

## GESTÃO PÚBLICA EM MOVIMENTO: reorientação de políticas e serviços públicos de saúde

Maria Clara Lippi\*

Guido Vaz Silva\*\*

### RESUMO

*Acadêmicos e gestores públicos continuam se questionando e buscando soluções sobre como serviços definidos como de natureza pública podem prover melhoria efetiva de vida a cidadãos nas democracias atuais. Nesse sentido, este artigo explora conceitos e formas metodológicas para orientação de serviços públicos à efetividade dentro do setor da saúde. Tal objetivo é alcançado com base na revisão sistemática da literatura. Como resultados, o presente trabalho conceitua os impactos esperados por políticas e serviços públicos de saúde na qualidade de vida dos cidadãos. Conclui-se que a forma de entender a efetividade em saúde deve considerar o conceito holístico, ou seja, deve romper a abordagem atual de orientação à doença. Por fim, discute-se que mesmo que a literatura apresente constructos quantitativos e qualitativos capazes de definir o conceito de impacto em saúde, observa-se certo distanciamento na forma vigente dos gestores públicos entenderem o desempenho das políticas e serviços nesse setor.*

79

---

\* Mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Graduação em Engenharia de Produção pelo Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca (CEFET/RJ). Professora substituta da Universidade Federal do Rio de Janeiro, curso Engenharia Naval e Oceânica. E-mail: mariaclara.lippi@gmail.com

\*\* Doutor em Engenharia de Produção pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestre em Administração de Empresas pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Graduação em Administração pela Universidade Federal Fluminense. Professor adjunto da Universidade Federal Fluminense, curso de Engenharia de Produção. E-mail: guidovazsilva.gpi@gmail.com

**Palavras-chave:** *Gestão pública. Serviços públicos. Política Pública. Saúde pública. Efetividade. Desempenho.*

## **GESTIÓN PÚBLICA EN MOVIMIENTO: reorientación de las políticas y los servicios públicos de salud**

### **RESUMEN**

*Académicos y gestores públicos siguen cuestionando y buscando soluciones sobre cómo los servicios definidos como de naturaleza pública pueden proporcionar una mejora efectiva de la vida de los ciudadanos en las democracias actuales. En este sentido, este artículo explora conceptos y formas metodológicas para la orientación de los servicios públicos a la eficacia dentro del sector de la salud. Este objetivo se logra a partir de la revisión sistemática de la literatura. Como resultados, este estudio conceptualiza los impactos esperados de las políticas y servicios de salud pública en la calidad de vida de los ciudadanos. Se concluye que la manera de comprender la eficacia en la salud debe tener en cuenta el concepto holístico, es decir, debe romper el abordaje actual de orientación a la enfermedad. Por último, se argumenta que aunque la literatura presenta construcciones cuantitativas y cualitativas capaces de definir el concepto de impacto en la salud, se observa un cierto distanciamiento en la forma actual de los gestores públicos de entender el rendimiento de las políticas y servicios de este sector.*

80

**Palabras clave:** *Gestión pública. Servicios públicos. Política pública. Salud pública. Efectividad. Rendimiento.*

## **PUBLIC MANAGEMENT IN MOTION: reorientation of health policy and public health services**

## ABSTRACT

*Academics and public officials are in constant wonder if and also are pursuing solutions on how public services can provide effective life improvement for citizens in today's democracies. Therefore, this article explores concepts and methodological approaches to guide public services to effectiveness within the health sector. The objective is achieved basing on a systematic literature review. As a result, this research conceptualizes the expected impacts of policies and public health services in quality of life. The authors conclude that health effectiveness should consider the holistic concept, breaking with the current approach guidance to disease. Even though literature has quantitative and qualitative constructs able to define the concept of impact on health, there is a gap in the current form on how public managers understand the performance of policies and services in this sector.*

**Keywords:** *Public Management. Public services. Public policy. Public health. Effectiveness. Performance.*

81

## 1 INTRODUÇÃO

O interesse em julgar o desempenho dos serviços públicos manteve-se elevado a partir da década de 80 em diferentes governos pelo mundo. (BOYNE et al., 2006). Esse fato provocou, desde então, a produção de sistemas de gestão de desempenho complexos para a geração de informação e construção de visões sobre desempenho de ações públicas para diferentes atores interessados como, por exemplo: políticos, gestores e ao público em geral.

De acordo com Bouckaert; Van Dooren (2009), a massificação da produção desses sistemas para medição de desempenho iniciou-se com a emergência da *New Public Management* (NPM, Nova Gestão Pública, em português), em que o foco inicial foi captar a relação

entre recursos e produção, ou seja, a eficiência de ações públicas. Os autores Bouckaert e Van Dooren (2009) defendem que, a partir da década de 2000, a preocupação dos governos dos principais países ocidentais tem se voltado para indicadores que representem a qualidade de vida dos cidadãos e sua relação de causalidade com a ação e governança pública. Desta forma, as abordagens conceituais sobre gestão de desempenho em governo necessitam evoluir com o propósito de melhorar a gestão pública e seus impactos na vida dos cidadãos. (HEINRICH, 2002)

82

Nesse sentido, Ingraham (2007) propõe o conceito de capacidade de gestão pública, a qual é entendida como a habilidade de: (i) dar respostas a necessidades (*responsiveness*) inseridas democraticamente na agenda política; (ii) utilizar sabiamente os recursos públicos e direcioná-los para os objetivos desejados; (iii) gerir programas e pessoas de forma eficiente; e (iv) avaliar se os objetivos estão sendo alcançados. Ainda na década de 90, Moore (1997) já ressaltava que os governos, como um todo, deveriam ser agentes do povo para servir ao interesse público e, principalmente, criar valor público. Para esse autor, desenvolver valor público é causar melhorias mensuráveis nos impactos sociais (*social outcomes*) ou na qualidade de vida dos cidadãos.

Segundo Januzzi (2001), o indicador social trata-se de uma medida que busca substituir, quantificar ou operacionalizar um conceito social abstrato. Dessa forma, é possível torná-lo subsídio relevante para a formulação de ações estatais ou não estatais, bem como pode possibilitar o monitoramento permanente das condições de bem-estar de certa população. Nesse sentido, para que programas e serviços públicos se orientem à efetividade, há a necessidade da construção de uma teia relacional de objetivos que busquem uma condição, no sentido amplo da palavra, melhor do que a diagnosticada.

“Pesquisadores têm aumentado sua atenção significativamente para o desempenho dos serviços públicos.” (ANDREWS et al., 2006, p.14). De acordo com pesquisa bibliográfica recente, Silva et al. (2011) afirmam que as pesquisas sobre gestão pública no Brasil continuam com a perspectiva de certo insulamento burocrático, sem a ênfase necessária nos impactos que os serviços públicos causam na sociedade-alvo. As ações públicas, portanto, devem ser projetadas e orientadas por resultados transformadores, rompendo com a visão restrita a processos e produtos. (ANDREWS; ENTWISTLE, 2010; HEINRICH, 2002; SILVA; LIPPI; CAULLIRAUX, 2014; SILVA, 2013)

No âmbito da saúde pública, este cenário não é diferente. Atualmente, o setor de saúde é entendido e encontra-se organizado em sistemas e redes como forma de tentar atender ao propósito que lhe cabe. Os sistemas de saúde podem ser compreendidos como um sistema complexo (ROUSE, 2008), pois “produz e reproduz seus próprios elementos e prossegue produzindo sua própria constituição.” (ERDMANN et al., 2004, p.468). Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde dos cidadãos. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015; FLEURY, 1997; MENDES, 2012).

83

No caso brasileiro, o Estado é responsável por promover acesso equânime ao direito à saúde, sendo este um dever constitucionalmente atribuído. Políticas, programas, ações e serviços públicos são formas de efetivar estes direitos à população (BRASIL, 2008), devendo gerar resultados transformadores a esta. Assis (2005) afirma que as políticas de saúde pública devem almejar soluções que habilitem qualidade de vida atrelada à longevidade, tendo em vista o bom desempenho do sistema de saúde. O autor sugere campos estratégicos para ações, como os de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço de ação comunitária (incremento do poder técnico e político das comunidades); desenvolvimento de

habilidades pessoais favoráveis à saúde em todas as fases da vida; e reorientação dos serviços de saúde.

Nesse sentido, o objetivo deste artigo é mapear conceitos e formas metodológicas para orientação de políticas e serviços públicos de saúde à efetividade com base na revisão sistemática na literatura. Para tal, far-se-á uma breve análise sobre o que se entende por desempenho governamental, culminando com aplicação de conceitos oriundos da literatura de serviços públicos de saúde, seguida de conclusões acerca das possibilidades de gestão da efetividade nestes serviços. Espera-se, por consequência, propor uma reflexão sobre como tornar as ações governamentais de saúde mais efetivas, orientando-as a impactar a qualidade de vida dos cidadãos.

