

Modelos de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: diferenças e similaridades

Health System Performance Evaluation Models: Differences and similarities

Autores:

Ana Cristina Reis (Assessoria de Dados Vitais/SVS/SES-RJ)

Elizabeth Moreira dos Santos (Depart. de Endemias Samuel Pessoa/ENSP/FIOCRUZ)

Marcela Rocha de Arruda (Depart. de DST/Aids e Hepatites Virais/SVS/MS)

Este artigo é parte integrante da tese intitulada “*A noção de equilíbrio como proxy da avaliação de desempenho de sistemas de saúde*”. Rio de Janeiro, 2012. 116 f. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca.

Resumo

O objetivo deste artigo foi identificar e analisar as abordagens que norteiam os modelos de avaliação de desempenho. Para isso, realizou-se a revisão da literatura científica, descrição dos modelos e análise comparativa dos mesmos. A descrição dos modelos levou em consideração: a procedência do estudo, abordagem conceitual e dimensões utilizadas. A análise comparativa refere-se à capacidade do modelo avaliativo em descrever, explicar e julgar a intervenção. Foram selecionados seis artigos que explicitavam o modelo conceitual de desempenho adotado. Esses modelos após análise foram agrupados em três tipos de abordagens: determinação social da doença, a centrada nos objetivos e a sistêmica. Pode-se constatar a partir desta revisão que a maioria dos debates em torno dos modelos concentra-se na descrição das dimensões utilizadas para julgar o desempenho. Dentro da perspectiva da capacidade avaliativa dos modelos analisados, considerou-se que o modelo com maior capacidade avaliativa, por explicitar as funções do avaliando e incorporar uma relação de complementariedade entre as diferentes dimensões. Este estudo contribuiu para a compreensão das diferentes maneiras de se avaliar o desempenho de intervenções, destacando as variações em dos modelos em termos de princípios teóricos e estratégias metodológicas.

Palavras-chave: avaliação de desempenho, modelo teórico de desempenho, desempenho de sistemas de saúde

Health System Performance Evaluation Models: Differences and similarities

Abstract

The goal of this study is to analyze the evaluation potential of frameworks that support the most applied health performance evaluation models. The study included a systematic literature review, a description of each model identified and a comparative analysis of these models. Six articles were selected because they specified the adopted model of performance. The comparative analysis considered the capability of the evaluation model to describe, explain and judge the intervention. These models were grouped into three broad approaches: social determination of disease, goal focused and systemic. The review showed that most of the debates concerning the models was focused on the description of the dimensions, but do not indicate the valuation theory, standards and thresholds for judgment. This study contributed to understanding of the different ways to evaluate the performance, highlighting approaches in terms of focus, theoretical principles and methodological strategies.

Keywords: performance evaluation, theoretical model of performance, health system performance

Introdução

As discussões em torno dos modelos de avaliação de desempenho têm predominado na agenda internacional de saúde nas últimas décadas. As contribuições têm sido feitas para definir, descrever e explicar os modelos através das diversas estruturas conceituais propostas até o momento¹.

Sem dúvida, muitos países têm desenvolvido modelos para monitorar, medir e gerenciar o desempenho dos seus sistemas de saúde como forma de garantir a equidade, eficiência, efetividade, e que estejam em conformidade com os objetivos estabelecidos e com os padrões de qualidade. Ao mesmo tempo, há uma lacuna no conhecimento de como as informações sobre o resultado do desempenho são usadas para estimular a melhoria e assegurar a qualidade dos cuidados de saúde².

Apesar da disponibilidade de intervenções eficazes para muitos problemas prioritários de saúde, o progresso em direção a um serviço de saúde justo e de qualidade continua lento, sugerindo que o gargalo principal para atingí-los são os próprios sistemas de saúde, que na maioria das vezes são incapazes de oferecer o volume e a qualidade dos serviços necessários³.

Nesse sentido, a busca por melhores resultados, ou seja, conseguir que os sistemas de saúde desempenhem suas funções da melhor forma possível, vem transformando os processos avaliativos, e em particular as avaliações de desempenho, como importante instrumento de gestão⁴. Avaliações dessa natureza permitem identificar problemas no alcance de objetivos e podem auxiliar na seleção das intervenções mais efetivas, além de agregar elementos para o aprimoramento das políticas de saúde, aumentando a eficiência, a efetividade dos serviços e a qualidade do cuidado em saúde⁵.

Indiscutivelmente, a noção de desempenho na área da saúde está relacionada ao grau de alcance dos objetivos dos sistemas de saúde⁶. Mas, há formulações que vinculam o alcance dos objetivos às interações inerentes à intervenção. Tal como é o caso da proposta da Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization que define desempenho como “*a forma como uma organização desenvolve ou cumpre suas funções, sendo que uma importante função organizacional é orientada segundo metas e objetivos, cujo alcance depende de um conjunto interrelacionado de processos que afetam os resultados*”⁷.

A diversidade conceitual, assim como os diferentes métodos e estratégias de mensuração adotadas pelas agências internacionais e nos países, estão relacionadas de alguma

forma com os objetivos específicos de cada um dos sistemas de saúde, alvo das avaliações de desempenho. Em linhas gerais, pode-se conceituar sistema de saúde como o “*conjunto de agências e agentes cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde das pessoas e das populações*”⁸.

De fato, diferentes abordagens têm sido retratadas nos vários modelos de avaliação de desempenho. O termo modelo tem sido usado, de uma maneira geral, para representar uma realidade ou alguns dos seus aspectos, a fim de torná-los descritíveis qualitativamente e quantitativamente⁹. Como observado por Medina¹⁰ o objeto da investigação científica é um construto da realidade passível de modelagem. Portanto, os modelos são por natureza a representação do objeto, seus movimentos e suas relações tendo por referência uma construção teórica: a teoria do objeto-modelo.

Para Madaus, Scriven e Stufflebeam,¹¹ o termo abordagem e modelo tem sentido semelhante. Já para Worthen, Sanders e Fitzpatrick¹², abordagem se refere a um sistema classificatório relacionado à afinidade teórica, usos e propósito da avaliação e o modelo se refere à representação visual das várias teorias envolvidas em uma avaliação.

