, ou seja, se forem eficazes e efetivas.

Tem sido freqüente a busca por métodos, indicadores e parâmetros para a avaliação da qualidade, inclusive no setor público, como parte dos direitos sociais e movimento dos consumidores. Sheldon (1998) relaciona a adoção de indicadores de desempenho como um dos elementos-chave das estratégias de aperfeiçoamento da qualidade.

Para este autor, equivale considerar que, indicadores de desempenho são significados pela qualidade, embora o mesmo traduza a avaliação de desempenho como um modo de gestão, tendência essa crescente, relacionada a idéias da “nova gestão pública”.

Para Novaes (1990), referindo-se à inter-relação dos fatores de qualidade, observou-se que existe uma estreita relação entre a tríade estrutura-processo-resultado, quadro conceitual fundamental para o entendimento da avaliação de qualidade em saúde, concordando com a afirmação de Donabedian (1980), de que boa estrutura pode garantir bom processo, mas má estrutura pode levar a processos inadequados.

Considerando que, das relações entre os serviços e os usuários é que se obtêm os resultados da assistência, é do processo, portanto, de onde se retiram as bases para a valoração da qualidade. E, por serem os resultados de difícil mensuração, é necessário que as demais causas das mudanças no estado de saúde sejam eliminadas ou controladas para que estas correspondam à mensuração precisa da qualidade.

Avaliação de Desempenho: como avaliar

Em se tratando da abordagem, destacamos dois tipos de avaliação: a normativa e a avaliativa. A primeira “consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo – avaliação da qualidade), e os resultados obtidos, com critérios e normas”. É freqüentemente realizada pelos responsáveis do funcionamento e gestão da intervenção (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1992).

Já a pesquisa avaliativa “consiste em usar métodos científicos, fazendo um julgamento *ex-post* de uma intervenção, as relações entre seus componentes e o contexto no qual ela se situa, geralmente com o objetivo de ajudar na tomada de decisões”. É geralmente realizada por avaliadores externos à mesma. (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1992).

Considerando o ciclo avaliativo, onde a avaliação dos estados de saúde está no início e a avaliação dos efeitos das intervenções no final, Contandriopoulos (1994) infere que a pesquisa avaliativa estabelece uma relação causal entre a intervenção e as mudanças no estado de saúde, vindo a ser o eixo entre a pesquisa sobre os estados de saúde e a pesquisa sobre as intervenções.

Quanto aos métodos a serem utilizados numa avaliação, estes podem ser quantitativos, qualitativos ou um *mix* deles (HARTZ, 1999; YIN, 1994), sendo este último mais utilizado em intervenções sociais, haja vista serem capazes de mobilizar várias técnicas de coleta de dados, a exemplo, pesquisa documental, observação etnográfica, grupos focais, entrevistas em profundidade (Hartz & Vieira-da-Silva, 2005).

Essas considerações realizadas até aqui subsidiarão as discussões dos resultados encontrados nos estudos da pesquisa sobre avaliação de desempenho de sistemas de saúde.

3 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão sistemática dos estudos primários sobre a avaliação de desempenho de sistemas de saúde, publicados nas bases de dados Medline, Lilacs, Scielo, haja vista recuperarem estudos realizados em países de todos os continentes. Inclusive a base Medline recupera estudos publicados em periódicos indexados que requerem revisão por pares (*peer review*). Os dados foram consolidados no sistema Epi-info, versão 6,04d de janeiro de 2001.

O período escolhido para o estudo, 1990 a 2007, remete a três questões principais que estimularam a avaliação em saúde e do desempenho das ações e programas de saúde e dos sistemas de saúde em todo o mundo. A primeira, no início dos anos 90, relacionada à busca, pelos países desenvolvidos, de metodologias de avaliação de seus sistemas de saúde, enfatizadas especialmente na eficiência, efetividade e qualidade.

A segunda está relacionada ao momento das reformas ocorridas na América Latina, também no início dos anos 90, caracterizadas pela aproximação com o modelo neoliberal de desenvolvimento, ou seja, focalizada na setorialização das políticas públicas, e cujas agências de fomento estimularam a avaliação de desempenho, mais diretamente relacionadas aos efeitos, custos e produtividade das ações.

Em que pese o contexto da criação e expansão do SUS, que proporcionou o processo de reordenamento institucional do setor, especialmente a municipalização da saúde, o início dos anos 90 favoreceu e impulsionou o desenvolvimento da avaliação no Brasil, especialmente voltada para conhecer os efeitos da descentralização da saúde no país; posteriormente cunhou-se mais fortemente a avaliação dos programas.

A terceira razão diz respeito à inserção do tema avaliação de desempenho de sistemas de saúde pela Organização Mundial de Saúde em seu *World Health Report*, 2000. A metodologia desenvolvida para avaliação, através do indicador global de desempenho, sofreu inúmeras críticas da comunidade científica mundial, o que motivou tanto uma corrida para

aperfeiçoamento da metodologia, quanto o estímulo para o desenvolvimento de outros métodos.

3.1 Produção dos Dados

A unidade de análise foram os estudos publicados nas bases de dados selecionadas (Medline, Lilacs e Scielo) no período de 1990 a Outubro de 2007, aos quais pudessem ser aplicados os critérios de seleção.

Os descritores utilizados para a produção dos dados foram “avaliação/indicadores de desempenho”, refinados com o descritor “sistemas de saúde” (em português, inglês e espanhol). Ao refinar com outros temas relacionados ao sistema de saúde (gestão, financiamento, modelo assistencial, serviços de saúde) ou relacionados a indicadores de desempenho, metodologia, eficiência, qualidade, dimensões, políticas de saúde, reforma do setor saúde, os mesmos estudos foram recuperados.

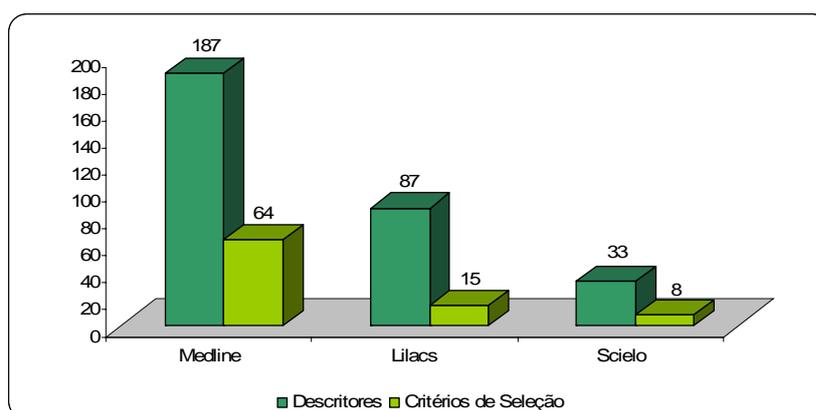
Neste sentido, consideraram-se estudos de avaliação de desempenho aqueles cujo objetivo foi estabelecer um julgamento da estrutura, processo e/ou resultado das intervenções/práticas dos sistemas de saúde, por meio de indicadores de eficácia, efetividade, eficiência, acesso, equidade, cobertura e qualidade. Vale ressaltar que os estudos de avaliação da atenção básica foram selecionados desde quando relacionados à estratégia como política de desenvolvimento dos sistemas de saúde.

Foram excluídos os estudos relacionados à avaliação de desempenho de programas de saúde, a exemplo da Aids, tuberculose, malária, alcoolismo, dentre outros, assim como de serviços de saúde, como da vigilância epidemiológica, enfermagem, câncer, nutrição, etc. Também foram excluídos aqueles relativos a outros setores que não o da saúde, como os estudos sobre o ambiente. Outros fatores de exclusão: estudos que não continham resumos e aqueles repetidos.

No cômputo geral, foram localizados 5.785 estudos, dos quais, 307 (5,3%) foram refinados como avaliação de desempenho de sistema de saúde. Para a pesquisa, depois de aplicados os critérios de seleção, foram identificados 87 estudos (32,2%).

Embora a base Medline tenha recuperado o maior número de estudos, apenas 4,3% corresponderam ao objeto estudado, e destes, 34,2% foram selecionados para a pesquisa, depois de aplicados os critérios de inclusão e exclusão.

Quanto à base Lilacs, cuja produção foi cerca de dois terços menores que a base Medline, 6,4% estava relacionada ao objeto de estudo, tendo sido selecionados 17,2% desta para a pesquisa. Já da base Scielo, cuja produção representou apenas 2% do total, 28,7% dizem respeito à avaliação de desempenho de sistemas de saúde, sendo selecionados para a pesquisa 24,2%, conforme o gráfico 01 a seguir.



**Gráfico 01: Disposição dos estudos classificados para a pesquisa, 1990 a Outubro/2007.
Elaboração da Autora.**

3.2 Plano de Análise

Do ponto de vista analítico, foram construídos 10 (dez) gráficos, inicialmente com as variáveis simples e depois estabelecendo o cruzamento entre as mesmas, visando conhecer o local, o objeto e o método aplicados nos estudos de avaliação de desempenho de sistemas de saúde, conforme o plano de análise a seguir.

Inicialmente foi feita uma revisão de outros estudos publicados sobre o tema, no período, visando ao conhecimento empírico existente. Posteriormente classificaram-se os estudos de avaliação de desempenho de sistemas de saúde, selecionados nas bases de dados

bibliográficos, considerando-se a procedência, o objeto avaliado e as opções metodológicas adotadas nos mesmos, buscando identificar pontos de vista socialmente localizados e o contexto das aplicações e implicações práticas da pesquisa.

Neste sentido, primeiramente, tomou-se como referência a procedência destes estudos identificando o país onde foram realizados e a instituição que os promoveu, para, de acordo com Burke (2003), aproximar-se da geografia do conhecimento, discutindo o “lugar do conhecimento: centros e periferias – a distribuição espacial do mesmo”, ou seja, os lugares em que o conhecimento foi elaborado e difundido.

Classificou-se a procedência quanto à instituição que realizou o estudo (academia, sistemas locais e nacionais de saúde e agências de fomento/organismos internacionais), quanto ao país que o realizou (países da América do Norte; países da OCDE; países da América Latina, tendo separado o Brasil; e outros para aqueles que não se enquadram nesta classificação) e quanto ao *lócus* do mesmo (países desenvolvidos/centrais e em desenvolvimento/periféricos).

Tomando como referência o quadro teórico da pesquisa, buscou-se classificar o objeto avaliado nos estudos de pesquisa, de acordo com as dimensões de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, conforme a tríade proposta por Donabedian (1966), quais sejam relacionadas à estrutura, ao processo e ao resultado, bem como se os estudos relacionavam outras dimensões para avaliação do desempenho.

Ainda quanto ao objeto avaliado, qualificou-se conforme os atributos relacionados à tríade *input-process-output*, onde os recursos (*input*) estão relacionados à estrutura (acesso, equidade, cobertura), o processo está relacionado às atividades desenvolvidas nas relações entre profissionais e pacientes (qualidade do cuidado) e os resultados (*output*) estão relacionados ao grau de alcance dos objetivos ou efeitos da intervenção (eficácia, efetividade, eficiência) (SILVER apud DONABEDIAN, 1992; SILVA & FORMIGLI, 1994).

Pretendeu ainda classificar as propostas metodológicas dos estudos de avaliação de desempenho de sistemas de saúde, identificados nas bases bibliográficas selecionadas. Nesta categoria, foram tomados como objeto os métodos e técnicas empregadas nos estudos realizados, como também os tipos de avaliação e os modelos/ferramentas ora desenvolvidos nestes estudos para avaliação de desempenho de sistemas de saúde.

Conforme os métodos e, tomando as opções delineadas por Hartz apud Campbell & Stanley (1999), os estudos foram classificadas em estruturados, semi-estruturados e qualitativos. Quanto à tipologia da avaliação, foram classificadas em avaliação de efeito da intervenção/prática, avaliação da qualidade e ambos, bem como se o estudo desenvolveu alguma ferramenta de avaliação de desempenho de sistema de saúde.

4 RESULTADOS

A seguir apresentaremos os resultados encontrados na síntese dos estudos pesquisados, por categoria de análise. Conforme o gráfico 01, 307 estudos foram selecionados nas bases indexadas, dos quais 28,3% atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa, cuja maior frequência, no período pesquisado, foi da base Medline (20,8%). Não houve estudos classificados no ano de 1999 e houve tendência de produção aumentada a partir do ano 2000, de acordo com o gráfico 02.

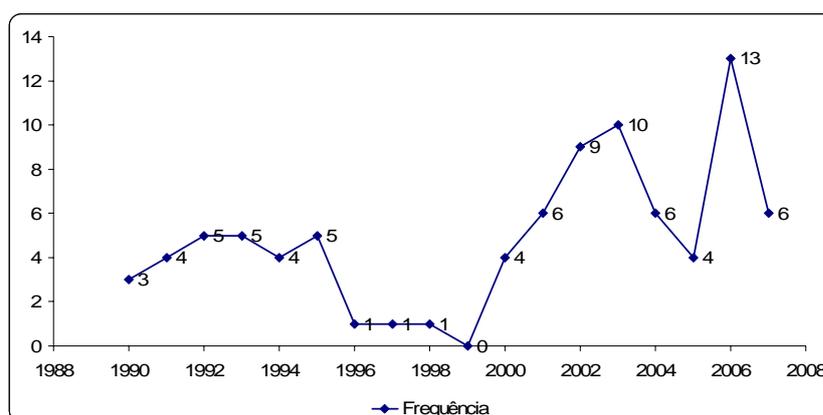


Gráfico 02: Frequência absoluta dos estudos sobre avaliação de desempenho, 1990 a Outubro de 2007.
Elaboração da Autora.

4.1 Procedência dos Estudos

De acordo com o gráfico 03 a seguir, quanto à procedência, a academia responde por 59,8% dos estudos, seguida dos sistemas nacionais de saúde (17,2%), agências de fomento (12,6%) e sistemas locais de saúde (10,3%), sendo que 56,3% dos estudos foram realizados em países desenvolvidos e 37,9% em países em desenvolvimento.

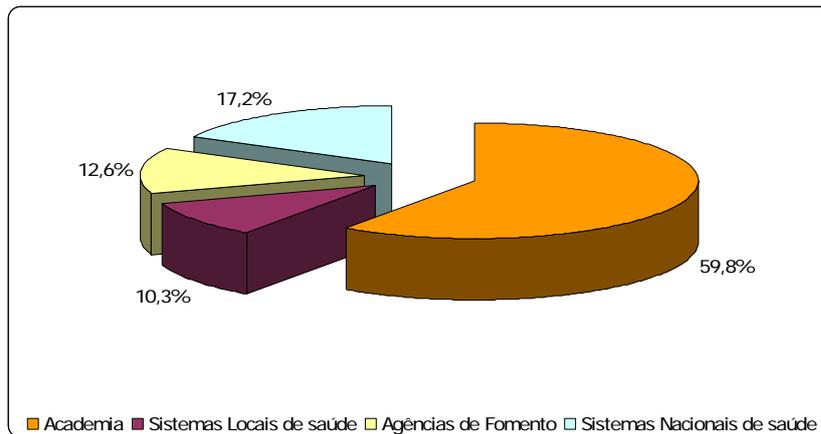


Gráfico 03: Distribuição dos estudos realizados por instituição, 1990 a Outubro de 2007.
Elaboração da Autora.

Ainda em se tratando da procedência, viu-se que os países da OCDE são responsáveis por 67,8% dos estudos, dos quais Canadá e Estados Unidos juntos realizaram 29,9% do total, seguidos pelo Brasil com 26,4%. Demais países da AL produziram 2,3% dos estudos, salientando que os estudos restantes foram excluídos da pesquisa, por não conterem resumos (em sua totalidade, desenvolvidos pela OPAS). Outros países realizaram 3,4% (gráfico 04).