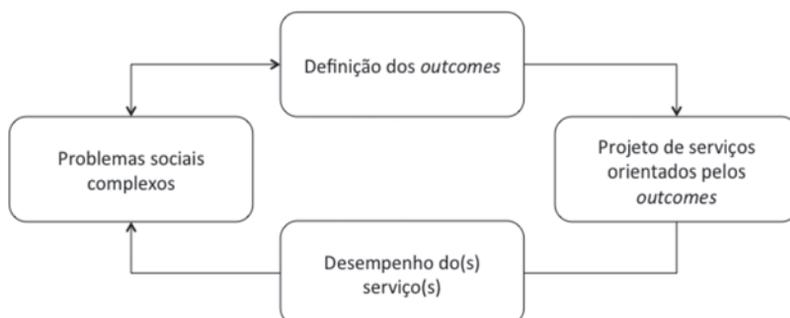
## **2 FUNDAMENTOS TEÓRICOS: desdobramento de políticas em serviços públicos e sua orientação à efetividade**

84

Os sistemas de gestão de desempenho mais sofisticados estão, portanto, incrementando o foco nos impactos (*outcomes*), definidos como o resultado entre as entregas dos serviços e os impactos na vida dos cidadãos, ou seja, os benefícios desses serviços mais do que o volume ou qualidade intrínseca dos seus produtos (*outputs*). (BOVAIRD, 2011)

Dessa forma, o esquema conceitual, disposto na Figura 1, enseja uma dinâmica cíclica que se debruça na compreensão das relações entre (i) a determinação de impactos almejados por meio da análise de certo contexto social complexo; (ii) a elaboração do (re)projeto de serviços públicos orientados ao alcance de impactos pré-definidos e almejados; e (iii) a avaliação do grau de transformação obtido na dada situação complexa.

**Figura 1 - Contexto do projeto de serviços públicos orientados à efetividade**



Fonte: Elaborada pelos autores

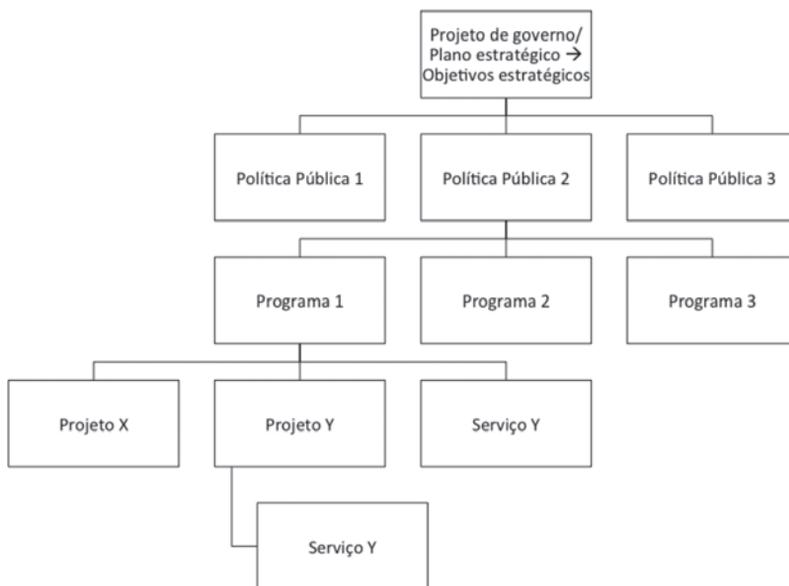
Segundo Hatry (2005), a mensuração dos impactos serve a um número de propósitos governamentais básicos e vitais: (i) auxilia aos gestores na aplicação de recursos escassos em áreas identificadas por meio da situação de indicadores do tipo de impacto; (ii) provê informações públicas para a avaliação dos programas bem-sucedidos e malsucedidos, estimulando a melhoria da qualidade e dos impactos relacionados a serviços mal avaliados; (iii) auxilia na identificação de efeitos na qualidade e em impactos, proporcionados após a realização de mudanças ou adequações em ações e serviços; (iv) ajuda no processo de priorização dos recursos do orçamento, fazendo com que eles sejam alocados para produzir o máximo de benefícios para os cidadãos; (v) torna as organizações ou agências mais passíveis de controle (*accountables*) por resultados para o público em geral; e, por fim, (vi) pode aumentar a confiança pública na capacidade de geração de resultados.

Com base nas abordagens e conceitos dispostos, deriva-se que impactos devem ser entendidos de uma maneira intersetorial e, quando possível, por meio de indicadores sociais.

Este tópico busca, ainda, expor os conceitos de política pública e serviço público adotados pela presente pesquisa, além de apresentar a relação existente entre estes no âmbito da gestão pública. Adota-se, então, o conceito de política pública para significar as saídas dos processos de planejamento formais quando ainda são enunciadas de forma agregada. (VILLANUEVA, 1993). Serviço, por sua vez, é conceituado por Grönroos (2009) em três aspectos, a saber: são processos consistindo em atividades ou em uma série de atividades; produzidos e consumidos simultaneamente; e o cliente (cidadão) participa do processo da produção.

Entre esses dois conceitos, especificamente na realidade brasileira, existe a figura dos programas e a dos projetos. A definição de programa é utilizada para a soma de ações que caracterizam atos ou investimentos com ciclo de vida definido - os projetos - e as atividades de frequência perene, que, em última instância, existem para entregar algo aos cidadãos - os serviços públicos. Nesse sentido, a Figura 2 dispõe da relação destes elementos, segundo exemplificação de Garces; Silveira (2002).

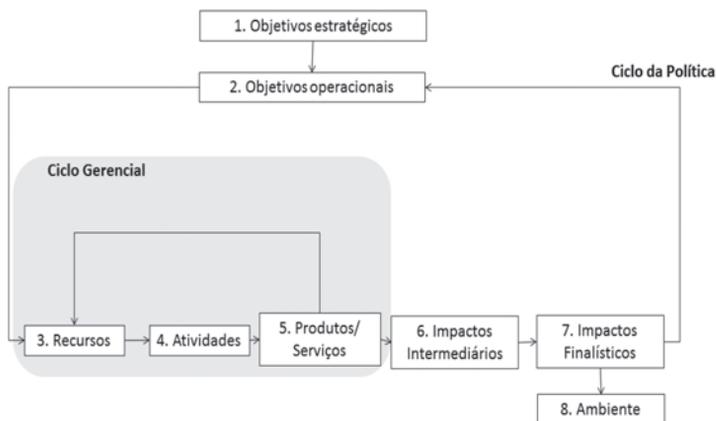
**Figura 2 - Relação entre políticas e serviços públicos**



Fonte: Adaptado de Garces; Silveira (2002).

Visando articular tais conceitos, Bouckaert e Van Dooren (2009) apresentam um esquema que denominaram de modelo *input-output*, representado por meio da Figura 3, o qual estabelece a relação entre os recursos (*inputs*), as atividades (*activities*), as unidades produzidas de produtos/serviços (*outputs*) e os impactos (*outcomes*) intermediários e finalísticos dentro do ciclo de vida de uma suposta política governamental.

### Figura 3 - Ciclos de elaboração de políticas e gestão



Fonte: Bouckaert; Van Dooren (2009, p. 153).

88

Nesse modelo, o ciclo da gestão é restrito à relação entre os recursos, as atividades e os resultados. Desta forma, a relação entre os impactos intermediários e impactos finalísticos e as unidades produzidas de produtos/serviços, segundo os autores, não faz parte do ciclo de gerenciamento e, portanto, não se encontra na amplitude de controle do gestor público. Todavia, a efetividade se mede exatamente pelo conhecimento dessa relação, ou seja, quando transformadora foi determinada ação em relação a certa referência. Com o interesse em diferenciar os conceitos supracitados e ainda utilizando o esquema, os autores definem:

Impactos são eventos, ocorrências, ou mudanças nas condições, comportamentos ou atitudes. Impactos não são o que o programa ou a organização fez ou produziu em si, mas as consequências do que o programa ou a organização produziu. (BOUCKAERT; VAN DOOREN, 2009, 154).

Os impactos finalísticos e os objetivos operacionais se relacionam dentro do ciclo da política. Dessa forma, também é possível inferir

ligação entre as atividades projetadas e os impactos finalísticos alvos. Sanderson (1996) enquadra a forma de prestação de serviços menos insulada burocraticamente e mais voltada ao conceito de administração pública progressista. Tal abordagem enfatiza os serviços públicos e as regras burocráticas em função de prover serviços ao encontro das necessidades sociais. A avaliação e aprendizagem, destarte, são voltadas à efetividade. A concepção de qualidade do serviço público é baseada na ênfase do contexto social mais amplo e institucional, justificando, assim, a ação coletiva para modificar as necessidades sociais.