Chen¹³ formula um dos primeiros textos sobre a relação entre a teoria da intervenção e a avaliação. No texto em questão o autor faz uma descrição dos componentes da teoria da intervenção, distinguindo a teoria de funcionamento (*normative*) e a teoria causal (do inglês *causative*) da intervenção. Seguindo essa mesma lógica, os modelos avaliativos poderiam ser classificados em normativos e causais. Essa construção teórica é retomada por Champagne¹⁴, ao afirmar que os modelos avaliativos podem ser de duas naturezas: i) modelos operacionais e ii) modelos teóricos. Tal classificação é orientada pelo foco da avaliação, ou seja, o modelo tem relação direta com o tipo de efeito esperado que se pretenda avaliar. O modelo operacional refere-se às avaliações, cujo foco são os efeitos operacionais da intervenção. Neste caso, os modelos buscam refletir sobre os modos de funcionamento caracterizado pela qualidade técnica e/ou utilização da intervenção/serviços¹⁵. No modelo teórico, o foco da avaliação são os efeitos finalísticos, onde se pretende estabelecer uma relação de atribuição entre os efeitos finalístico e a intervenção.

Todas essas questões merecem um olhar mais cuidadoso, no sentido de identificar modelos de avaliação de desempenho que superem a mera aferição do alcance de objetivos e metas. Sendo assim, este artigo tem por objetivo descrever e analisar as abordagens teórico-

metodológicas que norteiam os modelos de avaliação de desempenho identificados na literatura pertinente.

Método

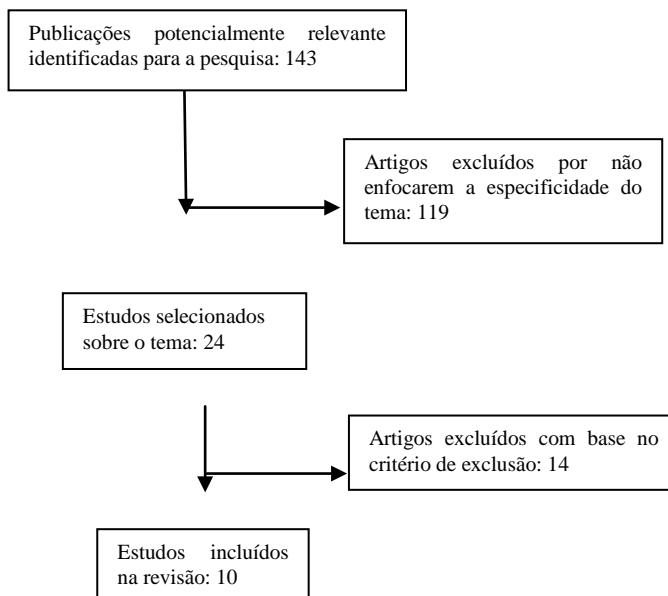
A elaboração deste artigo envolveu a revisão da literatura, a descrição dos modelos identificados e a análise comparativa dos mesmos. A análise concentrou-se nos aspectos teórico-metodológicos, isto é, foram discutidas as concepções teóricas de cada modelo e ainda, os desenhos metodológicos propostos.

Para a revisão, realizou-se uma busca detalhada da literatura científica, junto às bases de dados eletrônicas: MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Além disso, foi realizada uma busca manual de publicações com base nas referências bibliográficas consideradas relevantes listadas nos artigos identificados.

A estratégia de busca utilizou como descritores as seguintes expressões em inglês: “conceptual framework”, “health system performance”, “performance assessment of program health”, “performance measurement”. Foram selecionados os trabalhos publicados no período entre 2000 e 2010 que analisavam o desempenho de sistemas ou programa de saúde e que explicitavam o modelo adotado para avaliação; e excluídos aqueles que apenas analisaram o grau de desempenho sem menção do modelo.

Foram selecionadas 143 publicações potencialmente relevantes, das quais 119 foram excluídas por tratarem do desempenho organizacional ou profissional. Das 24 publicações que tratavam do desempenho de sistemas de saúde, 14 foram excluídas por não apresentarem ou mencionarem o modelo adotado. Dessa forma, selecionaram-se dez trabalhos que atendiam aos critérios de inclusão. (Figura 1)

Figura 1: Fluxograma de seleção dos estudos



Cabe ressaltar que, dos dez estudos selecionados, quatro eram da aplicação de outros dois modelos, como no caso dos modelos de avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro⁴, do Reino Unido¹⁶ e da Austrália¹⁷, que adotaram o modelo governamental canadense¹⁸. No caso do modelo holandês¹⁹, foi adotado o modelo da Organização para o Desenvolvimento da Comunidade Europeia (OCDE)²⁰. Para efeito deste artigo, só foram analisados os seis trabalhos com os modelos originais.

Na análise descritiva dos modelos selecionados levaram-se em consideração os seguintes pontos: a procedência do estudo, abordagem conceitual adotada e dimensões de desempenho utilizadas. Para análise comparativa deles, foi adotada a concepção de avaliação orientada pela teoria de programa elaborada por Chen¹³, retomada por Champagne¹⁴ e Donaldson¹⁵. Os critérios de comparação referem-se à capacidade do modelo avaliativo em descrever, explicar e julgar, segundo os pressupostos teóricos da intervenção de operacionalidade, interação e causalidade.

A matriz de análise, apresentada no Quadro1, explicita sob a forma de perguntas o que cada critério representa. Estes critérios foram analisados, tanto em termos de sua presença, quanto sua ausência.