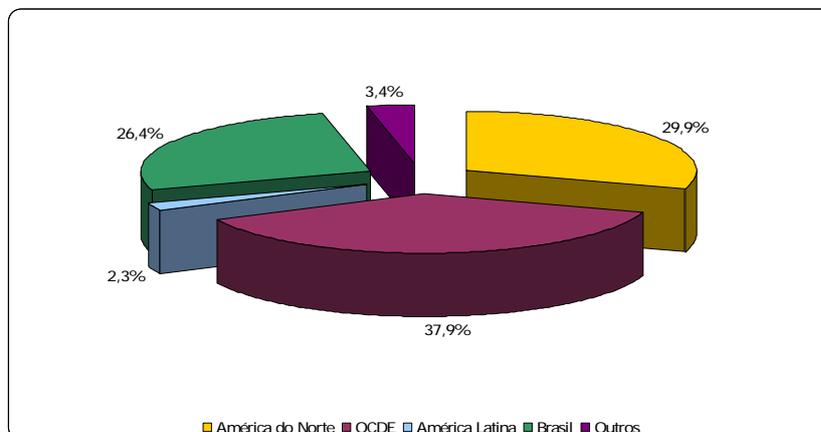


Gráfico 04: Distribuição dos estudos por país que os realizou, 1990 a Outubro de 2007.
Elaboração da Autora.

4.2 Objeto Avaliado

De acordo com o objeto avaliado, foi encontrada uma predominância de dimensões relacionadas à avaliação do resultado, presentes em 49,4% dos estudos. Entre elas, a efetividade e a eficiência apareceram conjuntamente em 20,9%, sendo a primeira freqüente em 80% dos estudos dos países da OCDE, bem como a segunda, em 83,3%, sendo produzidos em sua maioria pela academia, conforme gráfico 05 a seguir.

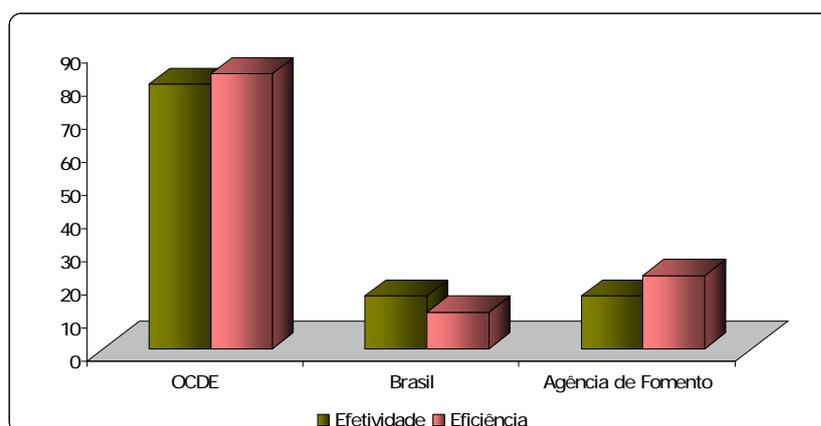


Gráfico 05: Proporção dos estudos por país, instituição e atributo de resultado para avaliação de desempenho, 1990 a outubro 2007. Elaboração da Autora.

Em se tratando das dimensões relacionadas ao processo, a qualidade do cuidado de saúde tem tendência crescente nos países da OCDE e Brasil, cujos estudos foram realizados em sua maioria pela academia e sistemas de saúde. Esteve presente em 44,8% do total de estudos, sendo que a satisfação do usuário foi mensurada em 13,8% dos mesmos. O aporte tecnológico foi relatado 1,1% dos estudos e não houve registro do item relativo às amenidades, conforme o gráfico 06 abaixo.

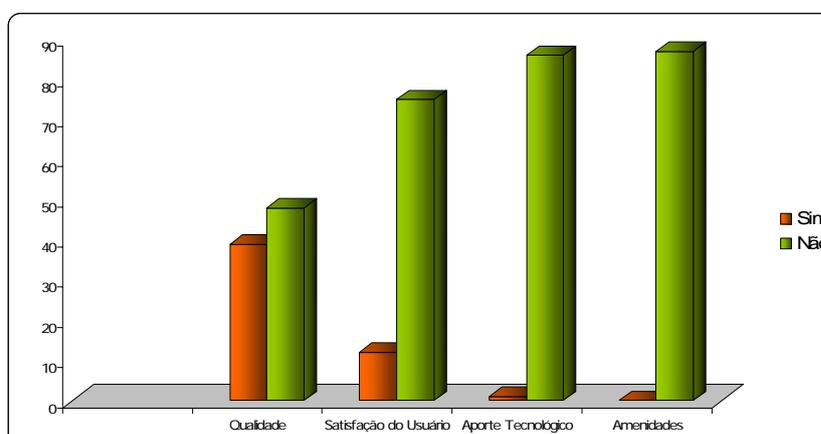


Gráfico 06: Distribuição dos estudos pela qualidade e alguns de seus atributos, 1990 a Outubro de 2007. Elaboração da Autora.

Relacionando-se ainda ao objeto dos estudos de pesquisa, as dimensões direcionadas à avaliação da estrutura estiveram presentes em 27,6% da totalidade dos mesmos. Os países da OCDE produziram 61,5% de estudos sobre acesso, 60,0% sobre equidade e 50,0% sobre cobertura tendo o Brasil produzido 23,1%, 20% e 50% respectivamente. O gráfico 07, a seguir, também demonstra que os sistemas locais e nacionais de saúde produziram mais estudos que as agências de fomento.

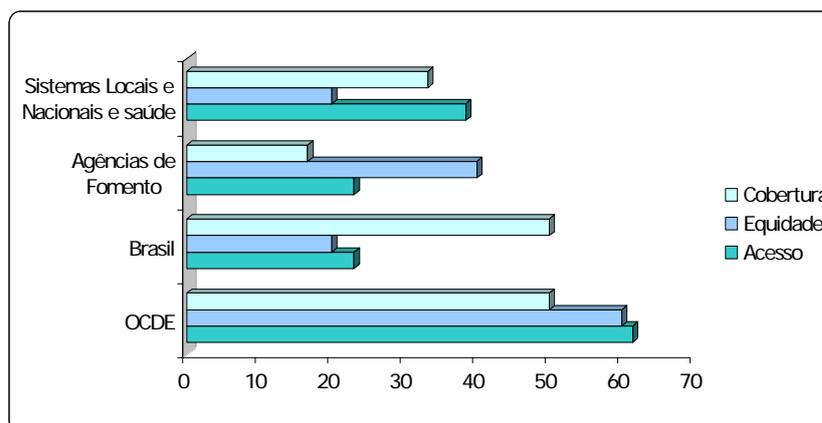


Gráfico 07: Distribuição dos estudos por atributo da estrutura, por instituição e país que os realizou, 1990 a Outubro de 2007. Elaboração da Autora.

A seguir, o gráfico 08 aponta a frequência de outros atributos identificados em 72,4% dos estudos, como, gestão, informação, *accountability*, financiamento, modelo assistencial, sustentabilidade, descentralização, motivação de recursos humanos, acreditação/auditoria e outros. Este achado foi maior nos países da OCDE (65,1%), seguido pelo Brasil (27,0%), sistemas de saúde (24,4%) e agências de fomento (12,2%).

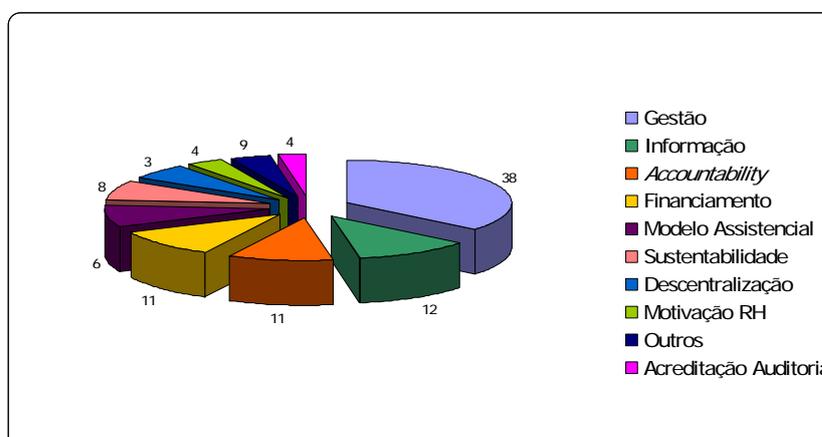


Gráfico 08: Frequência absoluta de outros atributos encontrados nos estudos para avaliação de desempenho de sistemas de saúde, 1990 a Outubro 2007. Elaboração da Autora.

4.3 Opções Metodológicas

Quanto ao método, o modelo *mix* quali-quantitativo (estudo de caso) foi comum em 41,4% dos estudos, ao passo que, apenas 8,0% aplicaram o método quantitativo. A abordagem qualitativa foi adotada em 6,9% dos estudos, especialmente naqueles onde foi avaliada a satisfação dos usuários, conforme apresenta o gráfico 09 abaixo.

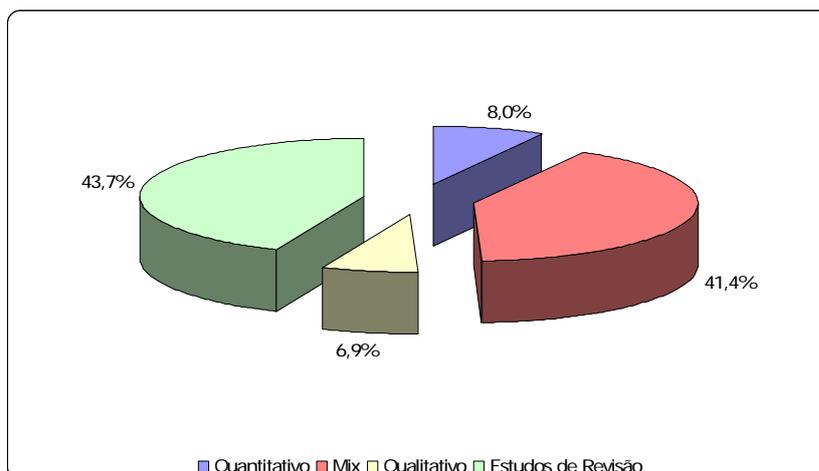


Gráfico 09: Distribuição dos métodos empregados para realização dos estudos, 1990 a Outubro de 2007. Elaboração da Autora.

Em se tratando da tipologia, a avaliação da qualidade esteve presente em 20,7% dos estudos (66,7% nos países da OCDE e 22,2% no Brasil), a avaliação da intervenção/prática foi encontrada em 18,4% dos mesmos, enquanto que 17,2% avaliaram a qualidade e o resultado simultaneamente. Contudo, 43,7% dos estudos estavam relacionados às revisões de literatura, não se aplicando nenhum tipo de avaliação, o que pode ser visto no gráfico 10.

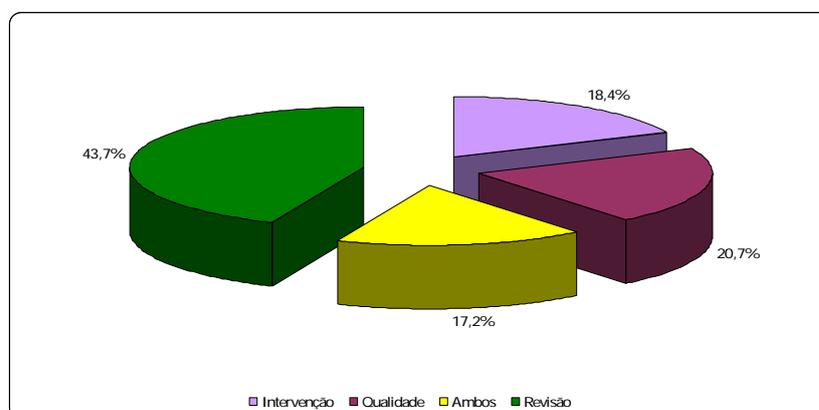


Gráfico 10: Distribuição por tipo de estudos, 1990 a outubro de 2007. Elaboração da Autora.

Quanto ao desenvolvimento de metodologias de avaliação de desempenho de sistemas de saúde, 25,3% dos estudos apontaram algum tipo de modelo, matriz ou guia para avaliação, sendo que as academias, as agências de fomento e os sistemas nacionais de saúde foram os responsáveis. Por outro lado, 31,0% dos estudos avaliaram os sistemas, mas não desenvolveram métodos próprios, tendo apenas identificado dimensões a serem utilizadas para tal finalidade.

5 DISCUSSÃO

A análise da produção científica sobre a avaliação de desempenho de sistemas de saúde mostrou-se importante, entretanto o grande volume de estudos ainda se concentra na avaliação de ações programáticas, do desempenho individual ou de tecnologias, que consideram partes isoladas do sistema de saúde e não o seu conjunto inserido no contexto social, econômico, político e cultural, e que determinam o produto saúde.

De acordo com Silva & Formigli (1994), há uma tendência em focalizar os estudos de avaliação em saúde nas respostas sociais para atender às necessidades e demandas, traduzidas nos efeitos que estas respostas promovem no estado de saúde da população. A fragmentação organizacional e temática parece facilitar a compreensão de estudos desta natureza, especialmente nos países em desenvolvimento.

Verificou-se um aumento considerável da produção após a publicação do Relatório Mundial de Saúde (OMS, 2000), o qual inseriu na agenda a avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, estimulando uma corrida, principalmente dos centros acadêmicos e de outros organismos para contestar os métodos pouco transparentes (UGÁ, *et al.*, 2001) utilizados pela OMS ao criar um índice global de desempenho.

Outro ponto polêmico do relatório e estimulante para a produção de estudos foi a referência de um modelo de sistema de saúde que questiona políticas universalistas, consideradas de baixa efetividade, distante da orientação política de vários sistemas de saúde, particularmente o brasileiro, que se pauta pelo princípio do acesso universal aos serviços de saúde.

Entretanto, no início dos anos 90, houve um incentivo para os países avaliarem as políticas públicas, como legitimação das reformas de Estado, cujas características estimularam a ênfase nos resultados e na desresponsabilização da provisão de serviços sociais e a necessidade de minimizar *trade-offs* entre equidade, efetividade, eficiência e qualidade dos serviços. Outros fatores também incentivaram, a exemplo da mudança no perfil demográfico e epidemiológico, do aumento dos custos da atenção e da incorporação de novos aportes tecnológicos.

No Brasil, as políticas de reforma coincidem com a expansão do SUS, sistema cujos princípios constitucionais garantem a universalidade, a equidade e a integralidade. Este fato

provocou um interesse para avaliação do sistema de saúde no bojo dos conflitos e tensionamentos, provocados pelo não favorecimento do período em implementar um sistema de características universais e garantia de direitos sociais.

Apesar de constante, a produção científica brasileira foi menos da metade da produção norte-americana, canadense e dos demais países da OCDE, cujos sistemas de saúde estão consolidados e a avaliação, um procedimento institucionalizado há mais de 40 anos, vindo caracterizar os países centrais como maiores produtores e difusores do conhecimento.

Para Faria (2005), a necessidade de institucionalizar a avaliação na AL se deve ao caráter fortemente político e tecnicista do processo avaliativo das políticas públicas, caracterizado pela centralidade da avaliação pelas agências de fomento e organismos internacionais para garantia da sustentabilidade política das diretrizes da reforma. A quase totalidade dos estudos realizados na AL, por não ter resumos nas bases de dados, foi excluída da pesquisa.

Considerando que uma população saudável é crucial para o bem-estar da sociedade, os países da OCDE, por meio do SHA (2000), aumentaram sua preocupação em avaliar os custos e os efeitos do cuidado de saúde, apesar da dificuldade em atribuí-los ao cuidado ofertado, tendo um grande volume de avaliação de desempenho, relacionando o nível de alcance dos objetivos com os recursos disponíveis.

O Brasil também teve produção significativa dos estudos de avaliação de resultado, considerando o momento pela busca da contenção de gastos e a efetividade das ações, considerando que o financiamento baseado em recursos públicos sofre a influência do quadro econômico do país e, portanto, de sua instabilidade. Os países desenvolvidos investem cerca de 10% do PIB, enquanto que o Brasil (7,6% do PIB) fica atrás de países como Argentina e Uruguai (RADIS, 2004).

Observou-se que a dimensão da qualidade tanto esteve presente enquanto atributo da avaliação de desempenho, quanto nos estudos de avaliação da qualidade das intervenções/práticas. Notou-se uma preocupação dos países centrais com a avaliação dos processos, traduzida na qualidade do cuidado, para alcance dos resultados, tendência crescente nos estudos brasileiros.