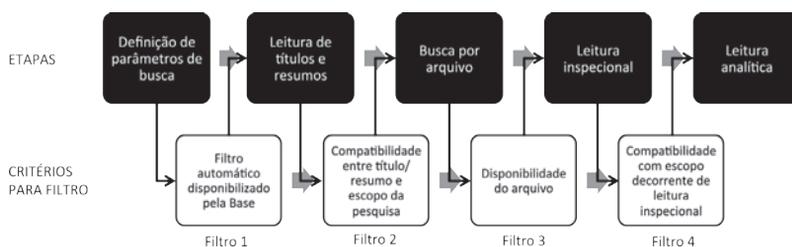
### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Baseado na construção da relevância prática e teórica da necessidade de mudança da orientação de políticas e serviços públicos, o método de trabalho da presente pesquisa consiste em revisão da literatura sobre o tema, em especial para a área de saúde. Pretende-se, desta forma, mapear os principais elementos que são considerados pela literatura como relevantes para definir impactos e efetividades no âmbito da orientação de políticas e serviços públicos de saúde. Os procedimentos adotados para tal serão descritos neste tópico.

89

A revisão acerca do tema de pesquisa foi realizada na base *ISI Web of Science* e possuiu o objetivo de investigar, extensivamente, as principais tendências de abordagens acadêmicas sobre efetividade em saúde, principalmente de serviços públicos. Os processos e critérios adotados para seleção de referências bibliográficas é apresentado na Figura 4.

**Figura 4 – Etapas utilizadas para seleção de referencial bibliográfico**



Fonte: Elaborada pelos autores.

Neste procedimento de busca, empregou-se três palavras-chave, a saber: *effectiv\**, *public*, e *outcome*, para se ter percepção ampla das publicações na área. As combinações utilizadas, assim como os respectivos resultados brutos, são indicadas no Quadro 1.

**Quadro 1 - Parâmetros de busca e respectivos resultados brutos**

90

#	Parâmetros de busca	Resultado bruto
1	TOPIC: ( <i>effectiv*</i> ) AND TOPIC: ( <i>public</i> ) Timespan: All years. Search language=English	62067
2	TOPIC: ( <i>effectiv*</i> ) AND TOPIC: ( <i>public</i> ) AND TOPIC: ( <i>outcome</i> ) Timespan: All years. Search language=English	6596

Fonte: Elaborado pelos autores.

A partir do parâmetro de busca número 2 (indicado no Quadro 1), estabeleceram-se os filtros primários apresentados no Quadro 2. Tais filtros são disponibilizados pela própria plataforma de busca.

## Quadro 2 - Refino primário dos resultados brutos

Tipo de filtro	Filtro utilizado
Áreas de pesquisa	<ul style="list-style-type: none"><li>– <i>Health care sciences services</i></li><li>– <i>Business economics</i></li><li>– <i>Public administration</i></li><li>– <i>Operations research management science</i></li><li>– <i>Engineering</i></li><li>– <i>Government law</i></li></ul>
Domínios de pesquisa	<ul style="list-style-type: none"><li>– <i>Science technology</i></li><li>– <i>Social sciences</i></li></ul>
Tipos de documento	Artigo ou livro
Idiomas (do documento)	Inglês ou Português ou Espanhol ou Francês ou Italiano ou Alemão

Fonte: Elaborado pelos autores.

O filtro primário resultou em um total de 1132 títulos, que foram, novamente, filtrados. Desta vez, o critério utilizado foi compatibilidade do título e do resumo com o escopo da pesquisa. Tal atividade permitiu que fossem selecionados 106 títulos. Em seguida, o terceiro filtro foi aplicado: a verificação da disponibilidade do arquivo e, dependendo do caso, a decisão relativa à pertinência de adquiri-lo. Assim feito, dos 106 títulos, 85 foram retidos por terem sido considerados, de alguma forma, relacionados ao tema da pesquisa.

91

Finalmente, após a leitura inspeccional dos 85 documentos, classificou-se a compatibilidade com o escopo da pesquisa como prioridade para a leitura analítica do material. Desta forma, 12 foram considerados como essenciais, apesar de nem todos serem referenciados/citados neste trabalho. Esta etapa culminou também na exclusão de duplicatas, ou seja, títulos diferentes, mas com escopo, discussões e propostas semelhantes (por exemplo, artigos que aplicavam o mesmo método em objetos diferentes, como é o caso da análise de custo-efetividade de procedimentos/tratamentos/medicamentos).

Além dos resultados sistemáticos, outros 22 artigos, 9 livros e 4 dissertações/teses foram submetidos à leitura analítica, cujas fontes derivaram de buscas não sistemáticas, rastreamento de citação

(bola de neve), ou recomendações. Portanto, o tópico a seguir busca relatar o conteúdo dos materiais selecionados.

## **4 RESULTADO E DISCUSSÃO SOBRE A EFETIVIDADE EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE**

A análise e sistematização dos materiais selecionados baseadas na revisão da literatura foram estruturadas nos seguintes tópicos:

- Conceito de saúde e a complexidade de gestão do setor (4.1)
- Orientação dos serviços de saúde (4.2)
- Indicadores de desempenho: impactos e processos (4.3)
- Restrições para mensuração e aplicação prática (4.4)

Apesar de a pesquisa considerar, em seu escopo, políticas e serviços públicos de saúde em geral, seus resultados fazem destaque especial à promoção da saúde.

92

### **4.1 Conceito de saúde e a complexidade de gestão do setor**

Este tópico apresenta conceitos de saúde adotados pela literatura e descreve por que os setores e sistemas de saúde são complexos de serem geridos. O intuito desta organização é contextualizar os principais possíveis objetos de avaliação.

A primeira delimitação conceitual a ser apresentada é aquela que distingue saúde (*health*) de atenção (ou cuidado) à saúde (*health care*): “atenção à saúde é apenas um determinante da saúde, e outros fatores possuem importantes efeitos nos impactos de saúde”. (MANT, 2001, p. 475). A definição abarcada pela Organização Mundial da Saúde (WHO) define saúde como “um recurso para a vida cotidiana, não o objetivo de viver. Trata-se de um conceito positivo que enfatiza recursos sociais e pessoais, assim como capacidade física.” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1986).

Nesse sentido, Erdmann et al. (2004) entendem que o conceito cuidado deve ser relacionado à promoção da vida e, por esta razão, está inserido no campo da saúde. Segundo os autores, para entender o conceito de saúde, faz-se necessário entender o binômio saúde-doença, uma abstração convencionada para gradação de “sucesso” neste setor. Os sistemas de saúde são multidimensionais, pois possuem diversos segmentos como setor (como, por exemplo, várias instituições, diversas especialidades médicas e de profissionais de saúde, entre outros) e se relacionam com outros setores da sociedade. Esta característica, por sua vez, “têm impacto direto ou indireto no processo saúde-enfermidade”. (ERDMANN et al., 2004, p.469).

Assim, o sistema de saúde pode ser compreendido como um sistema complexo e é resposta social deliberada às necessidades de saúde dos cidadãos. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015). O mesmo ocorre com a gestão desse sistema por conta de seu escopo, características de consumo, impacto na vida, relevância social, relevância econômica, conhecimento e fragmentação de sua cadeia de valor. (PEDROSO; MALIK, 2007)

93

Os serviços de saúde foram concebidos para que sua prestação fosse procedida por organizações complexas. Atualmente o sistema e suas organizações têm foco em aspectos curativos individuais, não sendo capazes de operar a complexidade inerente, e, geralmente, os serviços de saúde são influenciados pela visão de saúde orientada à doença. (BAXTER; WEISS; GRAND, 2008; ERDMANN et al., 2004; JOHANSSON; WEINEHALL; EMMELIN, 2009; LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008; PEDROSO; MALIK, 2007; ROUSE, 2008).

Este posicionamento vigente é criticado por vários autores (ASSIS, 2005; ERDMANN et al., 2004; JOHANSSON; WEINEHALL; EMMELIN, 2009; MENDES, 2012; NETO; MALIK, 2012; ONOCKO-CAMPOS et al.,

2012; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003), sendo necessário considerar também, por exemplo, as necessidades dos indivíduos e dos coletivos e os conceitos de qualidade de vida. Por conseguinte, nota-se que o contexto e o conceito de saúde são extrapolados.

Além disso, Erdmann et al. (2004) apontam a necessidade de superação do aspecto político no fornecimento do cuidado. Dessa forma, os diversos interesses e necessidades presentes neste âmbito devem ser considerados, eventualmente, como uma das diversas dimensões inerentes ao setor. Isto porque “o papel dos serviços de saúde deve ser reorientado à promoção da saúde para que haja contribuição efetiva à saúde populacional”. (JOHANSSON; WEINEHALL; EMMELIN, 2009).

94

Johansson, Weinehall e Emmelin (2009) conduziram um estudo com o objetivo de compreender o que eles entendiam por saúde e promoção a saúde. De acordo com os autores, a forma pela qual o conceito de saúde é interpretado pelos profissionais impacta diretamente em sua atuação e nas metas assumidas para os serviços de atenção à saúde. Os autores dão especial atenção à promoção da saúde, uma vez que as divergências conceituais neste âmbito representam um desafio para o setor, dificultando a criação e aplicação de modelos.