Quadro 1: Matriz de análise dos modelos de avaliação de desempenho

Pressuposto Teórico da Intervenção	Capacidade do modelo avaliativo		
	Descrever	Explicar	Julgar
Definição do objeto O "avaliando"	O modelo discrimina o que esta sendo avaliado?	O modelo esclarece seus usos e propósitos esperados?	O modelo apresenta os padrões e parâmetros de sucesso?
Operacionalidade (Modelo Operacional)	O modelo descrimina os modos operantes da intervenção?	O modelo explicita fatores do contexto que facilitam ou prejudicam os efeitos operacionais da intervenção?	O modelo tem padrões que expressam os níveis de produção e qualidade das atividades da intervenção?
Interação	O modelo descrimina as interações entre: os processos e a organização?	O modelo explicita a interface entre a intervenção e os usuários? Permite identificar os fatores que organização e o contexto facilitam ou prejudicam os beneficiários?	O modelo tem padrões que expressam os níveis de interação e utilização, considerando os grupos organização e o contexto que se insere? A intensidade e magnitude dos efeitos de utilização da intervenção e os benefícios?
Causalidade (Modelo Teórico)	O modelo descrimina as bases teóricas plausíveis que ligam a intervenção aos efeitos finalísticos?	O modelo explicita fatores do contexto que facilitam ou prejudicam os efeitos finalísticos da intervenção?	O modelo tem padrões que expressam os níveis de intensidade e magnitude necessários e suficientes para o controle do problema?

Resultados

Foram selecionados seis distintos trabalhos sobre modelos de avaliação elaborados para julgar o desempenho dos sistemas de saúde. Em relação à procedência desses modelos, dois foram desenvolvidos por agências governamentais de saúde do Canadá e dos Estados Unidos da América; outros dois modelos pertencem a agências internacionais, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização para o Desenvolvimento da Comunidade Européia (OCDE); e mais dois outros que foram desenvolvidos por instituições acadêmicas: o modelo de avaliação de desempenho global e integrado de sistemas de saúde (EGIPSS), da Universidade de Montreal; e o modelo de desempenho de sistemas públicos de saúde (PHS), desenvolvido por pesquisadores da Universidade de Illinois. (Quadro 2)

Quadro 2: As abordagens e os modelos de avaliação de desempenho

Abordagens	Modelos	Características
Determinação social da doença	Modelo Canadense	Compreensão hierarquizada e integrada dos vários fatores que influenciam a saúde como um todo.
	Modelo OCDE	
Centrada nos objetivos	Modelo Americano	Compreensão de que o êxito ou o fracasso de uma intervenção pode ser julgado pelo grau de alcance de objetivos
	Modelo OMS	
Sistêmica	Modelo EGIPSS	Compreensão que as intervenções são sistemas de ação social em constante transformação
	Modelo PHS	

Os modelos de avaliação do governo canadense¹⁸ e da OCDE²⁰ adotam uma abordagem baseada na determinação social da doença. Esse tipo de abordagem defende que a explicação para a distribuição da saúde e doença nas populações está relacionada aos modos de organização da sociedade²¹. Os aspectos sociais, econômicos, culturais e demográficos juntamente com os fatores biológicos e do ambiente físico são elementos determinantes para reprodução do processo saúde-doença.

O modelo governamental canadense¹⁸ tem por característica uma concepção hierarquizada e integrada dos vários fatores que influenciam a saúde como um todo. O modelo comprehende a interação entre quatro grandes componentes: 1) o estado de saúde da população, 2) os determinantes sociais, 3) o desempenho do sistema de saúde e 4) as características do sistema de saúde e da comunidade. Este último componente tem por finalidade capturar as características contextuais da comunidade e organizacionais do sistema de serviços de saúde.

Para mensurar especificamente o componente de desempenho do sistema de saúde são considerados seis indicadores de estado de saúde: um de bem estar, três de condições de saúde, um de função humana e um de mortalidade. Os autores examinam a correlação entre esses indicadores e a assistência médica abordada por dezesseis indicadores alocados em oito dimensões: (a) aceitabilidade; (b) acessibilidade; (c) adequação; (d) respeito aos direitos das pessoas; (e) continuidade; (f) efetividade; (g) eficiência e (h) segurança. A dimensão de equidade é transversal ao modelo como um todo, sugerindo uma relação entre ela e a saúde. No entanto, mesmo no artigo analisado quanto em um artigo de revisão sobre o tema do mesmo autor², essa relação não é explorada, seja por teorização ou indicadores.

Quanto ao objeto de avaliação, o modelo governamental canadense¹⁸ considera o sistema de saúde como um todo. O plano de funcionamento da intervenção está indiretamente caracterizado pela dimensão de segurança, competência e continuidade. A interface entre o sistema de saúde e os usuários enfatiza a dimensão da aceitabilidade, acessibilidade e adequação. Os objetivos finalísticos são analisados pela presença das dimensões de efetividade e eficiência. No modelo, não existe referência ao protagonismo de usuários na definição de parâmetros e padrões para os componentes pertinentes (Figura 2).

Figura 2: Modelo Governamental Canadense

Índice de Saúde			
Condições de Saúde Alterações no <i>status</i> de saúde, que podem ser doença, desordem, acidente ou trama, ou refletir outra condição de saúde	Função Humana Alterações que podem ser doença, funções/estruturas, incapacidade, restrição de atividades (limitação de/ou na atividades)	Bem Estar Medidas gerais de bem estar físico/mental/social dos indivíduos	Mortalidade Taxas de mortalidade por idade e condições específicas e outros indicadores relacionados
Determinantes “não médicos” de Saúde			
Comportamentos de saúde Aspectos de comportamento pessoal e fatores de risco que influenciam o status de saúde	Condições de Moradia e Trabalho Características sócioeconômicas e condições de trabalho da população relacionadas à saúde.	Recursos Pessoais Mede a prevalência dos fatores, como suporte social, e de estresse ou de trabalho da população relacionadas à saúde.	Fatores Ambientais Fatores ambientais que podem influenciar a saúde.
Performance do Sistema de Saúde			
Aceitabilidade Cuidado/serviço prestado atende a expectativa do cliente, comunidade, prestadores e organizações.	Acessibilidade A possibilidade de os clientes/pacientes obterem cuidado no local certo e na hora certa, baseado em suas necessidades	Adequação Cuidado/serviço prestado é relevante à necessidade do cliente/paciente e baseado em padrões estabelecidos.	Competência O conhecimento relevante à necessidade do cliente/paciente e baseado em padrões estabelecidos é apropriada para o cuidado /serviço prestado.
Continuidade Habilidade de fornecer o cuidado de forma ininterrupta e coordenada, entre os programas, prestadores, organizações e níveis de complexidade de cuidado através do tempo.	Efetividade Intervenções ou ações de cuidado/serviço que atingem os resultados desejados	Eficiência Atingir resultados desejados com o menor custo por unidade de sucesso	Segurança Potenciais riscos de uma intervenção ao ambiente são evitados ou minimizadas
Características da Comunidade e do Sistema de Saúde			
Características da Comunidade ou do Sistema de Saúde que mesmo não sendo indicadores do <i>status</i> de saúde ou da performance do sistema de saúde, fornecem informação útil para a contextualização.			