Também se percebeu que a satisfação do usuário, enquanto atributo da avaliação da qualidade, especialmente buscada pela gestão dos sistemas de saúde, remonta à valorização do cidadão e a processos mais participativos, o que, segundo Hartz (1999), pode criar estruturas de avaliação descentralizadas e flexíveis, constituindo-se no eixo principal para sua institucionalização, contribuindo com as instâncias decisórias e *stakeholders* em melhorar o desempenho dos sistemas de saúde (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Dados empíricos da pesquisa de Indicadores de Desempenho, realizada em 3.120 domicílios de um município do estado da Bahia pelo PECS/ISC/UFBA no ano de 2006, mostram o interesse acadêmico em conhecer, entre outras dimensões a satisfação do usuário/valorização do cidadão em relação ao sistema local de saúde.

Alguns atributos da qualidade do cuidado foram avaliados, entre eles: a) tempo de marcação e duração da consulta e duração do atendimento, b) amenidades (sinalização, conforto e limpeza do ambiente), c) confiança na equipe do cuidado, tanto hospitalar quanto individual, d) quanto ao estabelecimento e atendimento recebido, e) recebimento de informações sobre a doença e tratamento.

Nesta pesquisa, 67,2% dos indivíduos entrevistados informaram que o sistema local de saúde era igual ao imaginado, 12,5% que era melhor do que o imaginado, 11,0% pior que o imaginado, e 8,8% não emitiram opinião. Menos de 10% conheciam sobre a gratuidade do sistema de saúde. Esses dados são de grande importância para a gestão, devendo compor o sistema de informação local de saúde, vindo incentivar a participação social e a institucionalização da avaliação.

A predominância de artigos dos países da OCDE quanto ao acesso, pode estar relacionada ao tipo de sistemas de saúde dos mesmos, cuja maioria tem como princípio fundamental a universalidade da atenção e onde as fontes públicas financiam cerca de 70% destes sistemas, embora no Brasil a participação pública no financiamento é menor que no setor privado (cerca de 58%), conforme os dados do Relatório Mundial de Saúde, 2003.

Esse fato não justificaria uma produção brasileira menor, dados os preceitos constitucionais do SUS que garantem o acesso universal. Segundo Hortale (2000), o acesso deve ser uma referência a ser atingida em qualquer sistema de saúde e ser orientador das políticas públicas,

sendo que sua avaliação deve envolver os processos de produção desses sistemas, ou seja, as relações entre os usuários e provedores.

Da mesma forma, deve ocorrer a promoção da equidade na distribuição dos recursos e na reorientação do acesso ao sistema de saúde, debate ampliado nos anos 90, considerando o aumento das desigualdades frente às políticas neoliberais (CASTELLANOS, 1997). Chama atenção o pequeno número de estudos onde aparecem os atributos privilegiados nos sistemas universais da atenção: equidade 05 (cinco), cobertura 06 (seis) e acesso 13 (treze) estudos.

Como a equidade é um dos princípios que fundamentam a reforma dos sistemas de saúde na AL, acredita-se que o fato de quase a totalidade dos estudos deste conjunto de países terem sido excluídos, possa explicar um número tão pequeno de estudos da pesquisa que avaliem esta dimensão do desempenho, apesar do empenho, apresentado pelas agências de fomento, pela avaliação da eficiência.

Percebeu-se grande interesse dos estudos em apontar outros atributos a serem considerados na avaliação de desempenho, demonstrando que a gestão preparada para seu exercício, a informação para tomada de decisão, a justiça no financiamento (alocação equitativa), a transparência na prestação de contas (*accountability*), a descentralização, possibilitando envolvimento das instâncias decisórias e os aspectos que contribuem para a sustentabilidade, podem melhorar o desempenho dos sistemas de saúde.

Inerente ao processo de planejamento e gestão, a avaliação é fundamental para o desempenho de sistemas de saúde, podendo ser considerada enquanto uma tecnologia, contribuindo para a legitimidade dos mesmos. Esta preocupação torna-se evidente nos estudos ao identificarmos a gestão como um dos atributos mais citados para o desempenho dos sistemas.

Conforme Rivera (1989), o limitado alcance prático do planejamento na AL, apesar do rico componente teórico, e o incipiente uso da avaliação comprometem o desenvolvimento da gestão nestes países, haja vista a dificuldade em modernizar os processos de trabalho, à burocracia clientelista, e aos mecanismos de alocação de recursos pouco efetivos.

Em se tratando do financiamento, atributo importante para o alcance dos objetivos dos sistemas de saúde, conforme Barreto & Carmo (1994), fica claro que, o investimento nos

determinantes sociais da saúde, para além do investimento nas conseqüências causadas pelo processo saúde-doença, aumenta o impacto das intervenções/práticas de saúde, e, portanto, melhora o desempenho dos sistemas de saúde.

Segundo Bambas & Casas (2001), existem razões prementes em se desenvolver processos sistemáticos de avaliação da equidade na distribuição de recursos, literatura crescente no Brasil, haja vista a persistência de doenças infecciosas, o aumento de doenças causado pelo estilo de vida e as desigualdades crescentes entre os países e dentro deles relacionadas ao processo de globalização.

Observou-se que a avaliação da qualidade do cuidado (normativa) é crescente, acompanhando a produção da avaliação da intervenção/prática (pesquisa avaliativa), em maior número produzida pela academia e agências de fomento. Grande parte dos estudos se ateve às revisões de literatura, não aplicando nenhum tipo de avaliação ou tendo desenvolvido alguma metodologia de avaliação de desempenho.

Entretanto, a maior parte dos estudos efetivou algum tipo de avaliação, confirmando que a importância dos estudos empíricos na prática de avaliação de desempenho irá variar conforme as necessidades, os objetivos e as políticas de cada sistema de saúde, sem esquecer do contexto em que se situam os sistemas de saúde.

No Brasil, as instâncias de gestão dos sistemas local e nacional de saúde, juntamente com a academia, produziram estudos em igual número, tanto de avaliação da qualidade quanto de intervenção/prática, diferentemente da tendência internacional, onde a academia é a maior responsável pelos estudos de intervenção e os sistemas de saúde pela avaliação da qualidade.

Vale salientar a importância de prevalecer a avaliação de desempenho de sistemas de saúde para o público a que se destina em detrimento de estar voltada para os interesses de quem os financia. Sistemas esses cuja concepção varia conforme valores, princípios, concepções sobre o processo saúde-doença e que papel o Estado assume quanto à saúde das populações que vivem em seus territórios.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação de desempenho de sistemas de saúde ganhou destaque no cenário internacional e brasileiro após a divulgação do Relatório Mundial de Saúde (OMS, 2000), quando a comunidade científica foi tomada por novo ímpeto, elevando o número de estudos e o interesse de outros segmentos em avaliar os sistemas de saúde, além dos agentes financiadores, ou seja, os gestores destes sistemas.

Contudo, ainda é mais freqüente a participação dos países centrais do que dos países periféricos na avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, sendo que nos primeiros, a busca por indicadores de efeito é maior, apesar da preocupação aumentada com a qualidade do cuidado.

Já nos países periféricos, as agências de fomento promoveram mais estudos, embora a avaliação nem sempre estivesse direcionada a quem se destina, mas, moldada aos interesses da eficiência e efetividade das intervenções, descolada do contexto daqueles países. No Brasil, a aposta maior ainda tem sido na avaliação de desempenho de programas em detrimento do sistema de saúde.

Chamou-nos a atenção o pequeno número de estudos sobre equidade. Parece-nos que essa não é uma preocupação evidente dos países centrais, haja vista seus sistemas de saúde estar consolidados e a situação financeira estabilizada, o que, teoricamente, poderia contribuir para a garantia da atenção à saúde da população, mas não sabemos se de forma equânime, o que demandaria outras investigações.

Ao longo da pesquisa discutimos sobre a questão da equidade enquanto elemento norteador das políticas de reforma na AL, tanto na reorientação do acesso quanto na distribuição de recursos. Mas, como a maioria dos estudos deste grupo de países foi excluída do estudo, por não conterem resumos, não podemos garantir não se tratar de um foco de preocupação dos mesmos.

Percebemos também que, como a avaliação de desempenho varia com os objetivos de cada sistema de saúde, a existência de matrizes únicas ou de indicadores padronizados não promoveria uma avaliação condizente com a realidade. Daí o esforço das instâncias em

criarem seus métodos de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde como uma ferramenta própria de cada gestão, o que pode ser sinalizado pelo grande número de estudos de revisão.

Entretanto, a realização de mais estudos empíricos é premente, a fim de que a experiência divulgada possa contribuir para a institucionalização da avaliação de sistemas de saúde, como uma tecnologia de gestão e como garantia de maior impacto, de melhor qualidade e de satisfação da população no atendimento às suas necessidades de saúde, contribuindo para a melhoria do desempenho desses sistemas, especialmente nos países periféricos.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUILAR, MJ & ANDER-EGG, E. Avaliação de serviços e programas sociais. Ed. Vozes. Petrópolis, 312p. 1995.

ALMEIDA, CM. Reforma do estado e reforma dos sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudanças. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2): 263-286. 1999.

_____. Equidade e reforma setorial na América Latina: um debate necessário. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18: 23-36, 2002.

ALMEIDA, CM. et al., Methodological concerns and recommendations on policy consequences of The World Health Report. *Lancet*, 357 (9269): 1692-6977, 2001.

ANDER EGG, Ezequiel. *Evaluacion de Programas de Trabajo Social*. Buenos Aires, Editorial Hvmánitas, 1984.

AYRES, JR. – Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 9(3): 583-592, 2004.

BAHIA, L.; VIANA, A.L. Introdução. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Regulação & saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar*. Rio de Janeiro: ANS, 2002.

BAMBAS, A.; CASAS, J.A. Assessing equity in health: conceptual criteria. In: PAHO. *Equity and health: views from Pan American Sanitary Bureau*. Washington (DC), 2001. p. 12-21. (Occasional Publications, n. 8)

BARRETO, ML & CARMO, EH 1994. Situação de saúde da população brasileira: tendências históricas, determinantes e implicações para as políticas de saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, ano III (números 3 e 4):5-34.

BARROS, M, E et al – Política de Saúde no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas. Texto para Discussão n. 401, IPEA, Brasília, fevereiro de 1996, p. 30.

BARROS SILVA, PL. Acesso e gerenciamento dos serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década. UNICAMP, SP, 1999.

BATTISTA, Reinaldo N.; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; CHAMPAGNE, François; WILLIAMS, J. Ivan; PINEAULT, Raynald & BOYLE, Pierre. An integrative framework for health-related research. *Journal of Clinical Epidemiology*, Grã-Bretanha, 42 (12): 1155-1160, 1989.

BENEVIDES, RPS; ABREU, RV. Financiamento da saúde pública no Brasil: a situação atual e o impacto da vinculação constitucional de recursos (EC 29/2000). Departamento de Economia da Saúde/MS, Brasília, 2004.

BRASIL, Diário Oficial da União. Portaria no. 665 de 29/03/06. Institui o Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde. MS, Brasília, 2006.

BURKE, Peter. Uma história social do conhecimento: de Gutemberg a Diderot. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. 241 p.

BUSS, PM. Promoção da Saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1): 163-177, 2000.

CARVALHO, G. A busca da equidade no financiamento da saúde no Brasil. Centro de Documentação. Publicações de Artigos, ENSP/FIOCRUZ, 2005.

CASTELLS, M. – Os novos paradigmas tecnológicos e suas implicações econômicas e sociais, Brasília, mimeo, 1995.

COHEN, Ernesto & FRANCO, Rolando. Avaliação de Projetos Sociais. Petrópolis, RJ, Vozes, 1994.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre; CHAMPAGNE, François; POTVIN, Louise; DENIS J.C.: AMOURETTI, M.; CREGE, L. (ed.). *L'Evaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes*. (Atas de colóquio). Montreal, Canadá, 1992, p. 14-32.

DONABEDIAN, Avedis; WHEELER, John R.C.; WYSZEWLANSKI, Leon. Quality, Cost, and Health: An Integrative Model. *Medical Care*, Vol. XX (10): 975-992, 1982.

DONANGELO, MC. Saúde e sociedade. Duas Cidades, São Paulo, 1976.

DRAIBE, SM. O Welfare State no Brasil: características e perspectivas. *Ciências Sociais Hoje*, ANPOCS, 1989.

_____. Avaliação da Descentralização das Políticas Sociais no Brasil: Saúde e Educação Fundamental. Informe Final do Projeto Estudios de Descentralización de Servicios Sociales, da División de Desarrollo Económico da CEPAL. Campinas: Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, Universidade Estadual de Campinas. 1997

FELISBERTO, E. da teoria à formulação de uma política Nacional de Avaliação em saúde: reabrindo o debate. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(3): 553-563, 2006.

FLEURY, S. Iniquidades nas políticas de saúde: o caso da América Latina. *Revista de Saúde Pública*, Jun 1995, vol.29, n.3, p.243-250.

FLEURY, S. (org.) *Saúde e democracia – a luta do CEBES*. São Paulo, Lemos Editorial, 1997.

FLEURY, S. Legitimidade política, Estado e cultura. IDH/PNUD, Bolívia, 2002.

HARTZ, ZA. "Institutionalizing the evaluation of the programs and policies in France: cuisine internationales over fast food and sur measure over ready-made." *Cadernos de Saúde Pública*, 1999, p. 229-260

HARTZ, ZA; Vieira-da-Silva, LM. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 275p.

JCAHO. *The Measurement mandate – on the Road Performance Improvement in Health care*. Chicago IL: Department of Publications, 53p. 1993.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. & MACHADO, C. V., 2001. Política de saúde nos anos 90: Relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6:269-318

MENDES & PESTANA. *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. SES-MG. Belo Horizonte, 2004.

MINAYO, Maria Cecília S. *O desafio do conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro, Editora HUCITEC-ABRASCO, 1992.

PAIM, J. *As ambigüidades da noção de necessidades de saúde*. Salvador, Faculdade de Ciências Médicas da UFBA, 1982.

_____. *Abordagem teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação*, pp. 7-30. In Barata, RB (org.). *Condições de vida e situação de saúde. Saúde e movimento 4*. Abrasco, Rio de Janeiro, 1997.

_____. *Contribuições para a agenda de Prioridades de Pesquisa – Ministério da Saúde*, Brasília, 2004. p: 15-44.

PECS – PROGRAMA ECONOMIA DA SAÚDE. *As diferentes faces da desigualdade em saúde: iniquidade, discriminação e exclusão*. Instituto de Saúde Coletiva - Universidade Federal da Bahia. Mimeo. 2005.

PEREIRA, LCB. *A Reforma do Estado dos anos 90: Lógica e Mecanismos de Controle*. Cadernos MARE da Reforma do Estado (1) MARE Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Brasília – DF, 1997.

PITTA, Ana Maria Fernandes. *Avaliação como processo de melhoria da qualidade de serviços públicos de saúde*. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, 26 (2): 44-61, abr./jun. 1992.

PRO-ADESS. Projeto: Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Relatório Final. Rio de Janeiro, Agosto. 2003.

RIVERA, Francisco Javier Uribe (org). Planejamento e Programação em Saúde: um enfoque estratégico. São Paulo, Cortez Editora, 1989.

ROEMER, M. – National Health Systems of the World. 1: The Countries. Oxford University Press. Oxford, Inglaterra, 1991.

SILVA, Maria Lígia V. da & FORMIGLI, Vera Lúcia A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 10 (1): 80-91, jan/mar, 1994.

SILVER, Lynn. Aspecto Metodológicos em Avaliação dos Serviços de Saúde. In: Planejamento Criativo. Novos Desafios em Políticas de Saúde. (E. Gallo, F.J.U. Rivera & M.H. Machado, orgs), Rio de Janeiro, Editora Relume-Dumará, 1992.

TANAKA, OY. Caminhos alternativos para a institucionalização da avaliação em saúde. Ciência e Saúde Coletiva, 11(3): 571-572, 2006.