No que concerne à definição de saúde, Johansson, Weinehall e Emmelin (2009) tomam como base duas perspectivas (adotadas extensivamente, segundo os autores, pela literatura em saúde): (bio)médica e holística. A perspectiva (bio)médica assume que uma pessoa saudável é aquela que não apresenta quadro patológico. A holística, por sua vez, traz uma visão social, pela qual saúde representa outros critérios além da ausência de doença, como, por exemplo: bem-estar, felicidade, desenvolvimento humano, habilidade de atingir metas vitais/funcionar como um todo. O enquadramento conceitual de saúde resultante do estudo de Johansson, Weinehall

e Emmelin (2009) ocorreu em três categorias/características, que refletem os determinantes para manter e criar saúde, conforme disposto no Quadro 3.

### Quadro 3 - Enquadramento conceitual de saúde

Categoria	Definição
Conceito multifacetado	O conceito de saúde varia conforme indivíduo, cultura, localidade, situação/contexto, etapa da vida. Ou seja, “somente o indivíduo sabe o que saúde significa para ele” e “saúde significa diferentes coisas dependendo da fase da vida em que se está”. Presume-se, portanto, que esta característica seja uma restrição para mensuração e comparação de impactos.
Avaliação subjetiva	Saúde é considerada como experiência ou sentimento subjetivo. Logo, a visão de que se trata de um estado objetivamente verificável torna-se menos relevante. “Saúde e doença são percebidas como dimensões diferentes e não como antônimos”.
Saúde é relacionada à vida	Saúde deve ser entendida como impacto de uma multiplicidade de determinantes.

Fonte: Adaptado de Johansson, Weinehall e Emmelin (2009).

O segundo objeto de investigação de Johansson, Weinehall e Emmelin (2009), a promoção da saúde, trouxe conclusões de que o conceito ainda é amplo, que inclui “todas as ações, atividades e estratégias que direta ou indiretamente promovam saúde (no sentido de bem-estar) de um indivíduo no curto e longo prazo”, razão pela qual está relacionada à visão holística de saúde. Como resultado, os autores extraíram 3 abordagens (demarcadora, integradora e promotora) de como os profissionais da área percebem as estratégias e as formas de

lidar com o papel da promoção da saúde na prática. Tais abordagens são descritas no Quadro 4.

#### **Quadro 4 - Abordagens acerca do papel da promoção da saúde na prática**

Abordagem	Descrição
Demarcadora	Pressupõe que os conceitos de promoção e prevenção são distintos e separados, uma vez que os determinantes para saúde residem fora do conhecimento do setor da saúde e são difíceis de serem influenciados. A promoção da saúde implica a responsabilidade de solucionar as causas subjacentes de um problema. Questiona-se, assim, a significância do papel dos serviços de saúde como promotores da saúde pública. Os profissionais que seguem esta abordagem não se consideraram treinados para buscar o bem-estar ou a felicidade das pessoas (não consideram um dever), pois são treinados para tratar ou prevenir doenças.
Integradora	Considera promoção da saúde como um conceito extensivo, no qual a prevenção de doenças está contida. Por conseguinte, a promoção deve ocorrer em paralelo à atuação médica, e o público-alvo consiste em pessoas saudáveis e com doenças. Surge a ideia de que uma pessoa doente pode e deve ser saudável. Mesmo que um indivíduo apresente, por exemplo, uma condição crônica de saúde, é preciso fornecer meios (como medidas destinadas a reforçar a capacidade do paciente para gerenciar sua condição e apoiar a sua confiança em seus próprios recursos) para que este seja capaz de dominar sua própria situação para que possa viver uma vida da melhor forma possível.

Abordagem	Descrição
Promotora	Considera a promoção e a prevenção primária como “companheiros”: a promoção emerge de uma forma proativa de pensar, onde os esforços devem ser injetados antes dos “problemas” aparecerem. “O objetivo é criar condições sociais para saúde e habilitar o indivíduo a tomar o controle sobre sua saúde, bem como mantê-la e melhorá-la”. Portanto, a promoção está, nesta abordagem, contida no escopo dos serviços de saúde.

Fonte: Adaptado de Johansson, Weinehall e Emmelin (2009).

A compreensão dessas abordagens é relevante para se entender as possibilidades de escopo dos serviços e do alcance dos impactos destes. Esses dois fatores são determinantes para qualquer ação de orientação dos serviços à efetividade (tópico 4.2) e definição de indicadores e métricas (tópico 4.3).

97

## 4.2 Orientação dos serviços de saúde

Como visto até aqui, a efetividade de um serviço está relacionada aos impactos esperados e gerados por ele. Com base no entendimento de que se deve considerar os impactos de saúde ampliados ao escopo de promoção, considera-se que este pode ser um pressuposto para orientação dos serviços de saúde à efetividade.

Os modelos para orientação dos serviços de saúde à prática de promoção devem ser multidisciplinares e baseados em definições e objetivos de como a contemplar, além de uma clara definição de saúde. Johansson, Weinehall e Emmelin (2009) delimitam questões que conduziriam a orientação dos serviços:

– É um processo, um método, um conjunto de ações específicas, ou uma abordagem que engloba um conjunto de valores?

- O objetivo é atender necessidades do paciente (em relação à atenção à saúde) ou é atingir determinados impactos?
- Qual sua relação com a prevenção de doenças?
- Quais as implicações de seu papel?

Nesse sentido, Nutbeam (1998) estabelece parâmetros para definir o “sucesso” nesta área. Partindo do pressuposto de que a promoção da saúde se trata de um processo que habilita o indivíduo a ter controle dos determinantes de saúde como meio que obter saúde, o autor infere o argumento de que a promoção da saúde, como um processo, é um meio para se chegar a um fim, uma atividade que possibilita que as pessoas realizem outra(s) atividade(s). O autor entende que focar em impactos é um meio racional de decidir, por exemplo, que intervenções tendem a atingir os melhores ganhos em saúde para determinada injeção recursos/investimento.

98

Os pontos abordados pelos tópicos 4.1 e 4.2 são os principais parâmetros para orientação dos serviços a impactos para promoção da saúde. Dessa forma, o tópico 4.3 apresenta possíveis formas de medir estes possíveis impactos; e o tópico 4.4, por sua vez, aponta restrições inerentes a este processo.

### **4.3 Indicadores de desempenho: impactos e processos**

Saúde possui outros determinantes como, por exemplo, nutrição, meio ambiente, estilo de vida, pobreza e estrutura social da sociedade. Mant (2001) ilustra a coexistências desses múltiplos fatores da seguinte forma: quando uma política institui a redução da taxa de mortalidade como meta, por exemplo, é possível que políticas de “outros setores” (que não diretamente relacionadas ao sistema de atenção à saúde) sejam propostas e, ainda, tenham impacto na saúde.

Quanto mais ampla é a perspectiva adotada, mais relevantes se tornam as medidas de impacto, uma vez que refletem a inter-relação de uma gama de fatores diversos relacionados ou não à atenção à saúde. Por outro lado, conforme há estreitamento da perspectiva (exemplo: hospitais, departamentos, médicos), as métricas de processo tornam-se mais úteis. Mant (2001) busca apresentar a pertinência de utilização de indicadores de processos e de impacto para se entender a efetividade da prestação de serviços de saúde.

Uma vez estabelecidas as estratégias e relações entre os impactos, Nutbeam (1998) defende a utilização de indicadores de desempenho, sendo crucial definir que indicadores serão utilizados por que contextos e atores. Segundo Mant (2001), as razões para utilizar indicadores de desempenho são:

- subsidiar com informações a elaboração de estratégia ou tomada de decisão acerca de políticas no nível regional ou nacional;
- aprimorar a qualidade de cuidado em uma instalação de atenção à saúde;
- monitorar o desempenho dos financiadores da atenção à saúde, de modo a identificar os de pior desempenho para proteger a segurança pública;
- prover informação a consumidores para facilitar a escolha do fornecedor.

Mant (2001) afirma que indicadores de impactos e de processos não são excludentes. Neste sentido, o autor apresenta as vantagens inerentes à utilização destes, conforme sintetizado na Figura 5.

## Figura 5 - Vantagens inerentes aos indicadores de impactos e de processos em saúde

Vantagens dos indicadores de processos	Vantagens dos indicadores de impactos
<ul style="list-style-type: none"><li>•São mais sensíveis às diferenças na qualidade de prestação dos serviços de saúde do que as métricas para impactos</li><li>•São mais fáceis de serem interpretados</li><li>•As soluções para os problemas diagnosticados a partir da interpretação dos indicadores costumam ser mais claras</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•O indicador é a mensuração de algo que é importante por si só</li><li>•Um indicador de processo só possui valor se existe um vínculo explícito com um impacto</li><li>•Este tipo de indicador (de impacto) reflete todos os aspectos do processo de atenção/cuidado, e não simplesmente daqueles que podem ser mensurados</li></ul>

Fonte: Adaptado de Mant (2001).