Fonte: Arah OA & Westert GP¹⁸

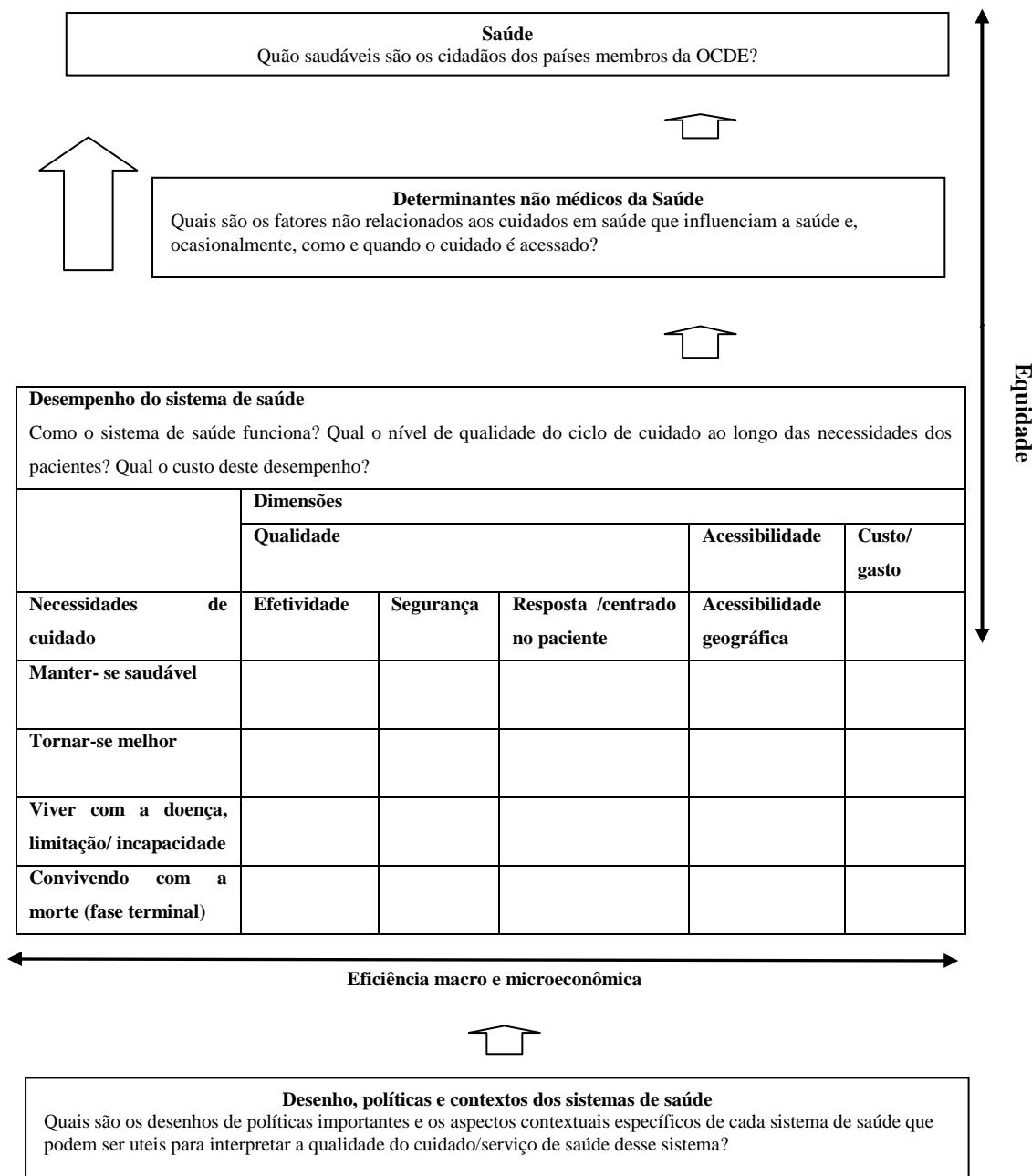


O modelo da OCDE²⁰ também leva em consideração os determinantes sociais do processo saúde-doença. Contudo, o foco principal é direcionado para análise do terceiro componente (desempenho do sistema de saúde) que envolve a verificação das necessidades de saúde do usuário inter-relacionadas à três categorias: a) qualidade do cuidado em saúde, b) acesso e c) despesas de saúde. O desempenho do sistema de saúde é verificado através da

qualidade que comprehende a efetividade, segurança e resolubilidade com foco nas necessidades do paciente. Já o acesso é mensurado a partir da acessibilidade geográfica. As dimensões de equidade e eficiência são transversais ao modelo como um todo. Este modelo é produto da combinação de elementos extraídos do modelo canadense e do modelo americano (Figura 3).

O objeto da avaliação do modelo da OCDE pode ser o sistema de saúde como um todo ou apenas os serviços de saúde. Não faz referência aos atores envolvidos na avaliação. O plano de funcionamento da intervenção é verificado a partir das dimensões custo e segurança. O plano de utilização envolve a análise da acessibilidade e responsividade. Os objetivos finalísticos são examinados através da dimensão efetividade. No artigo²⁰ não há detalhamento de quanto ou que contribuição o desempenho do sistema de saúde da à saúde dos cidadãos que parece ser o efeito esperado.