TEIXEIRA, CF. Descentralização do SUS: múltiplos efeitos, múltiplos olhares. Ciência e Saúde Coletiva, 7(3): 423-426, 2002.

TEIXEIRA, CF. & col. – Planejamento e gestão de sistemas e serviços de saúde. Bireme/OPAS/OMS, 2004.

TESTA, M. Pensar em saúde. Porto Alegre. Artes Médicas. 1992, 226 pp.

VIACAVA, Francisco, ALMEIDA, Célia, CAETANO, Rosângela et al. A methodology for assessing the performance of the Brazilian health system. Ciência Saúde Coletiva, 9(3): 711-724, 2004.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila, HEIMANN, Luiza S., LIMA, Luciana Dias de et al. Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil. Cad. Saúde Pública, 2002, vol.18 suppl, p.S139-S151. ISSN 0102-311X.

VIEIRA DA SILVA, L. M. Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas (Z. M. A. Hartz, org.), pp. 29-47, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

WHO – World Health Organization. The World Health Report. Health System: Improving Performance. Genebra, 2000.

**ARTIGO 2 – Sustentabilidade de Sistemas de Saúde:
possíveis caminhos**

RESUMO

A discussão sobre sustentabilidade tornou-se objeto de interesse público e acadêmico em todo o mundo, todavia existem dilemas conceituais e sobre o conhecimento de experiências de políticas públicas sustentáveis. A Agenda 21 a define enquanto ponto de equilíbrio, sendo o desenvolvimento sustentável o caminho para seu alcance. Sustentabilidade está intimamente relacionada ao processo de desenvolvimento institucional, político, econômico e social, e o entendimento de sua multidimensionalidade têm permitido a desconstrução do conceito unilateral, associado à sustentação financeira de projetos e organizações, ou mesmo aos aspectos ambientais. Neste artigo objetiva-se conhecer as características do debate atual sobre sustentabilidade de sistemas de saúde e que venham delinear possíveis caminhos, por meio da procedência da produção científica e da identificação dos atributos relacionados à sustentabilidade destes sistemas, sendo construído um modelo teórico e uma matriz referencial para aplicar um conceito multidimensional de sustentabilidade aos sistemas de saúde e assumido por esta pesquisa. A coleta de dados foi realizada por meio das bases de dados indexadas, Medline, Lilacs e Scielo, durante os últimos dez anos, sendo excluídos da pesquisa os estudos que trataram da sustentabilidade de ações e programas de saúde. Os países em desenvolvimento produziram um maior número de estudos e a dimensão técnico-organizacional dos sistemas de saúde foi a mais pesquisada, tanto nos estudos acadêmicos quanto naqueles promovidos pela gestão dos sistemas. Vale ressaltar que a dimensão social é de valiosa importância, bastante citada nos estudos e que pode promover, juntamente com o aperfeiçoamento do modelo de gestão, a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Palavras-chave: Sustentabilidade de sistemas de saúde. Multidimensionalidade. Dimensão organizacional. Participação Comunitária.

ABSTRACT

The discussion of sustainability became subject of public and academic interest all over the world. There are, nevertheless, some conceptual dilemmas about the knowledge of experiences of sustainable public policies. Agenda 21 defines it as the break-even point, while the sustainable development would be the way for reaching it. Sustainability is closely related to institutional, political, economical and social development process. The understanding of its multidimensionality has allowed the deconstruction of the unilateral concept associated with financial support for projects and organizations or with environmental aspects. This paper intends to know the characteristics of the present debate on sustainability of health systems through the source of the scientific production and the identification of attributes related to these systems' sustainability. A theoretical model and a reference matrix for applying a multidimensional concept of sustainability to the health systems were built. The data were gathered from the indexed databases Medline, Lilacs and Scielo, during last ten years. Studies on sustainability of health actions and programs were excluded. The developing countries produced a greater number of studies and the health systems organizational technical dimension was the most researched, not only in academic studies, but also in those promoted by the systems management. It's worthwhile to say that the social dimension is very important and much mentioned in the studies. It can promote, in addition to the improvement of the management model, the sustainability of the health systems.

Keywords: Sustainability of health systems; Multidimensionality; Organizational dimension; Community involvement.

1 INTRODUÇÃO

Conforme a Declaração Universal dos Direitos Humanos, o atendimento às necessidades básicas deve estar calcado na ética da justiça e liberdade na expressão dos direitos sociais. Ribeiro (2005) destaca três questões essenciais para a efetivação do direito à saúde como direito humano fundamental: o direito à integridade e à dignidade; o reconhecimento e o respeito à diferença; a territorialidade dos problemas.

A qualidade de vida, ligada aos fundamentos éticos, portanto, é um ponto essencial nesta discussão, por estar ligada aos conceitos de igualdade, democracia e de acesso a um número cada vez maior de pessoas a bens fundamentais, situando-se como meta a ser atingida pelas mudanças nas condições sociais, incluídas as de saúde, considerando as necessidades básicas.

Entretanto, no mundo inteiro, alguns economistas e *policy-makers* nortearam o desenvolvimento humano pela via do crescimento econômico, em detrimento do desenvolvimento enquanto expansão da capacidade humana, que vai além da obtenção de bens primários no atendimento às suas necessidades básicas, aliadas às questões dos direitos sociais e de cidadania (SEN, 1988).

No final do século XX, o cenário mundial se apresentou como um movimento dinâmico de globalização no qual surgem, além de novas fronteiras econômicas, sociais e geográficas, crescentes conflitos culturais, religiosos e humanos. A situação mundial assumiu contornos diferenciados conforme o país e a região do mundo, havendo grandes desigualdades entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, bem como dentro de um mesmo país.

Em 1991, a Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL) destacou que as idéias de desenvolvimento humano apenas no plano econômico não garantem “mais e melhor vida”, havendo a necessidade de promover o desenvolvimento conforme os condicionantes éticos da democracia, equidade e sustentabilidade, essa última com atenção para os estilos de desenvolvimento adotados e os riscos para a saúde, com proposição de construir políticas integradas e participativas.

No debate sobre os modelos de desenvolvimento capazes de enfrentar os desafios e os problemas econômicos, sociais e ambientais contemporâneos, o desenvolvimento sustentável vem dominando a cena política e técnico-científica internacional, há mais de 30 anos, desde a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, realizada em Estocolmo, 1972.

Entretanto, foi em 1987 que o conceito de desenvolvimento sustentável tornou-se oficial através do Relatório Brundtland, como sendo “aquele que satisfaz as necessidades do presente, sem comprometer a capacidade de as gerações futuras satisfazerem as suas próprias necessidades”. Embora abrangente e ambíguo, ganhou impulso na Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, realizada no Brasil em 1992, a ECO 92.

Para Tavares (2005), a noção de desenvolvimento sustentável resgata as premissas de equidade social, responsabilidade ecológica e a participação cidadã, sendo essa última uma possibilidade para a gestão das políticas públicas, direcionadas ao desenvolvimento economicamente viável, socialmente justo e ecologicamente equilibrado. Contudo, ressalta também a grande distância entre o discurso das Nações Unidas e a forma de implementação destas resoluções.

Em paralelo ao movimento pelo desenvolvimento sustentável, emergem as discussões sobre o fracasso do modelo biomédico de atenção à saúde e a necessidade de direcionar o foco da atenção para o conceito ampliado de saúde e determinação social da mesma, ao tempo em que a globalização da degradação ambiental e da iniquidade social ameaça a sustentabilidade ambiental do planeta com conseqüências para a saúde e bem-estar das populações.

Segundo Freitas & Porto (2006), foram marcos deste processo o Relatório Lalonde (1974), que define as bases para a promoção da saúde, o Projeto Cidades Saudáveis lançado em 1986 pela OMS e a definição na Agenda 21 (1992) da saúde ambiental como prioridade social para a promoção da saúde. Há uma confluência nos discursos quanto à participação dos cidadãos na contribuição para o desenvolvimento sustentável.

Ainda conforme estes autores, este feito não chega a ser efetivamente encorajado no Brasil, apesar do modelo do sistema público de saúde inspirar-se em ideais universalistas e de participação social. A década de 90 é marcada pelas tensões e conflitos entre as reformas de

estado de caráter liberal, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) com limitado aporte financeiro, e a necessidade de garantia dos direitos constitucionais, ora adquiridos.

Mesmo quase 20 anos após sua implantação, o SUS ainda passa por dilemas organizacionais, políticos, financeiros, sociais e estruturais, que contrariam sua consolidação enquanto política pública de saúde, distanciando-se dos preceitos do Movimento da Reforma Sanitária que o idealizou.

Neste sentido, o estudo pretende conhecer o debate atual sobre as dimensões e atributos que os sistemas de saúde necessitam para sua consolidação e sustentabilidade no contexto brasileiro e internacional, identificando tais características a partir da revisão bibliográfica (em bases indexadas), considerando a matriz de referência construída a partir do modelo de sistemas de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1984).

2 QUADRO TEÓRICO

Sem dúvidas, trabalhar com um tema bastante emergente e com fundamentos teóricos e conceituais ainda em construção, como a sustentabilidade, é bastante desafiador e, certamente, este estudo tem limitações. Entretanto, a possibilidade de contribuir para a discussão da sustentabilidade dos sistemas de saúde nos gratifica muito e nos moveu nesta pesquisa.

Inicialmente buscaremos como os autores conceituam o objeto da pesquisa, tentando identificar aqueles que o fundamentam de modo transversal, para posteriormente trabalharmos o aspecto multidimensional num modelo teórico que se complementa na matriz referencial da sustentabilidade de sistemas de saúde, conforme o diagrama 2.1 e o quadro 01.

Antes de tudo, vale salientar o conceito que consideramos enquanto sistemas de saúde, qual seja, “respostas sociais organizadas deliberadamente para responder às necessidades, demandas e representações das populações, em determinada sociedade e determinado tempo”, conforme Mendes (2002). Respostas estas cuja responsabilidade sistêmica envolve tanto o sistema público de saúde quanto o privado.

Etimologicamente, no latim, sustentabilidade origina-se da palavra “sustentare”, que remete às idéias de suportar, defender, favorecer, auxiliar, manter, conservar em bom estado, fazer

frente a, resistir. O Novo Dicionário Aurélio a define enquanto “qualidade de sustentável” (aquele que se pode sustentar). Nas análises organizacionais, seu conceito sempre esteve limitado à questão financeira, significando a viabilidade econômica dessas organizações e seus projetos.

Por muito tempo, a eficiência econômica permeou o conceito de sustentabilidade, denotando um aspecto unidimensional da mesma. No senso comum, também é vista como um fenômeno exclusivamente financeiro. Falconer (1999) amplia um pouco mais a visão, ao definir sustentabilidade enquanto a “capacidade de adquirir recursos (financeiros, materiais ou humanos) e utilizá-los de forma eficiente e duradoura para alcance dos propósitos de modo continuado”.

Com as discussões sobre meio ambiente, na década de 80, fora do âmbito organizacional, a sustentabilidade tem seu conceito ampliado para desenvolvimento sustentável (MILANI, 1999), passando a ocupar a agenda pública nacional e internacional, adquirindo contornos necessariamente multidimensionais, proporcionando o crescimento do componente humano no lugar do econômico.

Para Tavares (2005), a noção de desenvolvimento sustentável não se trata apenas de uma adjetivação, mas de considerar e assumir novos padrões de competitividade e equidade, significando uma nova racionalidade pragmática de gestão, incorporando ao processo de desenvolvimento aquilo que é público e não apenas estatal. Isto implica que a gestão pressupõe-se um uso racional dos recursos disponíveis, bem como formas de organização social e política.

É na da discussão sobre desenvolvimento sustentável que emerge a clara interface com a temática da sustentabilidade. Para Rattner (2004), o tema requer um consenso crescente e implica em democracia política, eficiência econômica, diversidade cultural, proteção e conservação do meio ambiente, privilegiando o uso de bens natural-culturais sem descuidar de sua conservação, para que as gerações futuras também possam beneficiar-se deles.

Segundo Arretche (1999), estabeleceu-se um consenso em torno da sustentabilidade e da gestão de políticas públicas quanto ao envolvimento participativo dos diversos atores sociais e políticos, que englobam a comunidade ou a sociedade civil local. Esta participação é

fundamental para que as ações se efetivem e tenham sustentabilidade, sobretudo para a democratização do poder local.

Destacaremos, a partir deste ponto, questões relativas à sustentabilidade das organizações/instituições, no campo da saúde, *locus* do exercício de suas práticas, sejam elas operacionais, sociais, estruturais, políticas ou de gestão. Tomando a organização como um sistema (conjunto de partes interligadas e inteiradas umas às outras) aberto, considera-se o ambiente como um de seus principais e influentes determinantes.

Armani (2001) destaca que o desenvolvimento institucional de modo permanente (acesso regular a recursos) é condição essencial da sustentabilidade, a qual pode ser definida como a “capacidade institucional de se relacionar com ambientes instáveis, visando à credibilidade não só perante aos agentes financiadores, mas também perante a sociedade”. Para este autor, uma organização deve reinventar-se para ser sustentável e tem a ver com a qualidade da democracia e da relação entre o Estado e a sociedade.

Este autor ainda ressalta parâmetros a serem utilizados como eixos de análise institucional e da sustentabilidade: base social, legitimidade e relevância da missão; autonomia e credibilidade; sustentabilidade financeira; organização do trabalho e gestão democrática; recursos humanos adequados; planejamento, monitoramento e avaliação participativos, produção e sistematização de informações e conhecimentos; poder e capacidade para estabelecer parcerias e ações conjuntas. Portanto como um fenômeno complexo de caráter multidimensional, que transcende a mera obtenção de recursos financeiros.

Dessa forma, segundo Tavares (2005), a importância da avaliação participativa está na possibilidade de uma maior equidade e sustentabilidade, garantindo a continuidade dos efeitos benéficos das intervenções, permitindo uma distribuição de maneira justa, compatível e tornando mais sensato e efetivo os gastos públicos e ações de políticas diante das pressões sobre o Estado.

Rosa (2003) acredita que a capacitação e educação compõem parte integrante da sustentabilidade devido ao seu caráter formativo de troca e produção de conhecimentos, voltados para a prática social cidadã, cujo processo deve ser oferecido permanentemente à

comunidade e as metodologias adequadas às necessidades da população, promovendo o protagonismo das pessoas.

Nutbeam (1999) relaciona resultados sociais sustentáveis por meio da organização da atenção pela promoção da saúde, quais sejam: inclusão social, autonomia, equidade, qualidade de vida e redução da morbidade, das limitações em geral e da mortalidade evitável. Neste sentido, a promoção da saúde oferece condições potenciais e inesgotáveis de trabalhar o desenvolvimento local sustentável.

Conforme a Carta de Ottawa (1986), a promoção da saúde é definida como “a capacitação das comunidades para modificarem os determinantes da saúde em benefício da qualidade de vida”. Necessário se faz, portanto, o monitoramento e a avaliação da ação, com vistas ao seu êxito que, ora alcançado, em condições reais com sustentabilidade, caracteriza a efetividade da promoção da saúde (UIPES - União Internacional de Promoção e Educação para Saúde, 2004).

No caso brasileiro, o sistema nacional de saúde (SUS), idealizado pelo Movimento da Reforma Sanitária na década de 80, compõe dispositivos constitucionais que podem garantir a sua sustentabilidade, conforme os autores explorados até então, haja vista os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade e participação social, bem como os princípios organizativos da descentralização e regionalização, com garantia de financiamento para as necessidades de saúde da população.

2.2 Modelo Teórico/Lógico

O diagrama 2.1, a seguir, representa o modelo teórico/lógico explicativo para operacionalizar o conceito de sustentabilidade de sistemas de saúde, assumido neste estudo.

O limite externo do diagrama representa o Estado, enquanto organização institucionalizada de poder sobre o conjunto da sociedade, cujas interações desta com o primeiro determinam o estado de saúde das populações e a estrutura institucional e organizacional do sistema de saúde, bem como é o local onde a *práxis* de saúde ocorre.