100

Um das dificuldades de utilizar indicadores de impacto consiste no fato de que muitos de seus atributos não são fáceis de serem percebidos e transformados em indicadores de desempenho. Ademais, geralmente na prática, esse tipo de indicador não é uma métrica direta da qualidade dos serviços. Dessa forma, faz-se necessário estabelecer que variações na qualidade implica que variações nos impactos. Em circunstâncias em que a qualidade na prestação do serviço for considerada como determinante substancial para o impacto, então os indicadores de impacto tendem a ser mais apropriados. A utilização de indicadores de processo também é indicada em ocasiões em que não há evidências de que estes estão ligados aos de impacto, uma vez que são mais fáceis de serem interpretados e mais sensíveis às diferenças na qualidade do serviço. (MANT, 2001).

Comumente, a satisfação do paciente é assumida como um indicador de impacto dos serviços de saúde. (CASTRO et al., 2012; DONABEDIAN, 1990; MALIK; SCHIESARI, 1998; MANT, 2001; BRASIL, 2015; OFILI, 2014; PINTO, 2014; RIGHI; SCHMIDT; VENTURINI, 2010; SAVASSI, 2012). No entanto, a satisfação do paciente acerca da experiência de consumo de serviço de saúde é como imprevisível (e, portanto, falha), mas que pode ser focada na percepção de

qualidade do serviço. (GILL; WHITE, 2009). Isso porque os serviços de saúde (a) dependem consideravelmente do envolvimento do paciente quando do consumo do serviço e (b) estão inseridos em um universo de relações complexas entre paciente e prestador; além disso (c), no cenário atual, os pacientes estão se tornando, cada vez mais, parceiros silenciosos dentro dos sistemas de atenção à saúde. Estes aspectos trazem obscuridade na compreensão do que seria satisfação e qual maneira mais apropriada para medi-la. (GILL; WHITE, 2009).

Em estudo sobre qualidade de serviços públicos de saúde, Righi, Schmidt e Venturini (2010, p.652) indicam que as instituições de saúde possuem três singularidades: “não há uma clareza na conexão entre entradas e saídas; os pacientes geralmente têm dificuldades em avaliar aspectos técnicos; e existe, em grandes hospitais, duas linhas de autoridades distintas, o administrativo e o médico”. Em razão dessas singularidades, os autores destacam e defendem a definição de Donabedian para qualidade (CAMPOS, 2005; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015; DONABEDIAN, 1990; MALIK; SCHIESARI, 1998; SAVASSI, 2012) como métrica de processo para avaliar impacto (desde que enquadrados nas condições apontadas anteriormente).

101

Com base na revisão da literatura, foram identificados três estudos que analisavam a percepção do usuário por meio da avaliação da qualidade de serviço, descritos no Quadro 5. Cabe destacar que tais estudos decorrem de pressupostos dos pilares de Donabedian (1990).

### Quadro 5 - Estudos sobre dimensões de qualidade no atendimento

Estudo	Dimensões da qualidade
Santiago et al. (2013)	(1) acessibilidade; (2) dignidade e cortesia; (3) conforto (quantidade e conforto das cadeiras; temperatura da unidade; limpeza da unidade; conservação dos equipamentos); (4) tempo de espera (para ser atendido e para receber resultados de exames); (5) assistência clínica ao usuário (paciência do médico/ enfermeiro para escutar com atenção os problemas de saúde; cuidado e detalhamento do médico/enfermeiro ao exame; resolução do problema de saúde na consulta realizada); (6) confidencialidade das informações (informações repassadas pelo médico/ enfermeiro sobre o problema de saúde e o tratamento; confiança no médico/enfermeiro para contar seus problemas de saúde); (7) direito à informação; e (8) atividades educativas e comunitárias (participação de atividades educativas no momento de espera da consulta; visita domiciliar do médico em caso de necessidade; orientação dos ACS quanto ao uso adequado dos serviços de saúde durante as visitas domiciliares).
Serapioni, Silva (2011)	As dimensões de qualidade do atendimento são divididas em “estrutura” e “processo”, conforme proposto por Donabedian, e considerou contribuições de profissionais, gerentes e gestores, e usuários. Em relação a estrutura, os seguintes elementos foram identificados: (1) estrutura física; (2) capacitação dos profissionais; (3) adequado número de profissionais; (4) formação profissional; (5) disponibilidade de remédios. Em relação a processo, as dimensões mapeadas foram: (6) relação profissional-paciente; (7) promoção e educação em saúde; (8) compromisso profissional; (9) atenção dispensada ao paciente; (10) atividades de educação e promoção da saúde; (11) ser atendido.

Santa Helena, Nemes, Eluf-Neto (2010)	(1) satisfação geral com o atendimento; (2) atendimento pessoal; (3) tratamento recebido; (4) sentir-se cuidado; (5) médico; (6) resultado do tratamento; (7) estrutura; e (8) acesso a consultas.
---------------------------------------	--

**Fonte: Elaborado pelos autores.**

O primeiro deles, desenvolvido por Santiago et al. (2013), estabeleceu dimensões da qualidade e realizou com os usuários a respeito delas. O segundo estudo sobre avaliação da qualidade é desenvolvido por Serapioni e Silva (2011). Neste caso, os autores analisam dimensões e indicadores de qualidade a partir do referencial de profissionais, gestores e usuários, buscando entender quais aspectos determinam a qualidade do atendimento de uma unidade básica de saúde. Por fim, o terceiro estudo foi conduzido por Santa Helena, Nemes e Eluf-Neto (2010) com o propósito de avaliar a assistência a pessoas com hipertensão arterial em unidades da saúde da família. Tratou-se de uma avaliação pessoal dos cuidados e dos serviços de saúde prestados aos pacientes. Como resultado, os autores apontam que os elementos que apresentaram maior desempenho foram aqueles que representam dimensões relacionais. As dimensões organizacionais (estrutura e acesso a consultas, por exemplo) apresentaram as menores proporções de satisfação.

103

Partindo para as métricas e os modelos que se destinam aos impactos, destacam-se os modelos de Facchini et al. (2006), de Nutbeam (1998) e do Sistema de Saúde do Reino Unido (NHS).

O primeiro, Facchini et al. (2006), propõe um modelo de avaliação de efetividade da atenção básica como meio para “estabelecer a capacidade de resposta de políticas, programas e serviços às necessidades de saúde da população”. Este modelo “permite abordar, de modo simplificado, uma cadeia causal complexa e estabelecer

as inferências epidemiológicas”, o qual é constituído das seguintes dimensões:

– Dimensão político-institucional: sintetiza os atributos do contexto e da gestão do SUS (como dados sociodemográficos, matriz financeira, projeto político, etc.).

– Dimensão organizacional da atenção: caracteriza a gestão e a oferta da Atenção Básica à Saúde e da saúde da família (como, por exemplo, estrutura das unidades, processos de trabalho, integralidade do cuidado, controle social e outros).

– Dimensão do cuidado integral: focaliza o processo de trabalho e a oferta de ações programáticas nas unidades (como, por exemplo, utilização dos serviços, saúde da mulher, cuidados domiciliares, diabetes, atividades físicas, etc.).

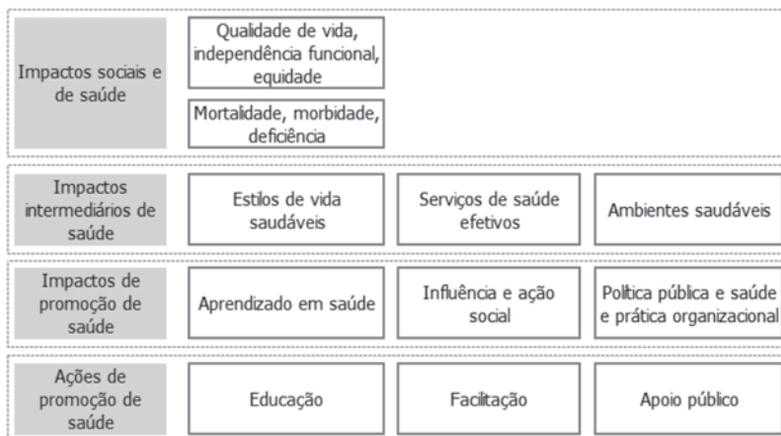
– Dimensão desempenho do sistema: analisa o efeito das dimensões anteriores na utilização dos serviços de Atenção Básica à Saúde, estabelecendo a efetividade e a equidade da saúde da família e do modelo tradicional na cobertura de ações programáticas.

104

Os autores propõem um quadro de variáveis e indicadores que são derivados das dimensões estabelecidas. Cada dimensão está vinculada a categorias de análise, as quais possuem variáveis, que, por sua vez, são representadas por um indicador. Em função do tamanho do quadro, ele não foi disposto neste documento.