Figura 3: Modelo OCDE



Fonte: Arah, O; Westert GP; Hurst J; Klazinga, NS²⁰

O modelo do governo americano²² e da OMS²³ caracterizam-se por uma abordagem centrada nos objetivos. O uso desta abordagem ganhou destaque entre avaliadores e gestores, por conta da sua racionalidade simples e grande valor de utilidade. Ela tem como base a compreensão de que o êxito ou o fracasso de uma intervenção pode ser julgado pelo grau de alcance dos objetivos. Por outro lado, tal abordagem reúne algumas limitações, pois

desconsideram resultados importantes que não estejam mencionados entre os objetivos do sistema; negligenciam o contexto em que a avaliação é feita e podem promover uma abordagem unilateral (a visão dos gestores) e pouco flexível na avaliação²⁴.

O modelo governamental americano²² envolve a análise de dois componentes: as necessidades de saúde dos usuários e a qualidade do cuidado em saúde. Em relação às necessidades dos usuários são elencados quatro objetivos: a) manter vida saudável; b) melhorar a saúde; c) conviver com a doença ou deficiência; e d) lidar com o fim da vida. Cada um desses objetivos está inter-relacionado ao segundo componente, a qualidade do cuidado, cujo desempenho é verificado através das seguintes dimensões: efetividade, segurança, oportunidade e foco no paciente (Figura 4). Neste modelo, a prestação de contas aos usuários e prestadores de serviços também é bastante ressaltada como um das principais formas de uso dos resultados da avaliação de desempenho.

O objeto da avaliação governamental americano²² é o sistema de saúde. Não faz referência aos atores envolvidos na definição de parâmetros e padrões de julgamento. O plano de funcionamento da intervenção é verificado a partir das dimensões oportunidade e segurança. O plano de utilização dos serviços de saúde está centrado exclusivamente nas necessidades dos usuários. No modelo, os objetivos finalísticos são analisados pela presença da dimensão de efetividade.

Figura 4: Modelo Governamental Americano

Necessidades de saúde dos clientes	Componentes de qualidade em saúde			
	Efetividade	Segurança	Oportunidade	Foco no paciente
Manter-se saudável				
Tornar-se melhor				
Viver com a doença, limitação ou incapacidade				
Convivendo com a morte (fase terminal)				

Fonte: US Department of Health and Human Services²².

Em 2000, a OMS²³, ao analisar o desempenho dos seus 191 países membros, destacou no seu modelo de avaliação três objetivos relativos aos sistemas de saúde: 1) melhorar a saúde da população (mensurada pela expectativa de vida ajustada pela incapacidade, DALE e a distribuição do nível de saúde avaliada pela mortalidade em menores de cinco anos de idade); 2) melhorar a capacidade de resposta de acordo com as expectativas dos usuários (aspectos não médicos do atendimento mensurados pelas sete subáreas da responsividade); e 3) assegurar a justiça na contribuição financeira (Figura 5). A justiça na distribuição financeira foi mensurada através da proporção de remuneração familiar destinada à saúde. Esse indicador foi estimado, retirando a remuneração familiar, os gastos com sua subsistência, exceto a alimentação, e desse saldo remanescente, calculou-se a proporção de gastos destinados à área da saúde. Além disso, para abordar o nível de saúde, o autor considerou o índice composto denominado de índice de eficiência técnica²³.

O modelo OMS²³ identifica ainda quatro funções de um sistema de saúde consideradas essenciais ao alcance desses objetivos, são eles: a) prestação de serviços de saúde; b) geração de recursos; c) financiamento; e d) condução e orientação do sistema. Apesar de se constituir em um importante avanço para a possibilidade de comparações internacionais, o modelo foi criticado por sua pouca transparência e baixa replicabilidade. Entre os vários problemas apontados, destaca-se o baixo número de países com informação disponível, a falta de clareza nos critérios e parâmetros de julgamento (ponderações) e falta de participação dos países envolvidos no processo avaliativo²⁵.

Quanto ao objeto da avaliação, o modelo OMS²³ considera somente os sistemas de saúde. Não faz referência aos atores envolvidos na avaliação. O plano de funcionamento da intervenção não é contemplado, e o plano de utilização restringe-se a análise das expectativas dos usuários. Neste modelo, os objetivos finalísticos são analisados através das metas de melhorias na saúde.

Figura 5: Modelo OMS

Metas	Nível Médio	Distribuição
Melhorias na saúde	✓	✓
Capacidade de resposta às expectativas	✓	✓
Distribuição financeira justa	-	✓

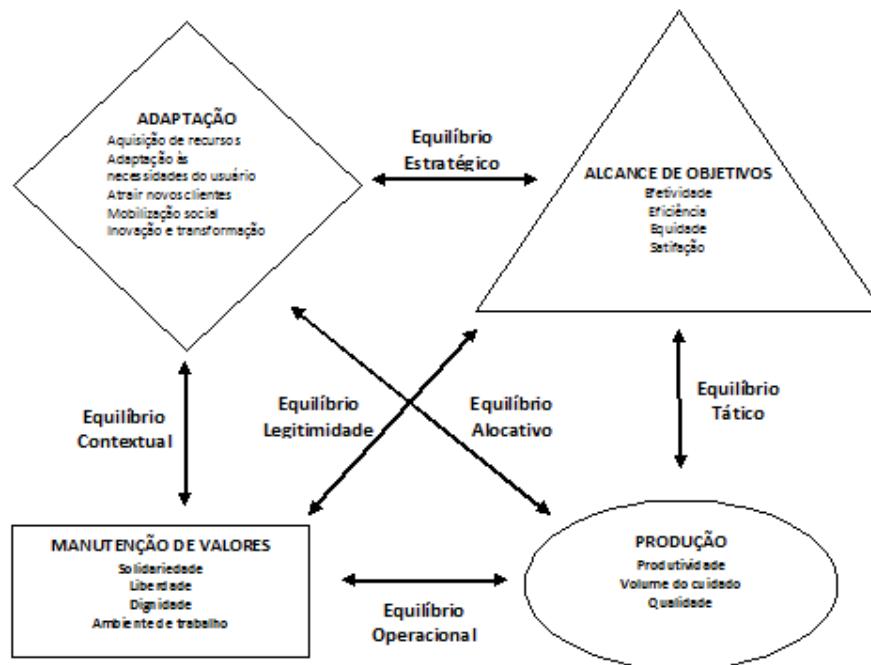
Fonte: WHO²³.