2.1 Modelo Teórico

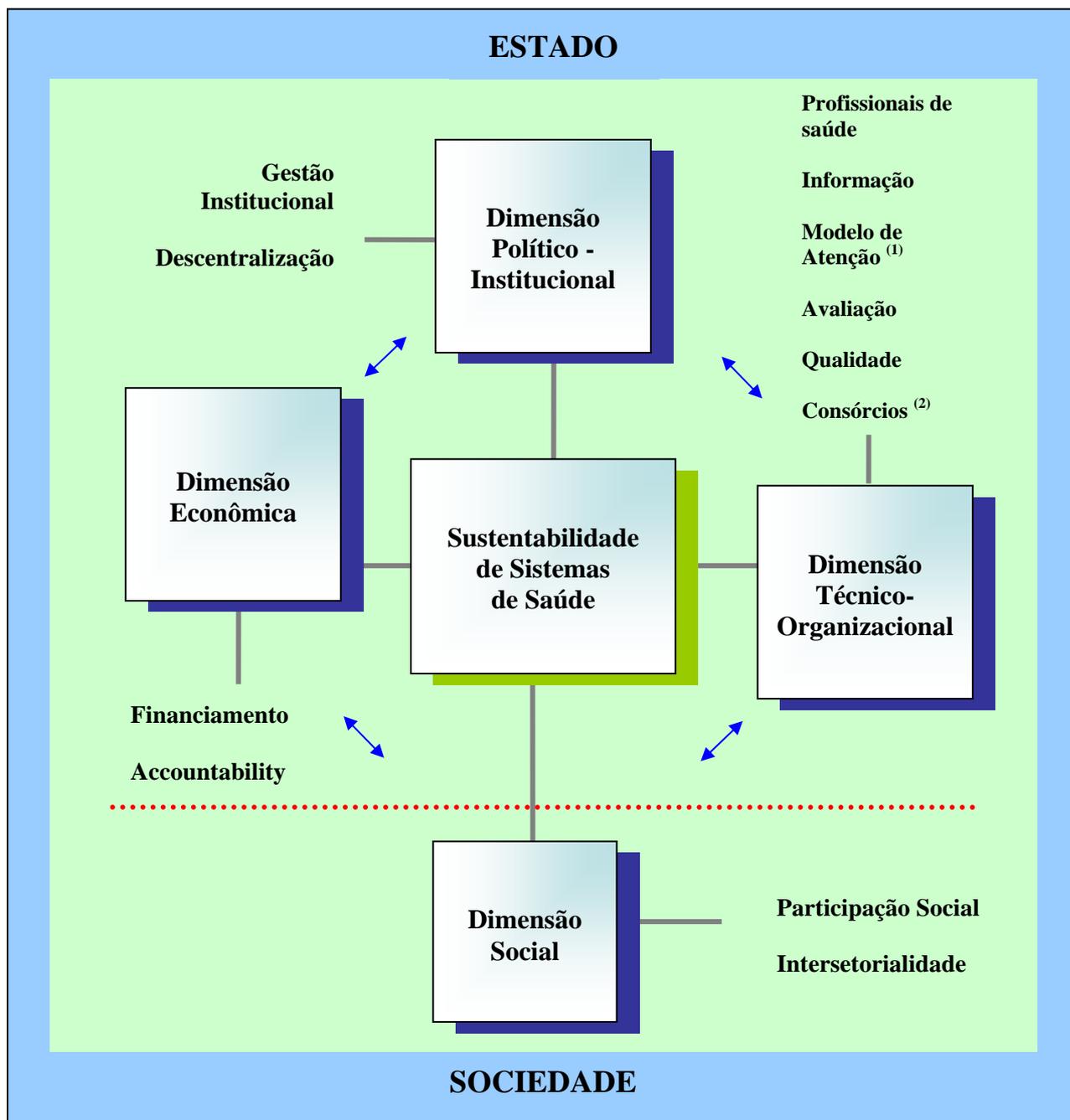


Diagrama 2.1: Modelo Teórico para Sustentabilidade de Sistemas de Saúde
Elaboração da Autora, baseado no modelo de sistemas de saúde da OMS (KLECKOWSKI & ROEMER, 1984).

¹. Ao que Kleczkowski & Roemer (1984) denominam prestação da atenção à saúde. Entretanto, assumiu-se a denominação de “modelo de atenção à saúde” baseando-se em Teixeira *et. al.* (1998). Para estes autores modelo de atenção à saúde vem a ser as formas de organização tecnológica do processo de prestação de serviços de saúde e que podem transcender os espaços institucionalizados do sistema de serviço de saúde para órgãos governamentais ou não.

². Para Mendes (1998; 2004), os “consórcios” intermunicipais são estratégias para a efetivação da regionalização da atenção a saúde no sistema de saúde, a exemplo do caso brasileiro.

Tomou-se como ponto de partida a composição de sistema de saúde proposta por Kleczkowski & Roemer (1984), que identificam 05 (cinco) componentes de qualquer sistema quais sejam: a infra-estrutura (recursos físicos, humanos, materiais, tecnológicos, informação), a gestão (bases jurídicas, planos, programas, projetos), o financiamento, a organização de serviços e a prestação dos mesmos.

O debate brasileiro destaca que estes cinco componentes, propostos pelos autores citados, possam articular-se em duas grandes dimensões: a político-gerencial, com ênfase para a unificação, a descentralização e a participação social; e o modelo de atenção, com ênfase para a regionalização, a hierarquização e a integralidade do cuidado (MENDES, 1998, 2002; TEIXEIRA *et al.*, 1998).

A composição de sistema de saúde proposta por Kleczkowski & Roemer (1984), o debate brasileiro sobre a estrutura institucional e organizacional dos sistemas de saúde, aliado às considerações sobre os aspectos multidimensionais da sustentabilidade nos permite remodelar as dimensões discutidas até então em: político-institucional, técnico-organizacional e econômica, inserido uma quarta dimensão, a social, localizada abaixo da linha vermelha tracejada no diagrama.

A dimensão social, segundo os autores citados no quadro teórico, pode contribuir para a sustentação de um sistema de saúde, à medida que aumenta sua legitimidade, por meio da gestão social das políticas públicas, e a cota de responsabilização da sociedade na condução e execução das mesmas, conferindo-lhe *empowerment*. Um sistema de saúde sustentável, portanto, deve promover o desenvolvimento institucional e social, com garantia de financiamento para sua organização.

Para cada dimensão do modelo teórico foram destacados atributos relacionados que, baseados na revisão conceitual nos permitiu construir a matriz referencial da sustentabilidade de sistemas de saúde (quadro 1). Vale ressaltar que as dimensões propostas muitas vezes se inter-relacionam e apresentam áreas de interseção. É possível que atributos político-institucionais e econômicos indiquem sustentabilidade técnico-organizacional e vice-versa. O mesmo é válido para os atributos da dimensão social.

3 METODOLOGIA

Partindo dos resultados da revisão sistemática dos estudos primários sobre a avaliação de desempenho de sistemas de saúde, publicados nas bases de dados Medline, Lilacs e Scielo, buscamos aprofundar o resultado sobre sustentabilidade de sistemas de saúde, que apareceu em alguns estudos, especialmente naqueles originados nos países da OCDE.

Neste sentido, foi realizada uma nova busca sistemática nas mesmas bases de dados, tendo utilizado o período do final da década de 90, totalizando seus últimos 10 anos (1997 a 2007), quando se percebeu um incremento na produção científica, acredita-se pela preocupação dos pesquisadores para além das reformas, ou seja, como prolongar seus efeitos. Os dados foram consolidados no sistema Epi-info, versão 6.04d, 2001.

3.1 Produção dos Dados

A unidade de análise foram os estudos publicados nas bases de dados selecionadas (Medline, Lilacs e Scielo) no período de 1997 a Outubro de 2007, os quais pudessem ser aplicados os critérios de seleção.

Foram utilizados os descritores relacionados ao sistema de saúde, como gestão, financiamento, modelo assistencial, políticas de saúde, qualidade, participação comunitária, intersetorialidade, informação em saúde, recursos humanos, refinando a busca com o tema “sustentabilidade de sistemas de saúde”.

Neste feito, consideraram-se estudos de sustentabilidade aqueles cujo objetivo foi sinalizar os atributos ou mesmo as experiências que evidenciam ou favorecem a continuidade e o cumprimento do que se propõem os sistemas de saúde em longo prazo. Vale ressaltar que, também nesta pesquisa, os estudos de avaliação da atenção básica foram selecionados desde quando relacionados à estratégia como política de desenvolvimento dos sistemas de saúde.

Foram excluídos os estudos relacionados à sustentabilidade de programas de saúde, a exemplo da Aids, tuberculose, malária, dengue, dentre outros, assim como, de serviços de saúde, como

da vigilância epidemiológica, enfermagem, hospitalares, nutrição, etc. Também foram excluídos aqueles relativos a outros setores que não o da saúde, como os estudos sobre o ambiente. Outros fatores de exclusão: estudos que não continham resumos e aqueles repetidos.

Foram localizados 893 estudos, dos quais, depois de aplicados os temas para refinamento e os critérios de seleção, foram totalizados 95 estudos (10,6%) para a pesquisa de sustentabilidade de sistema de saúde. A base Medline recuperou o maior número de estudos, representando mais da metade dos achados (53,4%), dos quais, 63,2% fizeram parte da pesquisa.

Quanto à base Lilacs, cuja produção representou cerca da metade da base Medline (24,1%), apenas 18,9% dos estudos estava relacionada à sustentabilidade de sistemas de saúde. Já da base Scielo, cuja produção representou 22,5% do total, foram selecionados para a pesquisa 17,9%. Mais adiante o gráfico 01 representa os achados.

Em se tratando do ponto de vista analítico, foram construídos 12 (doze) gráficos, inicialmente com as variáveis simples e depois estabelecendo o cruzamento entre as mesmas, visando conhecer o local onde o conhecimento foi produzido e o atributo (característica) relacionado à sustentabilidade de sistemas de saúde, conforme o plano de análise a seguir.

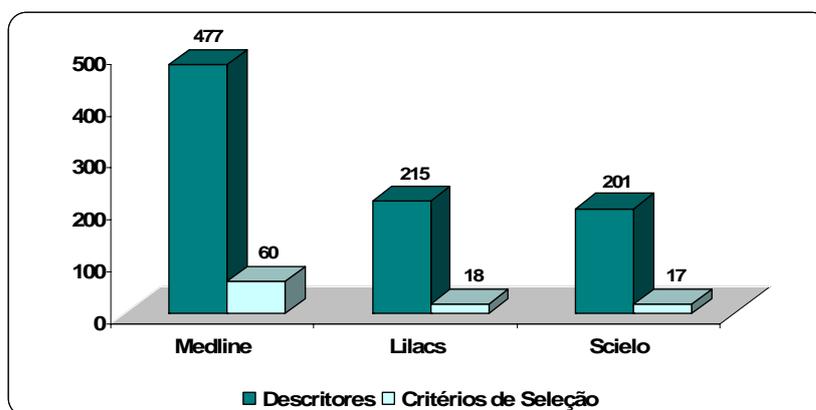


Gráfico 01: Distribuição dos estudos classificados para a pesquisa, 1997 a Outubro de 2007. Elaboração da Autora.

3.2 Plano de Análise

Inicialmente foi feita uma revisão de outros estudos publicados sobre o tema, no período, visando ao conhecimento empírico existente. Posteriormente classificaram-se os estudos selecionados nas bases de dados bibliográficos, considerando-se a procedência e os atributos (características) relacionados à sustentabilidade de sistemas de saúde, buscando identificar pontos de vista socialmente localizados e o contexto das aplicações e implicações práticas da pesquisa.

Neste sentido, primeiramente, relacionou-se a procedência dos estudos ao país onde foram realizados e a instituição que os promoveu, para, de acordo com Burke (2003), aproximar-se da geografia do conhecimento, discutindo o “lugar do conhecimento: centros e periferias – a distribuição espacial do mesmo”, ou seja, os lugares em que o conhecimento foi elaborado e difundido.

Portanto, classificou-se a procedência quanto à instituição que realizou o estudo (academia, sistemas locais e nacionais de saúde e agências de fomento/organismos internacionais), quanto ao país que o realizou (países da América do Norte, da OCDE, da América Latina, tendo separado o Brasil e outros para os que não se enquadram nesta classificação) e quanto ao *locus* do mesmo (países desenvolvidos/centrais e em desenvolvimento/periféricos).

No quadro 02, a seguir, apresentamos uma matriz referencial construída para o modelo de análise da sustentabilidade de sistemas de saúde desta pesquisa, conforme as referências e os modelos teorizados anteriormente, destacando as dimensões político-institucional, técnico-organizacional, econômica e social, os atributos e os possíveis objetos de análise, sendo que esses últimos não são alvos da nossa investigação. Esta multidimensionalidade muitas vezes se inter-relaciona e apresenta áreas de interseção.

Dessa forma, para a dimensão política utilizamos os atributos relativos à gestão institucional e à descentralização. Quanto à dimensão técnico-organizacional, buscamos relacionar os recursos humanos, a informação, o modelo de atenção, a qualidade da atenção, o monitoramento/avaliação e os consórcios como fatores estratégicos para sustentabilidade dos sistemas de saúde.

DIMENSÃO	ATRIBUTOS	POSSÍVEIS OBJETOS DE ANÁLISE
Político-Institucional	Descentralização	Políticas públicas descentralizadas
	Gestão Institucional	Plano de governo, capacidade de governo, governabilidade, legitimidade, cumprimento da missão.
Técnico-Organizacional	RH Adequado	Número, qualificação, vínculo de trabalho, motivação.
	Informação	Disponibilidade e qualidade.
	Modelo de Atenção	Atenção primária, promoção da saúde.
	Monitoramento/Avaliação	Institucionalização do processo avaliativo, avaliação participativa.
	Qualidade da Atenção	Satisfação do usuário, resolutividade.
	Consórcios	Regionalização, cooperação intermunicipal.
Econômica	Financiamento	Investimento público e privado, proporção aplicada em Atenção Básica e Média e Alta Complexidade.
	<i>Accountability</i>	Transparência dos gastos, responsabilidade fiscal.
Social	Participação Social	Conselhos comunitários, organização social, mobilização e participação social.
	Intersetorialidade	Articulação entre setores no âmbito público e privado.

**Quadro 02: Matriz Referencial das Dimensões de Sustentabilidade de Sistemas de Saúde.
Elaboração da Autora.**

Em se tratando da dimensão econômica, o financiamento e a transparência dos gastos (*accountability*) foram os atributos relacionados, enquanto que na dimensão social, a participação social e a intersetorialidade foram salientados, além de identificar outras dimensões que venham caracterizar a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

4 RESULTADOS

Nesta seção apresentaremos os resultados encontrados na síntese dos estudos pesquisados, conforme as categorias de análise. De acordo com o gráfico 01 foram localizados 839 estudos, dos quais 10,6% atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa nas bases Medline (63,2%), Lilacs (18,9%) e Scielo (17,9%). A tendência de produção é constante no período analisado, com destaque para o ano de 2004, conforme o gráfico 02, a seguir.

4.1 Procedência dos Estudos

A apresentação do gráfico 03, também a seguir, evidencia a produção por instituição e país de realização dos estudos. Existe uma prevalência dos estudos acadêmicos (65,3%), seguida por aqueles realizados pelos sistemas de saúde de âmbito nacional e local (24,2%) e por fim, pelas agências de fomento (10,5%). Como também há um maior número de estudos provindos dos países da OCDE, seguidos pelos estudos brasileiros.

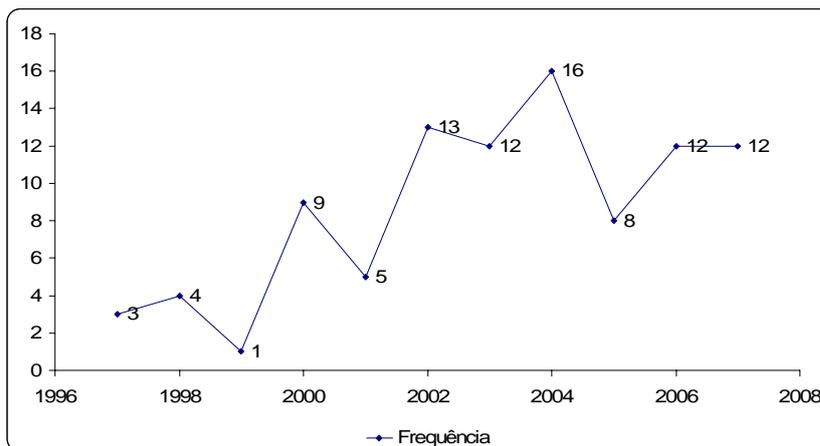


Gráfico 02: Frequência dos estudos nas bases de dados, 1997 a outubro de 2007. Elaboração da Autora.