Outro exemplo deste tipo de análise sobre impacto em saúde seria como uma mudança percebida na saúde de um indivíduo ou grupo poderia ser atribuída a uma determinada intervenção (ou conjunto de intervenções). Portanto, Nutbeam (1998) relata que é importante distinguir os diversos tipos de impactos associados à atividade de promoção da saúde, e articular a relação entre tais impactos, segundo o modelo indicado na Figura 6.

**Figura 6 - Modelo de impactos para promoção da saúde**



Fonte: Adaptado de Nutbeam (1998, p.30).

Nesse sentido, Nutbeam (1998) sugere um conjunto de indicadores potenciais para verificar o atingimento de impactos, conforme disposto na Figura 7. Tais indicadores devem ser capazes medir uma determinada intervenção e serem suficientemente sensíveis para refletir seus efeitos.

## Figura 7 - Potenciais indicadores para avaliar impactos em saúde

Aprendizado em saúde	Mobilização social	Política pública e prática organizacional
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Conhecimento relevante para o problema de interesse</li> <li>•Autoconfiança em relação a tarefas definidas</li> <li>•Autoempoderamento</li> <li>•Atitudes e intenções comportamentais</li> <li>•Orientação para o futuro</li> <li>•Participação em programas de promoção à saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Competência comunitária</li> <li>•Empoderamento comunitário</li> <li>•Capital social</li> <li>•Conexões sociais</li> <li>•Normas e pares da comunidade</li> <li>•Opinião e ordem pública para ação de políticas</li> <li>•Propriedade comunitária dos programas de promoção de saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Declaração das políticas</li> <li>•Legislação e regulação</li> <li>•Procedimentos organizacionais, regras e estruturas administrativas</li> <li>•Práticas de gestão</li> <li>•Financiamento e alocação de recursos</li> <li>•Institucionalização de programas de promoção da saúde</li> </ul>

Fonte: Adaptado de Nutbeam (1998, p.31).

De forma análoga, o Quadro 6 apresenta os impactos que o sistema de saúde do Reino Unido (NHS) almeja para os seus cidadãos e como pretende alinhar-se às metas indicadas pela Organização Mundial de Saúde.

106

### Quadro 6 - Modelo de impactos do NHS

Domínio	Escopo das métricas
Prevenir mortes prematuras	Capacidade do sistema em reduzir o número de mortes evitáveis
Aumentar qualidade de vida de pessoas com condições crônicas de saúde	Capacidade do sistema em apoiar pessoas com condições crônicas de saúde a viver uma vida o mais próximo do normal
Auxiliar as pessoas na recuperação de episódios de problemas de saúde ou após lesões	Recuperação das pessoas de doenças e lesões e, quando possível, como estas podem ser prevenidas
Garantir que as pessoas tenham experiência de cuidado positiva	Importância de fornecer uma experiência positiva de cuidados para pacientes, usuários de serviços e cuidadores

Tratar e cuidar de pessoas em um ambiente seguro e protegê-las de danos evitáveis	Segurança do paciente e sua importância em termos de qualidade do cuidado para entregar melhores resultados transformadores de saúde
---	--

Fonte: Adaptado de Health & Social Care Information Centre (2015).

Nota-se, mais uma vez, que o modelo para aferir os impactos conta com uma lógica de desdobramento de indicadores e metas. Neste caso específico do NHS, a definição do que se entende por impacto conta sistematicamente com a escuta da população e suas necessidades, bem como a percepção dos profissionais que atuam na área. Inclusive, há publicações que se incumbem de propor métodos para envolver os cidadãos em processos participativos de desenvolvimento de políticas e serviços públicos.

#### 4.4 Restrições para mensuração e aplicação prática

Autores em saúde pública (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; FRANCO, [s.d.]; SALA; MENDES, 2012) relatam que os estudos voltados à avaliação em saúde tendem a abordar visões de desempenho voltado à produtividade, ou seja, focado na produção das ações de saúde e suas relações com características demográficas e epidemiológicas locais. Eles destacam a necessidade de estudos relacionados ao impacto epidemiológico das ações de saúde executadas.

Esta avaliação de impacto deveria orientar o planejamento em atenção em saúde, pois “o olhar epidemiológico sobre a população revela riscos e permite eleger problemas prioritários”. (FEUERWERKER, 2011). Esta percepção de planejamento em saúde coaduna com a visão de Mant (2001) de que indicadores de processos só são válidos como avaliadores de impacto se são diretamente vinculados a estes.

Além do impacto epidemiológico, deve-se considerar também os impactos na rede de atenção à saúde gerados pelo serviço, como, por exemplo, a redução dos atendimentos ambulatoriais nas emergências, consequência do aumento da resolutividade na atenção primária. (BARROS; SÁ, 2010; STEIN, 1998). No entanto, Herranz (2010) aponta a dificuldade metodológica de se avaliar o desempenho de redes no setor público empiricamente em razão da complexidade de estabelecer suas relações e características multidimensionais. Ou seja, estabelecer racionalmente as relações de causalidade de resultados e impactos de políticas e serviços públicos é extremamente complexo. Por conseguinte, a proposição de melhores mecanismos pelos quais os gestores devem desenvolver, coordenar e avaliar as redes no setor público torna-se limitada.

108

No entanto, não definir bem os impactos já define todo o processo de projeto de soluções públicas. Segundo Chun e Rainey (2006), a ambiguidade de metas organizacionais refere-se à condição de estarem sujeitas a diferentes interpretações, haja vista que os objetivos organizacionais representam um estado futuro desejado, podendo, então, variar de acordo com a perspectiva e expectativa do ator que interpreta. Nesse sentido, a existência de múltiplos *stakeholders* causa, em muitos casos, conflitos entre diferentes objetivos, caracterizando a multidimensionalidade da gestão de desempenho público. Tais autores estabeleceram três tipos de ambiguidade, a saber:

- Ambiguidade na direção dos objetivos: relacionada com a inclinação interpretativa na passagem de objetivos gerais da organização para objetivos de ações específicas, visando ao cumprimento da missão;
- Ambiguidade na avaliação dos objetivos: interpretações diferentes sobre os indicadores que medem o progresso das ações

organizacionais. Isso pode ocorrer devido à subjetividade de alguns indicadores de desempenho;

– Ambiguidade na priorização dos objetivos: relacionada com os diferentes tipos de entendimento sobre as relevâncias relativas de diferentes ações organizacionais em face da estratégia estabelecida.

Heinrich (2010) também analisa essa questão e concorda com a dificuldade vivida pelos gestores públicos nesse aspecto, quando defende que a principal restrição de ampliar indicadores de desempenho para metas mais diretas e orientadas ao resultado final é chegar a um consenso sobre objetivos públicos claramente definidos e verificáveis.

A questão levantada toca um ponto óbvio, mas de suma importância. Fazer com que a mensuração de desempenho não se torne mais uma ação burocrática *pro forma*, não se tornando um fim em si mesma, ou seja, fazer com que ela gere, de fato, ações de melhoria continuamente. O objetivo deve ser entender *por que* o desempenho está em certo patamar e *como* ele pode ser alterado, em vez de verificar o atingimento das metas. Este é o sentido que se adota para discutir a gestão de desempenho e não apenas sua mensuração ou formalização.

109

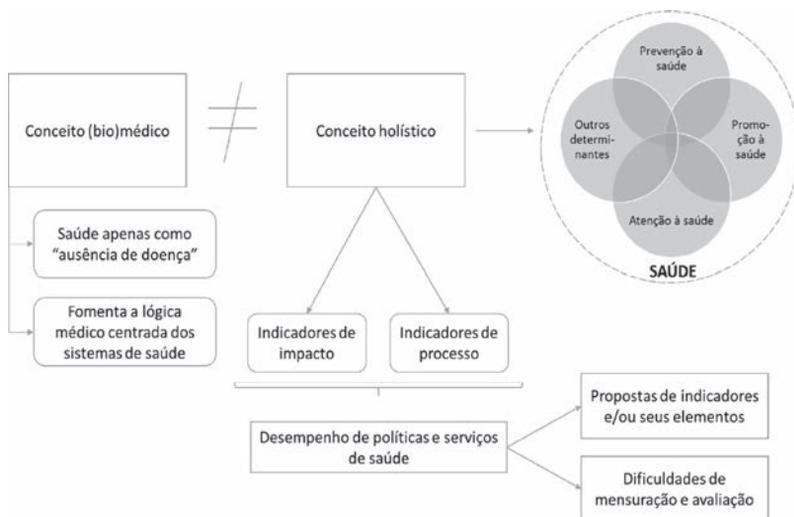
## 5 CONCLUSÃO

Os governos buscam por reformas dos serviços públicos de modo a produzir resultados que sejam melhores, transformadores, equânimes e a um menor custo para o contribuinte. (ANDREWS; ENTWISTLE, 2010). Isso não seria diferente para o setor da saúde. De acordo com Campos (2013), nos dias atuais há uma preocupação crescente com o desenvolvimento de instrumentos gerenciais que possibilitem uma gestão eficiente no setor saúde. A busca pelo aumento da capacidade governamental de gerir políticas públicas implicou a necessidade de

instrumentos de gestão com capacidade de análise. A elaboração de tais instrumentos ainda encontra barreiras tanto no campo quanto na teoria. (CAMPOS, 2013; GARCES; SILVEIRA, 2002; SILVA; LIPPI; CAULLIRAUX, 2014; SILVA, 2013).