O modelo EGIPSS²⁶ e modelo PHS²⁷ caracterizam-se por uma abordagem sistêmica. O modelo EGIPSS, assumidamente, fundamenta-se na teoria da ação social de Parsons²⁸, cuja análise do sistema de ação social compreende o exame de quatro sistemas gerais, tais como: a) os sistemas sociais; b) os sistemas culturais; c) os sistemas das personalidades; e d) os organismos comportamentais. Cada componente do sistema de ação social é dotado de estrutura própria com funções específicas e não pode ser reduzida aos demais, ou seja, embora sejam sistemas inter-relacionados, são independentes. Outro aspecto importante relacionado à essa construção teórica refere-se à noção de equilíbrio. Para Parsons²⁸, o sistema de ação social tende à integração (estabilidade), na medida em que as normas são valorizadas e os desvios são reprovados.

No modelo EGIPSS,²⁶ o desempenho de um sistema ou organização é uma construção multidimensional e relacional, compreendendo o equilíbrio dinâmico entre a habilidade de cumprir sua missão (realização de objetivo), de adaptar-se a seu ambiente (adaptação), de produzir serviços de qualidade eficientemente (produção) e de manter ou criar valores compartilhados (manutenção de valores especialmente os organizacionais). Nesse sentido, a avaliação de desempenho deve ser sensível ao caráter dinâmico de como são produzidos as relações de equilíbrio entre as quatro funções de um sistema de ação social. Deve-se, então, considerar não somente os indicadores de sucesso, mas também os interesses e os valores que permeiam os processos de interação envolvidos no cumprimento de cada uma das funções, assim como o contexto onde se insere a intervenção. (Figura 6)

O objeto da avaliação envolve o sistema de saúde ou qualquer um dos seus componentes. Neste modelo, o protagonismo dos atores envolvidos é analisado através da sua capacidade de governabilidade para manter as diferentes formas de equilíbrio. O plano de funcionamento da intervenção é explorado pela função de produção. O plano de utilização é analisado a partir da sua capacidade de adaptação e a manutenção de valores. Os objetivos finalísticos são contemplados pela análise da função alcance de objetivos.

Figura 6: Modelo EGIPSS

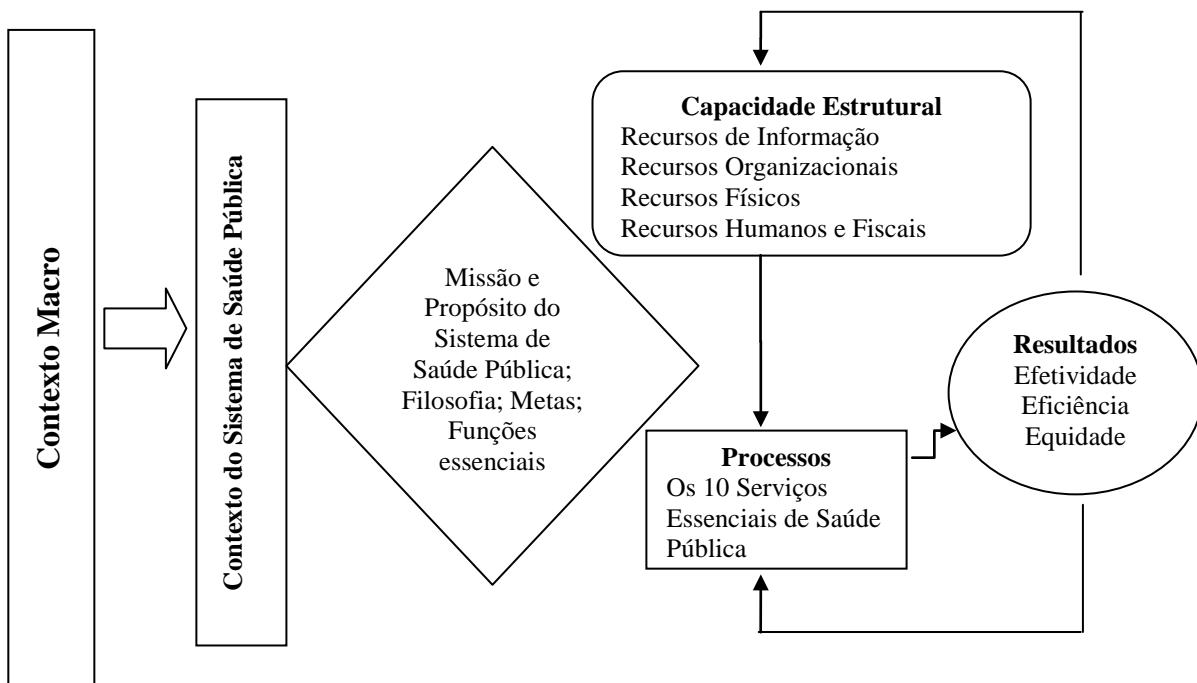


Fonte: Contandriopoulos, AP; Trottier, LH; Champagne, F.²⁶

O modelo PHS²⁷ de avaliação do desempenho é baseado na tríade estrutura, processo e resultado de Donabedian²⁹. A partir desta perspectiva, os autores propõem um modelo relacional com quatro componentes: a missão do sistema de saúde, sua capacidade estrutural, seus processos essenciais e os resultados esperados que por sua vez, são influenciados por um quinto componente o contexto externo. Neste modelo, a análise do desempenho é visto, pelos autores, como um guia para monitorar, avaliar e melhorar os processos de serviço e seus resultados e, portanto a qualidade do cuidado de saúde prestado. (Figura 7)

No modelo PHS, o objeto da avaliação é o sistema de saúde pública. Não faz referência aos atores envolvidos na definição de parâmetros e padrões de julgamento. O plano de funcionamento da intervenção restringe-se a análise dos processos essenciais de uma intervenção e o plano de utilização não é contemplado. Para análise dos objetivos finalísticos, as dimensões de efetividade, eficiência e equidade são consideradas no modelo.