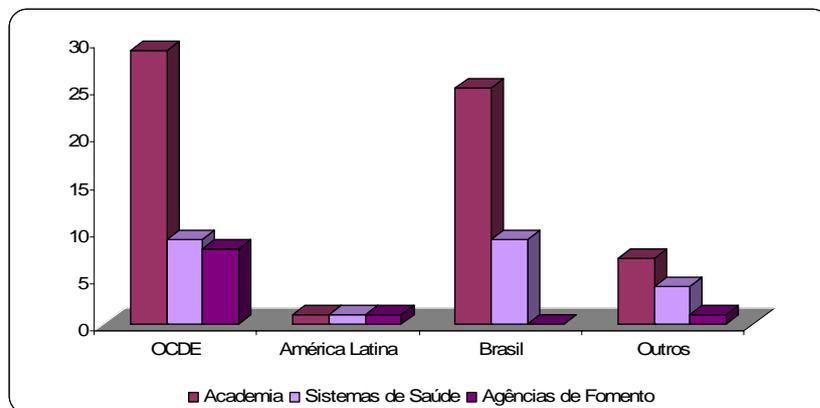


Gráfico 03: Proporção dos estudos por país e instituição, 1997 a outubro de 2007. Elaboração da Autora.

4.2 Dimensões Associadas à Sustentabilidade de Sistemas de Saúde

Conforme os atributos relacionados à sustentabilidade, o gráfico 04, a seguir, apresenta a frequência de distribuição dos estudos das bases selecionadas, de acordo com as dimensões propostas na matriz referencial (quadro 02) para a sustentabilidade de sistemas de saúde.

Em se tratando da classificação dos países pelo índice de desenvolvimento humano (IDH), vale salientar que os países em desenvolvimento tiveram uma frequência maior de realização de estudos (56,8%) do que aqueles desenvolvidos (43,2%). A dimensão técnico-

organizacional, proposta pela matriz referencial do quadro 02 foi a que teve maior destaque conforme o gráfico 05 mais abaixo.

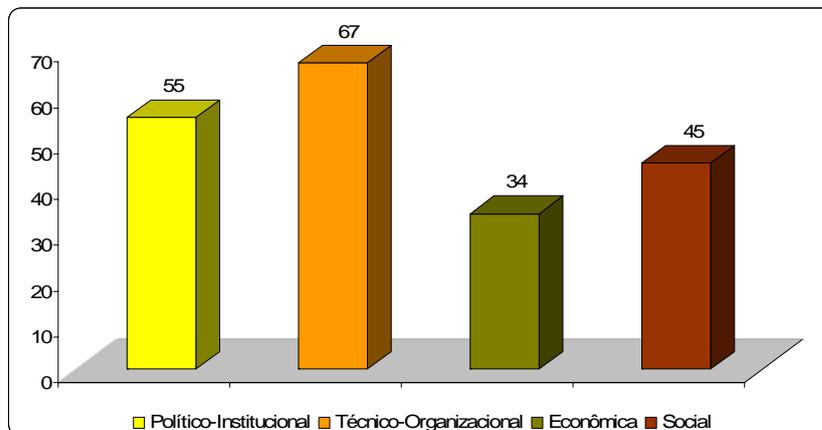


Gráfico 04: Frequência de estudos por dimensões de sustentabilidade de sistemas de saúde, 1997 a outubro de 2007. Elaboração da Autora.

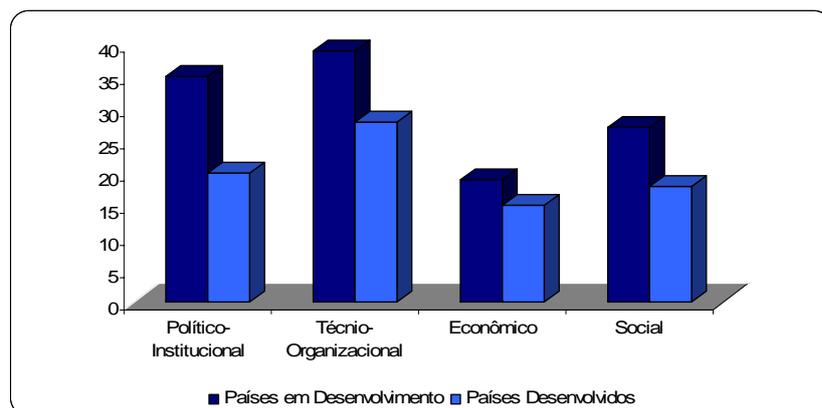


Gráfico 05: Distribuição por locus de realização dos estudos e por dimensão de sustentabilidade de sistemas de saúde, 1997 a Outubro de 2007. Elaboração da Autora.

Disposta no gráfico 06, a seguir, apresentamos a distribuição dos estudos por país que os realizou e as dimensões propostas para a sustentabilidade de sistemas de saúde, com destaque para os países da OCDE e o Brasil, bem como, para as dimensões político-institucional, técnico-organizacional e social.

Já o gráfico 07, também a seguir, mostra que a academia é a responsável pela realização de 65,3% dos estudos, seguida pelo interesse crescente dos sistemas nacionais e locais de saúde, com 24,2% e das agências de fomento (10,5%).

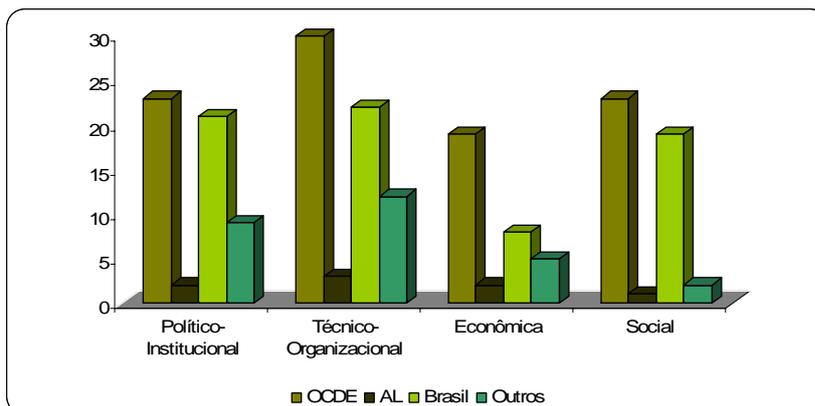


Gráfico 06: Distribuição dos estudos por país que os realizou e por dimensões de sustentabilidade de sistemas de saúde, 1997 a Outubro de 2007. Elaboração da Autora.

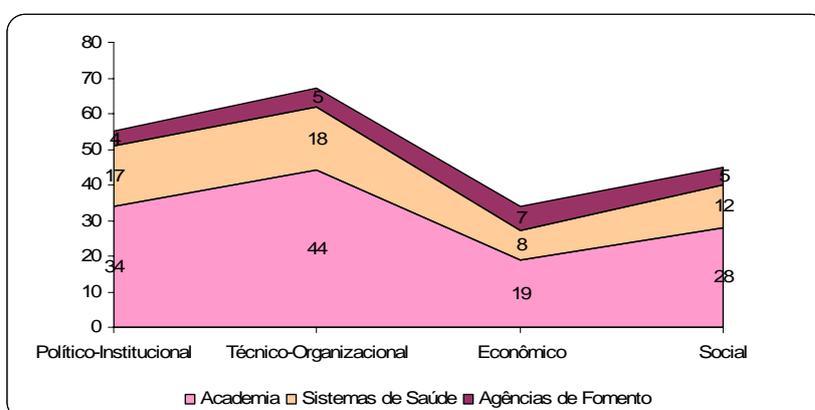


Gráfico 07: Distribuição dos estudos por instituição que os realizou e por dimensão de sustentabilidade de sistemas de saúde, 1997 a Outubro de 2007. Elaboração da Autora.

O gráfico 08 apresenta a distribuição dos estudos por país que os realizou e os atributos da dimensão político-institucional proposta para a sustentabilidade de sistemas de saúde, conforme a matriz referencial disposta no quadro 02. É visível o destaque para o componente da gestão, especialmente nos países da OCDE e no Brasil.

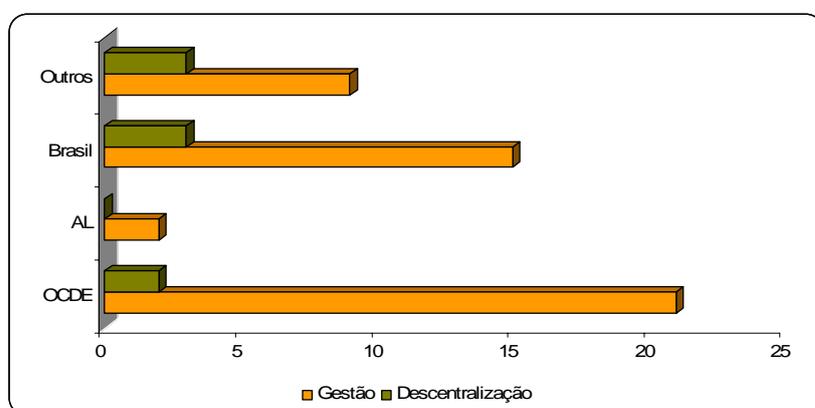


Gráfico 08: Distribuição dos estudos da dimensão político-institucional da sustentabilidade de sistemas de saúde por país de realização, 1997 a Outubro de 2007. Elaboração da Autora.

O gráfico 09 demonstra a distribuição dos estudos por país que os realizou e os atributos da dimensão técnico-organizacional proposta para a sustentabilidade de sistemas de saúde, conforme a matriz referencial disposta no quadro 02. Percebe-se o destaque para os componentes “recursos humanos”, “informação” e “qualidade” nos países da OCDE e “modelo de atenção”, “avaliação” e “consórcios” no Brasil.

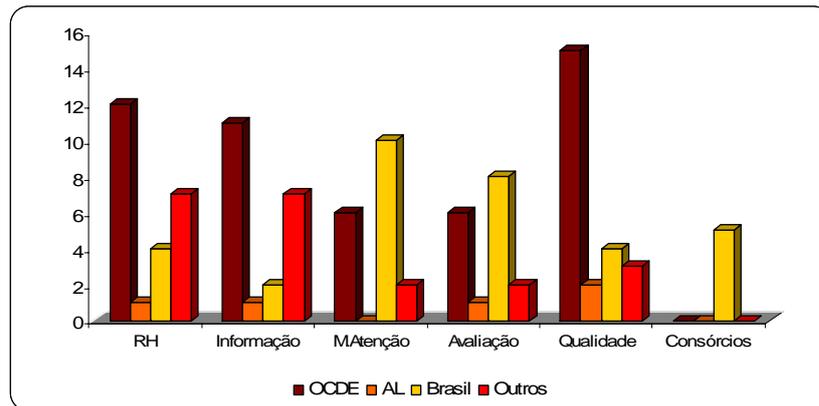


Gráfico 09: Distribuição dos estudos da dimensão organizacional da sustentabilidade de sistemas de saúde por país de realização, 1997 a Outubro de 2007. Elaboração da Autora.

Continuando com os dados relacionados às dimensões de sustentabilidade de sistemas de saúde, o gráfico 10 relaciona a distribuição dos estudos por país que os realizou e os atributos da dimensão econômica propostos, de acordo com a matriz referencial disposta no quadro 02. Observa-se que o financiamento é uma grande preocupação dos países para a sustentabilidade de seus sistemas.

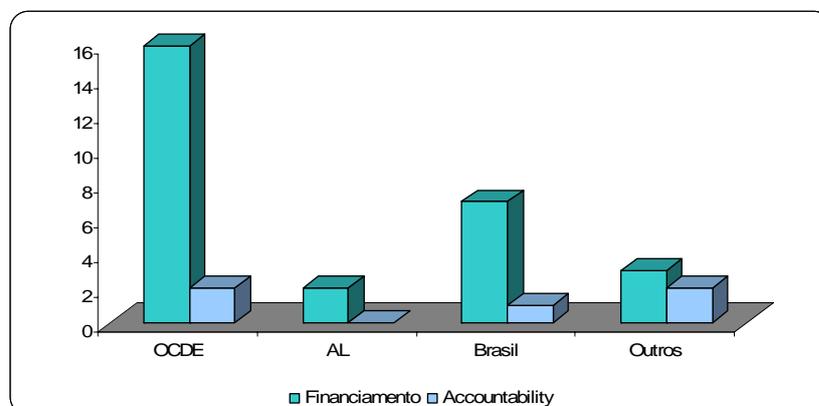


Gráfico 10: Distribuição dos estudos da dimensão econômica da sustentabilidade de sistemas de saúde por país de realização, 1997 a Outubro de 2007. Elaboração da Autora.

Para finalizar a distribuição dos atributos por dimensão de sustentabilidade de sistemas de saúde e país que realizou os estudos, o gráfico 11 revela que a participação social é um forte atributo da dimensão social para a sustentabilidade destes sistemas, não desconsiderando a intersetorialidade.

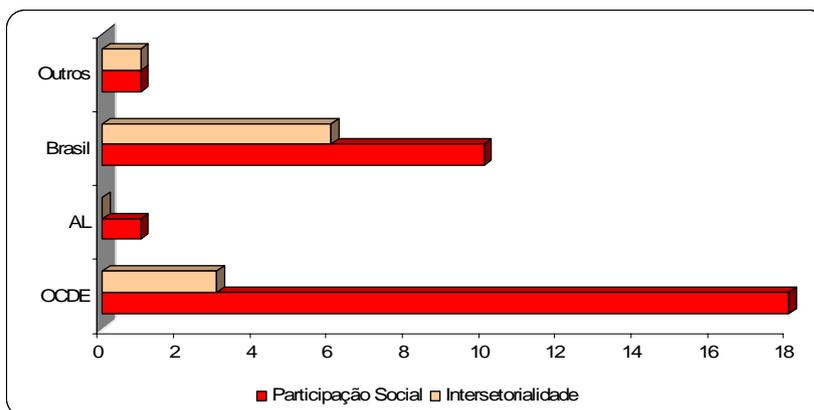


Gráfico 11: Distribuição dos estudos da dimensão social da sustentabilidade de sistemas de saúde por país de realização, 1997 a Outubro de 2007. Elaboração da Autora.

Concluindo a apresentação dos resultados, 28,4% do total de estudos apontaram outros atributos propostos para a sustentabilidade de sistemas de saúde. O gráfico 12 relaciona a frequência dos mesmos, com ênfase para a “liderança”, “regulação”, “regionalização”, “co-pagamento”, “comunicação” dentre outros.

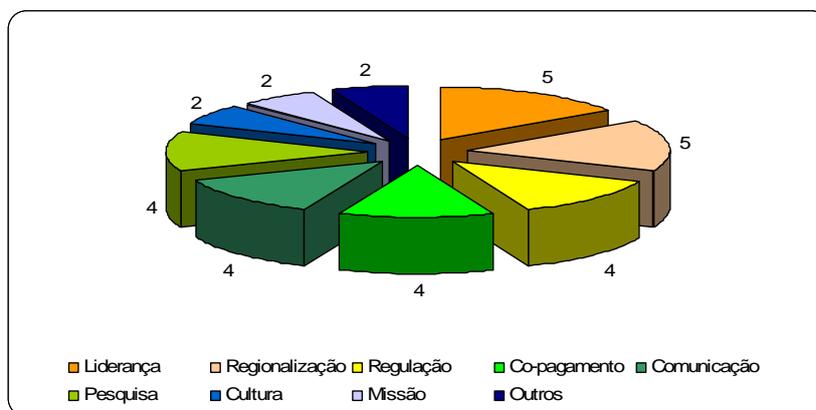


Gráfico 12: Frequência de outros atributos relacionados nos estudos para da sustentabilidade de sistemas de saúde, 1997 a Outubro de 2007. Elaboração da Autora.