Nesse sentido, o presente artigo percorre vasta literatura e realiza uma abordagem comparativa entre os diferentes critérios estabelecidos nas fontes pesquisadas. Os quadros referenciais ajudam a compreender os diferentes critérios, conforme organizado pela Figura 8.

**Figura 8 - Síntese dos resultados da pesquisa**



**Fonte: Elaborado pelos autores.**

A forma de entender a efetividade em saúde deve considerar inicialmente o conceito de saúde propriamente dito. Diferentemente do pensamento preponderante atual (aquele decorrente da visão biomédica), o conceito holístico de saúde deve ser entendido quando da formulação de impactos almejados pelas políticas e serviços públicos.

Ademais, dentro desta visão mais ampla de saúde, foi observada a necessidade de adequar os serviços de saúde ao conceito de que saúde não se limita a estes serviços. As propostas de promoção e prevenção à saúde são defendidas por autores como forma de atender a esta necessidade. (BENATTI, 2008; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2015; MENDES, 2012; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; PEDROSO; MALIK, 2007; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

Não obstante, a revisão da literatura identificou alguns construtos (qualitativos e quantitativos) usualmente empregados para se referir a impactos em saúde. São eles, em síntese:

- Indicadores operacionais de produtividade
- Impactos na rede de atenção à saúde
- Impactos epidemiológicos
- Impactos individuais e sociais no território

111

Os resultados percebidos na pesquisa se encarregam em demonstrar que a gestão no setor de saúde é algo complexo. Por conseguinte, o processo identificação e delimitação de impactos, bem como o estabelecimento de relações causais entre estes também não é trivial. No entanto, o NHS, por exemplo, já adota um modelo voltado à medição de impactos que conta com desdobramento destes impactos em métricas mais operacionais e processuais. O importante nesta atividade é manter e evidenciar a forma pela qual o desempenho de uma operação gera determinado impacto.

Mais do que mapear e delimitar os impactos esperados pela política e serviço público, faz-se necessário conduzir a ação dos operadores do chão de fábrica em consonância a estes impactos planejados. Do contrário, amplia-se a propensão de surgimento de desvios.

Nesse sentido, outras limitações são identificadas como a lacuna destinada a compreender “como” e “por que” estes se desviam do esperado, qual o conteúdo deste desvio, e se este desvio pode ser entendido e gerido pelos profissionais (por exemplo, como estes desvios impactam e contribuem para as condições de saúde e qualidade de vida dos cidadãos).

De modo ilustrativo, de nada adianta querer direcionar o serviço à prevenção e promoção de saúde se aos profissionais não são dadas condições e estrutura para superar a tão conhecida “tirania do urgente” (denominada desta forma por Eugênio Vilaça Mendes). Neste contexto, as demandas relacionadas a eventos e condições agudas (mesmo aquelas programadas) acabam por concorrer e serem priorizadas em face das demandas de atenção às condições crônicas. Vige o pensamento de que esta última é menos crítica ou prioritária e, por esta razão, é plausível de ser adiada no que se refere à programação.

112

Como foi exposto até o momento, o não acompanhamento/estabilização de uma condição crônica pode acarretar em complicações potencialmente evitáveis da atenção à saúde, o que pode gerar mais demanda por consultas médicas para sanar eventos agudos e, por conseguinte, estimula a redução dos tempos de atendimento – um fenômeno considerado clinicamente como negativo quando a redução leva a consultas extremamente rápidas. (MENDES, 2012; ØSTBYE et al., 2005; YARNALL et al., 2003). Isto posto, corrobora para os “axiomas” de Eugênio Vilaça Mendes de que “mais consulta médica não significa mais resultados em saúde” e que “consulta gera consulta porque não leva à estabilização das condições crônicas”. (MENDES, 2012).

No exemplo dado, gera-se um ciclo vicioso que notoriamente deve ser rompido. A proposta de desdobramento e consequente

monitoramento do processo pode ser um caminho para sanar a questão. Porém, sempre é necessário atentar que este desdobramento mantém as relações com os impactos planejados e rastreamento das causas e impactos dos desvios quando da execução.

A ampliação da sistemática de participação faz com que as necessidades individuais e coletivas da população sejam expandidas e alteradas em uma velocidade maior. Por consequência, este processo aumenta a complexidade de gestão dos serviços, que devem operar com base nestas necessidades. Desta forma, faz-se necessário que profissionais sejam capazes de identificar problemas e desenvolver soluções criativas para mitigar ou resolver estes problemas. Isto por si só não basta. Os gestores precisam de mais autonomia e participação nas decisões organizacionais para pôr estas soluções práticas na organização e eventualmente no sistema. Na visão da gestão de pública, trata-se de um ciclo que precisa ser rompido. (KEINERT, 2007; TROSA, 2010).

113

Na linha do desafio que é gerir efetividade, o primeiro passo fundamental é conseguir acessar com os cidadãos o que eles entendem por impactos desejados. Pode até parecer uma ode à democracia, mas, na verdade, trata-se de uma questão de aumento do desempenho mais real que um programa ou serviço público possa ter: impactar a qualidade de vida dos cidadãos em questão para melhor. Qualquer resultado intermediário mensurado pode, se não bem relacionado com os impactos últimos desejados, não surtir o efeito desejado.

É importante salientar que tais ambiguidades são, em muitos casos, inerentes à política. Podendo ser considerada politicamente racional, então, a estratégia de estabelecer objetivos e indicadores não tão precisos e verificáveis. Isso porque o contrário pode levar a conflitos

políticos, nas situações em que diferentes atores têm diferentes valores e expectativas.

Nesse sentido, Stiglitz (2003, p.12) sinaliza a relevância da constante percepção do equilíbrio entre Estado e mercado, assim como entre ações de governo e as não governamentais. Segundo o autor, o Governo deve empreender novas atividades na medida em que as circunstâncias (principalmente econômicas) mudam e o referido equilíbrio é redesenhado.

Relativo à saúde pública no Brasil, geralmente os indicadores de saúde pactuados entre entes federativos não contemplam os aspectos observados pelo presente trabalho. Estes indicadores apresentam, em sua maioria, o propósito de mensuração de produtividade, sem estabelecimento de relação causal em objetivos de impacto. Mesmo que haja avanços na literatura, estes avanços ainda não foram incorporados à realidade operacional da gestão dos serviços públicos de saúde. Por conseguinte, os benefícios decorrentes da gestão de efetividade também não são transmitidos à (re)formulação das estratégias e políticas do Estado.

114

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. DE; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 29, n. 2, p. 84–95, 2011.

ANDREWS, R.; BOYNE, G. A.; LAW, J.; WALKER, R. Subjective and objective measures of organizational performance: an empirical exploration. In: BOYNE, G.; MEIER, K; O'TOOLE Jr L.; WALKER, R.. **Public Service Performance**. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.

ANDREWS, R.; ENTWISTLE, T. Does cross-sectoral partnership deliver? An empirical exploration of public service effectiveness, efficiency, and equity. **Journal of Public Administration Research and Theory**, v. 20, n. 3, p. 679–701, 2010.

ASSIS, M. DE. Envelhecimento Ativo e Promoção da Saúde: Reflexão Para as Ações Educativas com Idosos. **Revista de Atenção Primária em Saúde**, v. 8, n. 1, p. 15–24, 2005.

BARROS, D. M.; SÁ, M. DE C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família : limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2473–2482, 2010.

BAXTER, K.; WEISS, M.; GRAND, J. LE. The dynamics of commissioning across organisational and clinical boundaries. **Journal of Health Organization and Management**, v. 22, n. 2, p. 111–128, 2008.

BENATTI, B. C. G. **O serviço social e a estratégia saúde da família**: potencialidades de uma aproximação. [s.l.] UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2008.

BOUCKAERT, G.; VAN DOOREN, W. Performance measurement and management in public sectors organizations. In: BOVAIRD, T. ; LÖFFLER, E. **Public Management and Governance**. 2 ed. London: Routledge, 2009. p. 151-165.(Chapter 11).

BOVAIRD, T. Outcome-Based service commissioning and delivery: Does it make a difference? **New Steering Concepts in Public Management**, v 21, p. 93-114., 2011.

115

BOYNE, G. A. et al. **Public Service Performance**: Perspectives on Measurement and Management. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.