Figura 7: Modelo PHS



Fonte: Handler, A; Issel, M; Turnock, B. A²⁷

Discussão

A partir da análise descritiva dos diferentes modelos de avaliação desempenho podem-se destacar alguns elementos de similaridade entre eles: (i) visam medir o desempenho das funções do sistema de saúde; (ii) tendem a captar os resultados finalísticos (efetividade); (iii) os indicadores, de uma maneira geral, tendem a considerar a avaliação em termos quantitativos; e (iv) por seu caráter mais somativo, as metodologias limitam a participação dos usuários potenciais.

De certo que cada modelo foi desenvolvido para responder a objetivos específicos de cada país ou região. No entanto, pode-se dizer que eles cumprem duas finalidades. Enquanto uns avaliam o desempenho sob o ponto de vista dos objetivos finalísticos, ou seja, considerando a efetividade do sistema de saúde, outros avaliam o desempenho sob a perspectiva operacional, isto é, considerando o alcance dos objetivos de processo de interação entre os usuários e o serviço de saúde. Outro importante aspecto a ser considerado é o que reside na própria configuração dos sistemas de saúde, o objeto das avaliações de desempenho, pois cada sistema acomoda aspectos políticos, epidemiológicos, econômicos e gerenciais distintos².

Em relação às abordagens que fundamentam os modelos analisados ressaltam-se alguns elementos que ajudam a demarcar as diferenças entre eles. Os modelos baseados na determinação social da doença partem do princípio de que o desempenho dos serviços de saúde é influenciado pelas condições de vida e saúde das populações. Os modelos centrados em objetivos, especificamente o modelo americano, vinculam o desempenho dos serviços de saúde — alcance de objetivos — à prestação do cuidado de qualidade, enfatizando o desempenho tecnológico. O modelo sistêmico, que avalia o desempenho sob a perspectiva integradora e do equilíbrio entre as funções básicas de um sistema, defende que mudanças numa determinada função, podem modificar o resultado do desempenho das outras funções (alinhamento dinâmico). No caso do modelo caracterizado pela abordagem “donabediana”, os autores introduziram o componente contextual (fatores políticos, social e econômico) como um elemento de reconfiguração do sistema de saúde.

Observou-se ainda a recorrência de algumas dimensões avaliativas, são elas: efetividade, acesso e responsividade. Em linhas gerais, pode-se afirmar que a noção de efetividade, implícita nos vários modelos, está relacionada ao alcance dos resultados finalísticos, sendo que o alcance desses resultados está vinculado à prestação de cuidado adequado, oportuno e em conformidade com as normas preestabelecidas². Ainda que, o uso da categoria acesso seja menos frequente, é notória a presença de pelo menos duas de suas subdimensões, a aceitabilidade e acessibilidade geográfica. Pechansky & Thomas³⁰ fazem uma análise crítica sobre essa percepção mais comum, onde o acesso está relacionado apenas à capacidade ou disposição do usuário para ingressar no sistema de assistência em saúde. No que se refere à categoria responsividade³¹, sua valorização pode ser percebida pela inclusão do atendimento às necessidades e expectativas dos usuários como condição de melhoria da capacidade de resposta do sistema de saúde.

Embora estejam presentes em quase todos os modelos, as dimensões equidade e eficiência são abordadas de maneiras diferentes. Há modelos onde a equidade e a eficiência é tratada como uma dimensão de resultado. Nestes casos, a ênfase é o alcance dos objetivos do sistema de saúde relativos a redução das desigualdades com o maior rendimento possível. Outros abordam essas mesmas dimensões numa perspectiva transversal, isto é, como condição de ajustamento para o alcance de todas as demais dimensões do sistema.

Outra importante dimensão a qualidade, considerada uma categoria multidimensional²⁹, é tratada por quase todos os modelos analisados como sinônimo do próprio desempenho, ou seja, o que se percebe na análise dos modelos é que o desempenho

dos sistemas de saúde é considerado alcançado quando do alcance da qualidade. Para isso, é necessário que o serviço seja seguro, oportuno e adequado às normas técnicas, assim como também tenha qualidade nos aspectos não-técnico, isto é, seja adequado às necessidade dos usuários, contínuo e acessível geograficamente.

Deve-se salientar que a análise comparativa dos modelos incluiu a verificação da existência da teoria de valoração, os padrões e os parâmetros de julgamento. A presença desses elementos nos modelos analisados é diretamente relacionada à função dos sistemas que são raramente descritas. Além disso, deve-se considerar que as representações visuais dos modelos apresentam limitações para acomodar a complexidade do que devia ser representado e requerem, assim, a sensibilidade e cuidado para sua leitura e aplicação.

Nesse sentido, pode-se dizer que os modelos analisados não conseguiram, por meio de suas representações visuais, expressarem na totalidade sua capacidade avaliativa. O que se observou foi que as representações visuais estão restritas apenas a capacidade de descrever a intervenção, não explicitando sua capacidade explicativa ou de julgamento.

Conclusão

Pode-se constatar, a partir desta revisão, que a maioria dos debates em torno dos modelos de avaliação de desempenho, concentra-se na descrição das dimensões empregadas, porém não apontam as questões relativas à análise utilizada nesses modelos. Assim, não são discutidas a concepção do "avaliando", os atores envolvidos, os parâmetros usados para julgar o desempenho, suas limitações e/ou potencialidades.