5 DISCUSSÃO

A análise da produção científica sobre a sustentabilidade de sistemas de saúde nos últimos dez anos mostrou-se importante, evidenciando resultados interessantes e possibilitou a conformação do modelo teórico desenvolvido para esta pesquisa. Entretanto, o grande volume de estudos relacionou-se a programas específicos e não de sistemas de saúde, bem como, ainda relaciona a sustentabilidade direta e exclusivamente a uma dimensão unilateral, a econômico-financeira.

É notório o interesse acadêmico em produzir estudos sobre sustentabilidade de sistemas de saúde, considerando a emergência do tema no mundo. Os países da OCDE através do *System of Health Accounts* (SHA) elegeram a sustentabilidade como uma das dimensões para avaliação de desempenho de seus sistemas, entretanto utilizando o conceito unilateral, ou seja, o financeiro associado à eficiência, confirmando os resultados encontrados.

Percebe-se que os países em desenvolvimento, inclusive o Brasil, estão mais preocupados em analisar a sustentabilidade dos seus sistemas de saúde para além da ótica econômico-financeira, tendo sido esta a dimensão menos apontada por estes países, apesar da forte influência do setor econômico no delineamento das políticas públicas, especialmente no Brasil, ponderando que o financiamento da saúde depende da estabilidade econômica do país.

Os estudos brasileiros apontam as dimensões organizacional, político-institucional e social quase que na mesma proporção, como dito, em menor destaque para a dimensão econômica, evidenciando o interesse acadêmico e dos sistemas de saúde pelo conceito multidimensional da sustentabilidade. Isso não significa que a dimensão econômica tenha sido considerada menos importante, mas acredita-se na aposta pela desconstrução do conceito unilateral de sustentabilidade.

Em se tratando dos atributos e baseando-se no modelo teórico e na matriz referencial proposta, a dimensão técnico-organizacional foi a mais destacada nos estudos tanto de interesse dos países quanto das instituições que os realizaram, demonstrando a importância dada a este componente dos sistemas de saúde para sua sustentabilidade, tendo considerado os seguintes atributos: recursos humanos, informação, modelo de atenção, monitoramento/avaliação, qualidade e consórcios.

Os países desenvolvidos leia-se OCDE, demonstram uma maior preocupação com os atributos relacionados à qualidade, aos recursos humanos e à informação, considerando seu interesse pelo desempenho voltado para a eficiência, eficácia e efetividade, dos sistemas de saúde, dimensões estas propostas por Donabedian (1990) para o modelo de avaliação do desempenho dos sistemas de saúde, conforme os "sete pilares da qualidade".

É importante salientar que a quantidade dos recursos humanos e a qualidade da sua formação em saúde requerem investimento por parte do organismo que promove a atenção à saúde, por meio da institucionalização de uma política com esta finalidade, assim como, as propostas do aparelho formador vão na direção da concepção sobre saúde, ampliada ou não, e da compreensão do adoecimento enquanto processo socialmente determinado.

Conforme Teixeira *et al.* (1998), a implementação do SUS no Brasil, nos anos 90, contemplou mudanças no financiamento, na gestão e organização dos serviços. Neste sentido, assumindo um conceito multidimensional da sustentabilidade, os estudos brasileiros voltam uma atenção especial aos atributos relativos ao modelo de atenção e à avaliação, bem como aos consórcios, dada ênfase pelo fortalecimento da regionalização da saúde com a Norma Operacional de Atenção à Saúde do SUS 01/2002.

De acordo com a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL 2000), a descentralização da gestão pública tem representado grande oportunidade para adequação das políticas públicas às demandas e singularidades locais, assim como para o aumento da eficiência do gasto público, eficácia gerencial, sustentabilidade e equidade no que se refere à efetividade da ação governamental.

O processo acelerado de inovações do sistema de saúde brasileiro acompanhou a descentralização promovida pelo SUS e teve o município como agente e protagonista dessas mudanças. Com autonomia outorgada, a gestão municipal consegue promover respostas às demandas sociais, mas evidencia sinais de baixa capacidade de governo, especialmente nos municípios brasileiros de pequeno porte. Isto é sinalizado nos estudos cujo atributo “gestão” foi salientado para a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

A partir da Conferência Internacional sobre Atenção Primária (Alma Ata, 1978), visando o alcance das metas do SPT 2000⁸, os países americanos estabeleceram estratégias orientadas para a atenção primária, objetivando aumentar os níveis de bem estar, ampliar o acesso aos serviços e favorecer a participação da comunidade, reafirmando a saúde como direito do homem e responsabilidade política dos governos.

Com o desmonte do *National Health Service* da Inglaterra e as reformas dos sistemas de saúde (nos anos 90) houve a defesa pela integração da saúde como parte de políticas públicas saudáveis, atuação da comunidade na gestão do sistema de saúde, reorientação dos sistemas de saúde e ênfase na mudança do estilo de vida, elementos tais, ideológicos do movimento pela promoção da saúde, institucionalizados pela Carta de Ottawa (1986).

Todo este movimento pela promoção da saúde derivou outras propostas para sua implementação, a exemplo da estratégia Municípios Saudáveis (OMS, 1986) e tem desencadeado vários estudos sobre a sua efetividade no atendimento às necessidades de saúde da população, reorientação das práticas de saúde, eficiência dos custos com a saúde e democratização da gestão.

Para Westphal (2000), tal estratégia, considerada de desenvolvimento social e que tem a saúde e suas determinações como o centro das atenções, caracteriza um estilo de desenvolvimento sustentável, o que vem de encontro com a proposta da matriz referencial de sustentabilidade de sistemas de saúde, proposta no quadro 02.

No Brasil, várias estratégias para o fortalecimento da atenção primária foram adotadas a partir dos anos 80 e 90, entre elas a da Saúde da Família, que segundo Pedrosa & Teles (2001), por basear-se na medicina preventiva e trabalhar com as famílias, esta estratégia promoveria sustentabilidade ao buscar sair do foco hegemônico da medicina curativa e envolver a comunidade na gestão dos sistemas de saúde.

⁸ Em 1977, a Assembléia Mundial da Saúde lança a consigna “Saúde para Todos no Ano 2000” (SPT 2000), assumindo uma proposta política de extensão de cobertura dos serviços de saúde com base em sistemas simplificados de assistência à saúde, estabelecendo a atenção primária como estratégia privilegiada de operacionalização das metas da SPT 2000, incorporando elementos do discurso da saúde comunitária (Paim & Almeida Filho, 1998).

Os estudos brasileiros são aqueles que dão o maior destaque para o modelo assistencial como atributo de sustentabilidade de sistemas de saúde, fazendo referência à atenção primária e à promoção da saúde como estratégias de operacionalização para a mudança do modelo assistencial e, conseqüentemente, da mudança de paradigma da saúde, centrado na qualidade de vida a partir de um processo integrado e participativo.

Em se tratando do monitoramento e avaliação, os países desenvolvidos já institucionalizaram este processo, enquanto que o Brasil está em fase de consolidação, daí o grande número de estudos desenvolvidos sobre o tema pelo país. Acredita-se que a relação da avaliação com a sustentabilidade de sistemas de saúde esteja associada ao processo de tomada de decisão informada, o que vem caracterizá-la como uma tecnologia de gestão.

De acordo com Mansur (2001), o financiamento do setor saúde sofre influência do quadro econômico dos países e de quais são as fontes para o mesmo, principalmente quando baseado em recursos públicos. Os países desenvolvidos têm uma preocupação evidente com o alto custo dos sistemas de saúde, haja vista o perfil de morbi-mortalidade dos mesmos. Daí o interesse dos estudos dos países da OCDE pela sustentabilidade financeira visando à eficiência de seus sistemas.

No Brasil, o financiamento da saúde sofre interferência das decisões políticas, das crises econômicas, das oscilações no nível de arrecadação fiscal, alterando o volume de recursos destinados ao setor. A prioridade dada ao investimento nos condicionantes da saúde em detrimento dos seus determinantes minimiza os agravos, promove uma atenção de baixa eficiência e efetividade e aumenta as desigualdades sociais.

Apesar dos princípios do SUS estabelecerem bases para a integralidade da atenção à saúde, os serviços ainda estão organizados para a atenção à doença, dinâmica que pode levar à inviabilidade financeira, dada à incorporação e utilização de tecnologias medicalizantes e sensíveis à regulação do mercado, vindo comprometer a sustentabilidade do sistema de saúde.

A *accountability* é um atributo bastante citado nos estudos que apontaram a dimensão econômica, e está relacionada à transparência nos gastos públicos com a saúde. A análise do financiamento do setor torna-se dificultada, por não haver uma visão única no Brasil e nos demais países do conceito sobre despesa em saúde, bem como por diferentes interpretações do

conceito de saúde e bancos de dados variados, possibilitando pouca transparência e afetando indiretamente a sustentabilidade do sistema de saúde.

De acordo com a CEPAL (1991), o crescimento econômico e tecnológico não se traduz simultaneamente em “mais e melhor vida” para todos nos marcos dos condicionantes éticos, da democracia, equidade e sustentabilidade. Esta última, para além dos efeitos da globalização e da crise ecológica preocupa-se com os estilos de desenvolvimento e seus riscos para a saúde, propondo a construção de políticas integradas e participativas.

Realçando a noção indissociável entre promoção da saúde e desenvolvimento sustentável, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO, 2002) recomenda que:

A concepção de desenvolvimento sustentável, que engloba as diretrizes de intersectorialidade, deve orientar as políticas de emprego, moradia, acesso a terra, saneamento e ambiente, educação, segurança pública e alimentar, para que, integradas às políticas de saúde, tenham por referência a saúde das populações como melhor indicador da qualidade de vida das pessoas e das coletividades.

Neste sentido, a promoção da saúde faz parte, portanto, das responsabilidades do Estado, compondo o conceito ampliado de saúde e enunciada nos princípios e diretrizes do SUS, que contemplam a participação comunitária e a integralidade do sistema, com gestão descentralizada, apontando para a intersectorialidade.

Isto vem potencializar o desenvolvimento social e a reorganização dos sistemas de saúde na perspectiva da saúde e não da doença. Dessa forma, os sistemas de saúde se tornam mais viáveis e sustentáveis, à medida que se proporciona maior *empowerment* e se reforça a saúde como um bem público.

Para Ayres (2001), é necessário conhecer os indivíduos para os quais se destinam as ações de saúde e suas condições de vida, partindo da premissa de que é imprescindível envolvê-los nas ações, contrapondo a imposição das mesmas. Para este autor, à medida que as ações de saúde estejam vinculadas aos valores sociais, deixando-se influenciar não apenas pelos saberes técnicos, terá assegurada sua sustentabilidade e efetividade.

Os estudos apontaram forte referência à participação social e a intersectorialidade como atributos de sustentabilidade dos sistemas de saúde, especialmente naqueles produzidos pelos

países da OCDE, que vem destacando fortemente o componente participativo, e pelo Brasil. Neste último, a intersectorialidade obteve grande destaque, haja vista os princípios doutrinários e organizativos do SUS e a compreensão de sua importância para a efetividade dos sistemas de saúde.

A participação social e intersectorialidade têm causado impacto relevante nas ações de saúde no Brasil. Apesar de estas práticas estarem associadas à renovação da saúde pública e recomendarem a promoção da saúde para a transformação da vida social (CANESQUI, 2001), não são efetivas no país como um todo. Onde as mesmas são mais perceptíveis, visualiza-se um tipo de gestão mais democrática e legítima, com estímulo ao desenvolvimento social.

Outros atributos foram apontados para a sustentabilidade dos sistemas de saúde, dentre eles “liderança”, “regulação”, “regionalização”, “co-pagamento”, “comunicação”, interligados aos atributos já mencionados. O primeiro está relacionado à dimensão político-institucional e fortemente associado à capacidade de governo da gestão do sistema de saúde, traduzido na legitimidade da mesma.

A “regionalização” apareceu nos estudos brasileiros cujo atributo “consórcios” foi mencionado, por tratar-se de uma estratégia organizacional e estrutural do sistema de saúde. A regionalização fortalece a descentralização na medida em que promove a visão integradora por meio da cooperação intermunicipal, aumentando a resolutividade do sistema como um todo, o que vem ampliar as chances de equidade no acesso e na integralidade da atenção a saúde.

A “regulação”, ainda em fase incipiente na maioria dos estados brasileiros, no que se refere ao acesso do usuário aos serviços de saúde conforme sua necessidade objetiva a mudança na produção do cuidado, com a integração de todos os recursos disponíveis no sistema de saúde, através de fluxos capazes de garantir o acesso seguro e oportuno às tecnologias necessárias ao restabelecimento da autonomia e saúde dos usuários.

Portanto, do ponto de vista da estrutura e do processo, a regulação contribui para qualificar a gestão dos sistemas de saúde, garantindo a integralidade do cuidado com a construção de respostas possíveis às necessidades dos usuários, tanto no âmbito público quanto no privado.

Sem dúvidas promove a normatização e o direcionamento adequados sinalizando a sustentabilidade do sistema e a garantia dos direitos constitucionais.

Em alguns países, o “co-pagamento” compõe o financiamento do setor saúde, tendo este atributo sido mais freqüente nos estudos dos países da OCDE. No Brasil, cujos preceitos constitucionais garantem um acesso universal, integral e equânime ao sistema de saúde e de inteira responsabilidade do Estado, causa estranheza esta proposição. Apesar de os recursos serem finitos e as necessidades de saúde infinitas, Carvalho (2005) destaca que se gasta mal o pouco que se dispõe.

A “comunicação” é um fator de grande importância para a sustentabilidade dos sistemas de saúde, tendo em vista impulsionar a informação para aqueles que realizam as práticas de saúde, para aqueles que delas fazem uso e para aqueles que as promovem, ou seja, para o sistema como um todo, fomentando a tomada de decisão informada e devolvendo aos usuários os resultados obtidos. Isto fortalece a gestão e induz o desenvolvimento social.

Mesmo com o forte apelo dos agentes financiadores internacionais para a vertente econômico-financeira da sustentabilidade e dos movimentos ecológicos para a vertente ambiental⁹, que define bases do movimento pela promoção da saúde, é visível a preocupação dos estudos brasileiros com o aspecto multidimensional da sustentabilidade dos sistemas de saúde, “apesar de certo desencantamento com o SUS e da capacidade de transformá-lo em realidade” (CAMPOS, 2007; FLEURY, 2007).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema sustentabilidade é emergente no mundo inteiro e suscita a noção de desenvolvimento político, econômico e social. Torna-se cada vez mais comum sua multidimensionalidade, considerando a pluralidade que norteia os conceitos construídos e fundamentados na contemporaneidade, para além das questões ecológicas e financeiras.

⁹ A vertente ambiental, aqui considerada, diz respeito ao pólo de campo da saúde proposto pelo Relatório Lalonde (1974), juntamente com os pólos: organização dos serviços, biologia humana e estilo de vida.

Neste estudo, consideramos os conceitos multidimensionais de sustentabilidade, partindo da classificação organizacional de sistemas de saúde proposta pela OMS a fim de conhecer possíveis direções que apontem para a sustentabilidade dos sistemas de saúde, considerando os estudos empíricos selecionados nas bases de dados indexadas.

Neste sentido, a sustentabilidade de sistemas de saúde foi entendida enquanto **a capacidade de garantir, continuamente, a provisão da atenção à saúde com resolutividade para quem e com quem dela necessita**. Para tal, foram considerados os atributos classificados pertinentemente, conforme as evidências empíricas, nas dimensões político-institucional, técnico-organizacional, econômica e social, e a matriz referencial elaborada para este estudo.

Os estudos sinalizaram que os atributos classificados na dimensão técnico-organizacional foram os mais destacados, evidenciando que os aspectos estruturantes dos sistemas de saúde são preocupações, especialmente, dos países em desenvolvimento para prover a atenção à saúde com qualidade e resolutividade, não desconsiderando as outras dimensões para o desempenho favorável do sistema de saúde.