BRASIL. **Guia básico para gestão nos municípios**. 1. ed. Brasília/DF: Presidência da República, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. 1. ed. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**; manual instrutivo. Disponível em: <<http://goo.gl/HzEE0r>>. Acesso em: 22 set. 2015.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira Saúde Materna Infantil**, v. 5, n. Supl 1, p. 63–69, 2005.

CAMPOS, E. J. **O Público e o Privado na Gestão em Saúde** : um estudo de caso sobre o gerenciamento local das equipes da saúde da família no município do Rio de Janeiro . [s.l.] Rio: Fiocruz, 2013.

CASTRO, R. C. L. et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde : comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 9, p. 1772–1784, 2012.

CHUN, Y. H. & RAINEY, H. G. Consequences of goal ambiguity in public organizations. In: BOYNE, G. A.; MEIER, K. J.; O'TOOLE, L. JR & WALKER, R. M. **Public Service Performance**. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. 1. ed. Brasília/DF: CONASS, 2015.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of pathology & laboratory medicine**, v. 114, n. 11, p. 1115–1118, nov. 1990.

116 ERDMANN, A. L. et al. As organizações de saúde na perspectiva da complexidade dos sistemas de cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 4, p. 467–471, 2004.

FACCHINI, L. A. et al. Performance of the PSF in the Brazilian South and Northeast: institutional and epidemiological Assessment of Primary Health Care. **Ciência & saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 669–681, 2006.

FUEURWERKER, L. C. M. A cadeia do cuidado em saúde. In: MARINS, J. J. N.; REGO, S. (Eds.). **EDUCAÇÃO, SAÚDE e GESTÃO**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2011. p. 99–113.

FLEURY, S. **Saúde e Democracia**: A luta do CEBES. São Paulo: Editora Lemos, 1997.

FRANCO, J. L. F. **Indicadores demográficos e de saúde**: a importância dos sistemas de informação. São Paulo: [s.n.]. Disponível em: <<http://goo.gl/EtvIfg>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

GARCES, A.; SILVEIRA, P. Gestão pública orientada para resultados no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 53, n. 4, p. 53–77, 2002.

- GILL, L.; WHITE, L. A critical review of patient satisfaction. **Leadership in Health Services**, v. 22, n. 1, p. 8–19, 2009.
- GRÖNROOS, C. **Marketing** - Gerenciamento e Serviços. 3. ed. [s.l.]. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2009.
- HATRY, H. P. Results Matter: Suggestions for a Developing Country's Early Outcome Measurement Effort. In: SHAH, A. **Public Services Delivery**. Public sector governance and accountability series. Washington, DC.: World Bank, 2005.
- HEALTH & SOCIAL CARE INFORMATION CENTRE. **NHS Outcomes Framework Indicators**. Disponível em: <<http://www.hscic.gov.uk/nhsf>>. Acesso em: 10 ago. 2015.
- HEINRICH, C. J. Outcome-Based Performance Management in the Public Sector : Implications for Government Accountability and Effectiveness. **Public Administration Review**, v. 62, n. 6, p. 712–725, 2002.
- HEINRICH, C. J. Como avaliar o desempenho e a efetividade do setor público. In: PETERS, G. E PIERRE, J. **Administração Pública**: Coletânea. Tradução Sonia Midori Yamamoto, Miriam Oliveira. Brasília: ENAP, 2010.
- HERRANZ, J. Multilevel Performance Indicators for Multisectoral Networks and Management. **The American Review of Public Administration**, v. 40, n. 4, p. 445–460, 2010.
- INGRAHAM, P. W. **In Pursuit of Performance**: Management Systems in State and Local Government. [s.l.] Johns Hopkins University Press, 2007.
- KEINERT, T. M. M., 2007, **Administração pública no Brasil**: crises e mudanças de paradigmas. 2 ed. São Paulo: Anna Blume; FAPESP.
- JANNUZZI, P. D. M. Repensando a Prática de Uso de Indicadores Sociais na Formulação e Avaliação de Políticas Públicas Municipais. In: ENCONTRO DA ANPAD. **Anais...**Campinas: 2001.
- JOHANSSON, H.; WEINEHALL, L.; EMMELIN, M. "It depends on what you mean": a qualitative study of Swedish health professionals' views on health and health promotion. **BMC health services research**, v. 9, p. 191, 2009.

KEINERT, T. M. M. **Administração Pública no Brasil: Crises e Mudanças de Paradigmas**. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2007.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Editora Singular, 2008.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. **Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde**. São Paulo: Fundação Peirópolis Ltda., 1998.(Série Saúd ed.).

MANT, J. Process versus outcome indicators in the assessment of quality of health care. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 13, n. 6, p. 475–480, 2001.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília/DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MOORE, M. H. **Creating Public Value: Strategic Management in Government**. [s.l.] Harvard University Press, 1997.

118 NETO, G. V.; MALIK, A. M. **Gestão em Saúde**. Reimpr.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

NUTBEAM, D. Evaluating Health Promotion--Progress, Problems and solutions. **Health Promotion International**, v. 13, n. 1, p. 27–44, 1998.

OFILI, O. U. Patient Satisfaction In Healthcare Delivery– A Review Of Current Approaches And Methods. **European Scientific Journal**, v. 10, n. 25, p. 25–39, 2014.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 43–50, 2012.

ØSTBYE, T. et al. Is There Time for Management of Patients With Chronic Diseases in Primary Care ? **Annals of Family Medicine**, v. 3, n. 3, p. 209–214, 2005.

PEDROSO, M. C.; MALIK, A. M. As quatro dimensões competitivas da saúde. **Harvard Business Review Brasil**, 2007.

PINTO, H. A. **Múltiplos olhares sobre e a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade**. [s.l.] Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.

- RIGHI, A. W.; SCHMIDT, A. S.; VENTURINI, J. C. Qualidade em serviços públicos de saúde: uma avaliação da estratégia saúde da família. **Revista Produção Online**, v. 10, n. 3, p. 649–669, 2010.
- ROUSE, W. B. Health Care as a Complex Adaptive System: Implications for Design and Management. In: BUGLIARELLO, G. (Ed.). **The Bridge: linking engineering and society**. Washington DC: National Academy of Sciences., 2008. v. 38p. 68.
- SALA, A.; MENDES, J. D. V. Perfil de indicadores da atenção primária à saúde no estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 912–926, 2011.
- SANDERSON, I. Evaluation, learning and the effectiveness of public services: Towards a quality of public service model. **International Journal of Public Sector Management**, v. 9, n. 5/6, p. 90–108, 1996.
- SANTA HELENA, E. T. DE; NEMES, M. I. B.; ELUF-NETO, J. Avaliação da Assistência a Pessoas com Hipertensão Arterial em Unidades de Estratégia Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, p. 614–626, 2010.
- SANTIAGO, R. F. et al. Qualidade do atendimento nas Unidades de Saúde da Família no município de Recife: a percepção do usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 35–44, 2013.
- SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos : os desafios da atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 7, n. 23, p. 69–74, 2012.
- SERAPIONI, M.; SILVA, M. G. C. DA. Avaliação da qualidade do programa Saúde da Família em municípios do Ceará: uma abordagem multidimensional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4315–4326, 2011.
- SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. DO. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p. 101–122, 2003.
- SILVA, G. V. et al. O que se publica sobre gestão pública local? Classificação e análise da produção científica dos últimos dez anos do EnANPAD a partir dos aspectos metodológicos e de conteúdo. In: ENCONTRO DA ANPAD. **Anais...**Rio de Janeiro: 2011.

SILVA, G. V. **Projeto e avaliação de serviços públicos locais orientados à efetividade**: estudo de caso sobre uma intervenção em assentamento precário por meio do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). [s.l.] Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2013.

SILVA, G. V.; LIPPI, M. C.; CAULLIRAUX, H. M. Projeto de Serviços Públicos Locais Orientados à Efetividade: uma Exploração Teórica. In: XXXVIII ENCONTRO DA ANPAD. **Anais...**Rio de Janeiro: 2014.

STEIN, A. T. **Acesso a Atendimento Médico Continuado**: Uma Estratégia para Reduzir a Utilização de Consultas não Urgentes em Serviços de Emergência. [s.l.] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1998.

STIGLITZ, J.E. **Os exuberantes anos 90**: uma nova interpretação da época mais próspera da história. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

TROSA, S. **Gestão Pública por Resultado**: quando o Estado se compromete. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Revan, 2010.

120 VILLANUEVA, L. F. A. La Implementación de la Política. In: VILLANUEVA L, F. A. (Ed.). **Estudio Introductorio**, Capítulo 1, México, San Ángel, Miguel Angel Porrúa, 1993.

*WORLD HEALTH ORGANIZATION* - WHO. Carta de Ottawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde**: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília, 1986. p. 11-18.

YARNALL, K. S. et al. Primary care: is there enough time for prevention? **Am J Public Health**, v. 93, n. 4, p. 635–641, 2003.

Recebido: 26/04/2016

Aprovado: 29/08/2016