Dentro da perspectiva da capacidade avaliativa dos modelos analisados, considerou-se que o modelo EGIPSS apresentou maior capacidade avaliativa, por assumir de maneira clara a concepção do que estaria em avaliação, incorporar uma relação de complementaridade entre as diferentes dimensões. Além disso, inclui na análise dos processos de interação (alinhamento dinâmico), a capacidade dos tomadores de decisão de fazer os ajustes necessários para o cumprimento das funções de um sistema de ação social.

O modelo EGIPSS defende a ideia de que o desempenho de um sistema de ação social é uma construção multidimensional e relacional. Sendo assim, a avaliação não deve considerar de forma isolada a mensuração dos indicadores de sucesso do sistema, mas deve considerar na sua análise as interações entre as diferentes funções deste sistema.

Os resultados deste estudo contribuíram para a compreensão das diferentes maneiras de avaliar o desempenho de sistemas de intervenção, destacando as variações em termos de princípio teórico e estratégia metodológica. Sendo assim, uma maior clareza sobre os conceitos e ferramentas adotados nas avaliações de desempenho pode facilitar a decisão sobre o que medir e como medir desempenho de um sistema de saúde, dos serviços de saúde ou qualquer um dos seus componentes.

Referências

1. Smith P. Editor's preface. In: *Measuring up Improving Health System Performance in OCDE Countries*. 2002
2. Arah AO, Klazinga NS, Delnoij DMJ. Ten Asbroek AHA; Custers T. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *International Journal for Quality in Health Care*; 15 (5): 377–398, 2003.
3. Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (6), 2000.
4. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (3):711-724, 2004
5. Poister TH. Performance Monitoring. In: Wholey JS, Harry PH, Kathirryn EM (Editors). *Handbook of Practical Program Evaluation*, 2^a Edition, Jossey-Bass, 2004. p. 99-125.
6. Hurst J & Hughes MJ. Performance measurement and performance management in OECD health systems. Disponível em <www.oecd.org>. OECD Health Systems. Labour Market and Social Policy – Occasional Papers n. 47, 2001.
7. JCAHO. *The Measurement mandate – on the Road Performance Improvement in Health Care*. Chicago IL: Department of Publications, 53p. 1993.
8. Paim JS. A questão saúde e o SUS. In: *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 11-23 (Coleção Temas em Saúde)
9. Sayão LF. Modelos Teóricos em ciências da informação: abstração e método científico. *Ci. Inf., Brasília*, 30 (1): 82-91, 2001.

10. Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Usos de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde (Hartz ZMA; Silva LMV, Orgs.). Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p: 41-63
11. Madaus GE, Scriven M, Stufflebeam DL. Evaluation Models: Viewpoints on educational and human services evaluation. Boston: Kluwer-Nijhoff, 1983.
12. Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. Diferentes abordagens da avaliação: um resumo e análise comparativa. In: Avaliação de Programas: concepções e práticas. São Paulo: Editora Gente, 2004. p 245-264.
13. Chen H. The Theory-Driven Perspective: the new alternative. In: Theory-Driven Evaluations. Newbury Park: Sage Publications. 1990. p: 39-56
14. Champagne, F. Brousselle A. Hartz, Z. Contandriopoulos AP. Modelizar as Intervenções In: Avaliação conceitos e Métodos. Champagne, F. Brousselle A., Hartz Z., Contandriopoulos A.P.(Orgs). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010. p.61-74
15. Donaldson SI. Developing Program Impact Theory. In: Program Theory – Driven Evaluation Science: strategies and applications. New York – London: Psychology Press, 2007. p. 20-39
16. Sibthorpe, B. A Proposed Conceptual Framework for Performance Assessment in Primary Health Care: A Tool for Policy and Practice. 2004. http://www.anu.edu.au/aphcri/Publications/conceptual_framework.pdf
17. Mwita, JI. Performance management model: A systems-based approach to public service quality. The International Journal of Public Sector Management. 13 (1): 19-37, 2000.
18. Arah OA & Westert GP. Correlates of health and healthcare performance: applying the Canadian health indicators framework at the provincial-territorial level. BMC Health Services Research, 5 (76):1-13, 2005.
19. Ten Asbroek, AHA; Arah, OA; Geelhoed, J; Custers, T; Denoij, DM; Klazinga, NS. Developing a national performance indicator framework for the Dutch health system. International Journal for Quality in Health Care. 16 (Supplement 1):65-71, 2004.
20. Arah O, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators. International Journal for Quality in Health Care. 2005

21. Barata RB. Epidemiologia Social. *Rev Bras Epidemiol.* 8 (1):7-17, 2005
22. US Department of Health and Human Services. *US National Healthcare Quality Report*, 2005. (Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality). 2006
23. WHO. World Health Organization. *The World Health Report: Health Systems: Improving Performance*. Genebra. 2000
24. Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. Avaliações centradas em objetivos. In: *Avaliação de Programas: concepções e práticas*. São Paulo: Editora Gente, 2004. p 129-149.
25. Valente JG. Uma avaliação crítica sobre os índices compostos na avaliação dos sistemas de saúde no mundo. *Rev. Bras. Epidemiologia* 5(supl 1):83-90, 2002
26. Contandriopoulos AP, Trottier LH, Champagne F. Improving performance: a key for Quebec's health and social services centres. *Infoletter*, 5(2):2-6, 2008
27. Handler A, Issel M, Turnock B. A Conceptual Framework to Measure Performance of Public Health System. *American Journal of Public Health*. 91 (8):1235-1239, 2001
28. Parsons T. Orientações teóricas, In: *O sistema das sociedades modernas*. São Paulo: Pioneira, 1974.
29. Donabedian A. An Introduction to Quality Assurance. In: *Health Care Selecting Approaches to Assessing Performance*. Oxford University Press: Edited by Rashid Bashshur, 2003. p. 46-57.
30. Penchansky DBA & Thomas JW. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, (2): 127-140. 1981
31. Valentine NB. et al. Health System Responsiveness: Concepts, Domains and Operationalization. In: *Health Systems Performance Assessment: debates, methods and empiricism* (Murray CJL & Evans DB. ed.), pp.573-595. Geneva: World Health Organization. 2003.