Importa ressaltar, portanto, que considerando a multidimensionalidade do conceito contemporâneo de sustentabilidade, os atributos da avaliação de desempenho de sistemas de saúde podem ser associados à construção deste conceito, relacionando-se às dimensões de estrutura, processo e resultado, quais sejam: eficácia, eficiência, efetividade e qualidade. Ou seja, um sistema de saúde sustentável deve garantir um desempenho satisfatório.

Faz-se importante o reconhecimento das limitações deste estudo dado à polissemia do termo sustentabilidade e sua aplicação aos sistemas de saúde, desafio ainda em fase inicial no Brasil. Nos países desenvolvidos, os sistemas de saúde já estão consolidados em sua maioria, e a sustentabilidade dos mesmos gira em torno do financiamento da atenção e do envolvimento social como premissa de qualidade.

No Brasil, desafios outros são postos, a exemplo da necessidade de fortalecer a gestão, ponderando o descompasso ocorrido a cada dois anos no país, face às eleições, e que compromete todo esforço empenhado anteriormente. Também a inexistência de uma política de recursos humanos efetiva compromete a mudança de *práxis* e a quebra do modelo

assistencial hegemônico, acentuando o investimento na doença e o aumento dos seguros privados de saúde.

Desafios também na mobilização de recursos outros estruturantes, para além dos recursos financeiros e com transparência, que depende da construção de alianças e do desenvolvimento institucional, fatores essenciais para a sustentabilidade dos sistemas de saúde. Compete à união de esforços para a transformação da sociedade, que ocorre em longo prazo e parte da educação dos gestores públicos e privados e demais atores sociais, o que lhes confere autonomia.

Alguns autores brasileiros destacam que para o SUS avançar e se tornar sustentável, há que se enfrentarem obstáculos políticos, de gestão e de reorganização do modelo de atenção visando à universalidade e a integralidade da atenção à saúde. Para tal, sugerem algumas alternativas: movimento social, suficiência de recursos financeiros, mudança no modelo de atenção, responsabilidade sanitária, fortalecimento da atenção primária, revisão do modelo de gestão, tecnologia em saúde.

Entretanto, outra corrente de autores defende que o SUS viável e sustentável passa pela necessidade de aperfeiçoar o modelo de gestão, ampliando a democratização da gestão pública no interior do conjunto do Estado e do setor saúde, combatendo o seu insulamento. Ou seja, alianças que permitam o avanço da Reforma Sanitária Brasileira para além dos limites setoriais do SUS.

Em síntese, acredita-se que para a viabilidade dos sistemas de saúde e os mesmos obterem o desempenho almejado, conferindo-lhe sustentabilidade, dependerá da força com que o Estado e as sociedades sobrepõem à vida da população acima de todas as racionalidades, força esta calcada pela ética da justiça e liberdade na expressão dos direitos sociais.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABU-EL-HAJ, J. Democracy and public policies in the age of globalization. *Hist. cien. Saúde-Manguinhos*. RJ, 5(1), 1998.

AGENDA 21. Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento. 2ª ed. Brasília: Senado Federal, Sub Secretaria de Edições Técnicas, 1992.

AGENDA DE DESENVOLVIMENTO HUMANO E SUSTENTÁVEL PARA O BRASIL DO SÉCULO XXI. Brasília, Athalaia, 2002.

ARRETCHE, MTS. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, EM (org). São Paulo: Cortez/IEE, p.29-39, 1999.

ARMANI, D. Desafios à sustentabilidade das ONG/Aids. Notas da palestra proferida no painel sobre sustentabilidade no VII ERONG/RS, em Imbé/RS, 31 de março de 2001.

_____. Sustentabilidade: do que se trata, afinal? Rio Grande do Sul: Unisinos, 2002 (mimeo).

AYRES, JR. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *RCS Col* 2001; 6(1): 63-72.

ÁVILA, AA. Construção histórica da administração no Brasil e sustentabilidade. UEPG/PR, 2005.

BAUM F.E. & ZIERSCH A.M. Glossary: Social capital. *J. Epidemiol. Community Health* (57): 320-323. 2003.

BAUMGARTEN, M. – Conhecimento, planificação e sustentabilidade. *São Paulo em Perspectiva*, 16 (3): 31-41, 2002.

BENEVIDES, RPS; ABREU, RV. Financiamento da saúde pública no Brasil: a situação atual e o impacto da vinculação constitucional de recursos (EC 29/2000). Departamento de Economia da Saúde/MS, Brasília, 2004.

BOBBIO, N. Dicionário de Política. UNB, 5ª. Ed. SP, 2004.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(3): 401-412, 2002.

BORON, AA *et al.*, GENTILI (orgs). Pós- neoliberalismo II: que estado para que democracia. Petrópolis, Rio de Janeiro, 2ª. Ed. Vozes, 1999.

BRAGA, T. M. & col. – Índices de Sustentabilidade Municipal: o desafio de mensurar. *Nova Economia*, Belo Horizonte, 14 (3), 11-33, setembro-dezembro, 2004.

BRASIL, Constituição Federal 1988.

BREILH, J. Epidemiologia, economia, política e saúde. São Paulo, Hucitec, 1991.

BRESSER-PEREIRA, LC. Novo Desenvolvimentismo e Ortodoxia Convencional. In: Pós-Consenso de Washington e Globalização. Rio de Janeiro: Editora FGV. Versão de 4 de junho de 2007.

BRUSEKE, FJ. – O problema o desenvolvimento sustentável. In: Desenvolvimento e natureza: estudos para uma sociedade sustentável. CAVALCANTI, C. (org). SP, 1995.

BUARQUE, SC. Metodologia de planejamento do desenvolvimento local e municipal sustentável. Brasília, 1994.

BURKE, Peter. Uma história social do conhecimento: de Gutemberg a Diderot. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. 241 p.

BUSS, PM. Promoção da Saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1): 163-177, 2000.

CAMPANTE, RG. O patrimonialismo brasileiro em Faoro e Weber e a sociologia brasileira. *Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro. 46(1), 153-193, 2003.

CAMPOS, GWS. Reforma da reforma – repensando a saúde. São Paulo: CEBES/HUCITEC; 1992.

_____. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(2):301-306, 2007.

CANADÁ, Ottawa Charter for health promotion: an international conference on health promotion. Ottawa, WHO/Ministry of health and welfare, 1986.

CANESQUI, AM. Saúde coletiva, sujeito e sociedade: comentários sobre uma proposta. *Saúde e Ciência Coletiva*, 6(1):20-47, 2001.

CAPRA, F. As conexões ocultas: ciência para a vida sustentável. São Paulo, Cultrix, Amanakey, 2002.

CAPRA, F. Sabedoria Incomum. São Paulo, Cultrix, 1988.

CARVALHO, G. A busca da equidade no financiamento da saúde no Brasil. Centro de Documentação. Publicações de Artigos, ENSP/FIOCRUZ, 2005.

CASTELLS, M & BORJA, J. As cidades como atores políticos. *Novos Estudos*, 45: 152-166, 1996.

CEPAL. Comissão Econômica para a América Latina. El desarrollo sustentable: transformación productiva, equidad y medio ambiente. Doc. LC/D no. 648, 1991.

CONTANDRIOPPOULOS, A.P. & col. – Saber preparar uma pesquisa, HUCITEC, 1998. (p. 13-80).

COSTA, AF & col. – Sociedade atual, comportamento humano e sustentabilidade. *Caminhos de Geografia*, 5 (13), 209-220, out/2004.

COUTINHO, RBG; MACEDO-SOARES, TDL; SILVA, JRG. Corporate social projects in Brazil: conceptual framework for empirical research and management analyses. *Revista Administração Pública*, Rio de Janeiro, 40(5), 2006.

DE FRANCO, A. O conceito de capital social e a procura de um índice sistêmico de desenvolvimento local integrado e sustentável. In: Silveira, CM & Da Costa Reis, L. (orgs). *Desenvolvimento Local, Dinâmicas e Estratégias*. Rede DLIS/RITS, pp. 153-162. 2001.

DONABEDIAN, A. The role of outcomes in quality asesment and assurance. *QRB*, n. 18, pp. 356-60, 1990.

FALCONER, AP. *A Promessa do Terceiro Setor: um estudo sobre a construção do papel das organizações sem fins lucrativos e do seu campo de gestão*. São Paulo: 1999.

FAVERET & DAIN et al – A sustentabilidade financeira no Proesf em municípios do Amapá, Maranhão, Pará e Tocantins. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11 (3): 607 – 620. 2006.

FLEURY, S. Iniquidades nas políticas de saúde: o caso da América Latina. *Revista de Saúde Pública*, Jun 1995, vol.29, n.3, p.243-250.

_____. *Legitimidade política, Estado e cultura*. IDH/PNUD, Bolívia, 2002.

_____. *A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade*. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(2): 307-317, 2007.

FLEURY, S. (org.) *Saúde e democracia – a luta do CEBES*. São Paulo, Lemos Editorial, 1997.

FREITAS, CM; PORTO, MF. *Saúde e Ambiente - Rio de Janeiro; Fiocruz; 2006. 120 p.*

GUIMARÃES, MC; SANTOS, SM; MELO, C; FILHO, AS. – avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(6): 1642-1650. Nov/dez, 2004.

GUIMARÃES, RP. O desafio político do desenvolvimento sustentado. *Lua Nova*, 35: 113-36, São Paulo, CEDEC, 1995.

KLECZKOWSKI, B.; BOGDAN, M; ROEMER, MI; WERFF, A. *Sistemas nacionales de salud y su reorientación hacia la salud para todos; pautas para una política*. Ginebra; OMS; 1984. 142 p. Tablas. (OMS Cuadernos de Salud Pública, 77).

LIMA, GCL. *O discurso da sustentabilidade e suas implicações para a educação*. *Ambiente & Sociedade*, 6(2), jul/dez, 2003.

LIMA, LLD. *Federalismo, relações físicas e financiamento do SUS: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais*. Tese da UERJ/IMS. RJ, 2006.

MANSUR, MC. O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 116 p.

MARQUES, RM; MENDES, A. – Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. *Economia e sociedade*, 14(1): 159-175, 2005.

MATUS, C. Política, Planejamento e Governo. Brasília, IPEA, 1993.

MENDES, EV. A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec, 1998. 359 p.

MENDES & PESTANA. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. SES-MG. Belo Horizonte, 2004.

_____. Os grandes dilemas do SUS: Tomo II. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2002. 167 p.

_____. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2002.

MERHY, EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio de algumas estratégias gerenciais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2): 305-314, 1999.

MILANI, C. Governança global e meio ambiente: como compatibilizar a economia, política e ecologia. Governança global, reorganização da política em todos os níveis de ação. Série Pesquisas, Fundação Konrad Adenauer, n. 16, p. 97-128, 1999.

MOURE-ERASO, R. Development models, sustainability and occupation and environmental health in the Americas: neoliberalism versus sustainable theories of development. *Ciência e Saúde Coletiva*, 8(4): 1039-1046, 2003.

NOSSO FUTURO COMUM ou Relatório Brundtland. Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e desenvolvimento. Rio de Janeiro: Editora da Fundação getúlio Vargas, 1991.

NUTBEAM, D. Eficácia de la promoción de la salud – lãs perguntas que debemos responder. In: Union Internacional de promoción de la salud y educación para la salud, La evidencia de la eficaci de la promoción de la salud, p 1-11. Madrid : Ministerio de la salud e consumo, 1999.

PEDROSA, JIS; TELES, JBM. Agreements and disagreements in the Family Health Care Program team. *Rev. Saúde Pública.*, vol. 35, no. 3. 2001.

PIOLA, SF; VIANNA, SM; CONSUELO, DV. – Estudo Delphi: atores sociais e tendências do sistema de saúde brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (suppl.) Rio de Janeiro, 2002.

PRATA, PR. Desenvolvimento econômico, desigualdade e saúde. *Caderno de Saúde Pública*, RJ, 10(3): 387-391, jul/set, 1994.

PUTNAM R. D. Bowling alone: America's declining social capital. *Journal of Democracy* (6): 65-78, 1995.

QUIJANO, A. Colonialidade, poder, globalização e democracia. *Novos Rumos*, ano 17:31, 2002.

RATTNER, H. – Sustentabilidade – uma visão humanística. *Ambiente & Sociedade*, 2004.

REIS & VIANNA – Proposta e análise de indicadores para reorientação do serviço na promoção da saúde: um estudo de caso no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (3): 97-709, 2004.

RIBEIRO, PT. Distribuição de recursos financeiros e equidade: uma relação delicada na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(2): 287-297, 2005.

_____. Direito à Saúde: integridade, diversidade e territorialidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(6): 1525-1532, 2007.

RIVERA, FJU. A Gestão situacional e a organização (em saúde) e a organização comunicante. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 12(3): 357-372, jul - set, 1996.

ROSA, Sueli Couto. Agricultura Familiar e Desenvolvimento Local Sustentável. 2003. Disponível em: <<http://gipaf.cnptia.embrapa.br/itens/publ/sober/trab352.pdf>>. Acesso em: 12 de outubro de 2007.

SACHS, I. Caminhos para o desenvolvimento sustentável. Rio de Janeiro: Gramond, 2002.

SCHEIRER, A.S., Is Sustainability Possible? *American Journal of Evaluation*, Vol. 26, no. 3, 320-347, September, 2005.

SHELDON, T. Promoting health care quality: what role performance indicators? *Quality in Health Care*. 7(suppl): 45-50, 1998.

SEN, AK. *On ethics and economics*. Blackwell Publishing, 1988.

SIQUEIRA, T. As diferentes dimensões da sustentabilidade em uma organização da sociedade civil brasileira: o caso do GAPA-BA, Salvador, 2005.

SILVA, CL; MENDES, JTG (orgs). Reflexões sobre o desenvolvimento sustentável; agentes e interações sobre a ótica multidisciplinar. RJ. Petrópolis, Vozes, 2005.

SILVA, TN; PEDROZO, EA. O desenvolvimento sustentável, a abordagem sistêmica e as organizações. 2002. Disponível em: <<http://read.adm.ufrgs.br>>. Acesso em: 15 de outubro de 2002.

SWERISSEN & CRISP. The sustainability of health promotion interventions for different levels of social organizations. *Health Promotion Int.* Mar, 19(1), 123-30, 2004.

TAVARES, EMF. Avaliação das políticas públicas de desenvolvimento sustentável: dilemas teóricos e pragmáticos. *Holos*, ano 21, maio 2005.

TEIXEIRA, CF; PAIM, JS; VILASBOAS, AL. SUS, Modelos assistenciais e vigilância da saúde. *IESUS*, VII(2), Abr/Jun, 1998.

TEIXEIRA, CF. Descentralização do SUS: múltiplos efeitos, múltiplos olhares. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(3): 423-426, 2002.

VAITSMAN, J. Saúde, cultura e necessidades. In: Fleury, S (org). *Saúde: Coletiva? Questionando a onipotência do social*. RJ, Relumé-Dumará, p.157-173, 1992.

VAN BELLEN, H. M., Desenvolvimento sustentável: uma descrição das principais ferramentas de avaliação. *Ambiente & Sociedade*, 7(1), jan/jun. 2004.

VIANA, AL; ELIAS, PEM. Saúde e desenvolvimento. *Ciência e Saúde Coletiva* v.12 supl.0 Rio de Janeiro nov. 2007

VIOLA, EJ. & OLIVIERI, A. Globalização, sustentabilidade e governabilidade democrática no Brasil. In: TRINDADE, A. & CASTRO, MF. *A sociedade democrática no final do século*. Brasília: Paralelo 15, 1997.

VIOLA, E. A Globalização da política ambiental no Brasil, 1990-1998. The Palmer House Hilton Hotel, Chicago, USA, 24-26/09/1998.

VLEK, C. Globalização, dilemas dos comuns e qualidade de vida sustentável: do que precisamos, o que podemos fazer, o que podemos conseguir? *Estudos de psicologia*, 8(2), 221-231, 2003.

WESTPHAL, MF. – O movimento cidades/municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, 51(1): 39-51, 2000.