



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ATUARIAIS

THALES PIMENTEL FERREIRA

**CARACTERÍSTICAS RELEVANTES DO CONTROLE GERENCIAL CITADOS
PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO NA ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE
PÚBLICA DE ACORDO COM A LITERATURA**

BRASÍLIA

2016

THALES PIMENTEL FERREIRA

**CARACTERÍSTICAS RELEVANTES DO CONTROLE GERENCIAL CITADOS
PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO NA ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE
PÚBLICA DE ACORDO COM A LITERATURA**

Monografia apresentada à Universidade de Brasília, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais, como exigência parcial para obtenção do título de bacharel em Ciências Contábeis.

Orientadora: **Prof^ª. Dr^ª. Beatriz Fátima Morgan**

BRASÍLIA

2016

AGRADECIMENTOS

A cada passo, a cada ano, muitas são as pessoas que atravessam nossas vidas, a maioria apenas de passagem, sem criação de laços que se sustentem por muito tempo, apenas enquanto o interesse comum estiver em evidência. Por esse motivo agradeço a Universidade de Brasília por possibilitar ao longo desses anos que pessoas pudessem fazer parte da minha vida, que em grande ou pequena escala realmente a mudaram.

Por acreditar que as relações não duram para sempre mais que nesse período foram essenciais para minha vida, agradeço meus amigos e colegas de cursos Maria Gabriela, Carolline, Gabriel e Raíssa, por todo tempo em que passamos juntos, lembranças que jamais serão esquecidas, carregarei comigo o que ficou de melhor durante esse tempo e tudo aquilo que ainda virá.

Meus agradecimentos mais sinceros ao meu Pai Geraldo, minha mãe Abigail, minhas irmãs Sarah e Talitha, são eles que a todo dia renovam minhas energias, me impulsionam para o crescimento, são a razão pela qual nunca desisto, a família julgo ser a coisa mais importante para o desenvolvimento de um ser humano, mesmo que essa família seja composta apenas por um avô ou uma avó, ou uma família de amigos, o sentimento de união que os transformam em família é o estopim que nos inspira.

Ao esforço e apoio investido, agradeço à professora Dr. Beatriz, que ao longo desses meses foi quem me deu suporte para superar mais uma etapa de minha vida, desejo que a cada dia possa estar desenvolvendo com ainda mais êxito todo aquilo em que se dedicar.

E por fim agradeço todos os professores que tive oportunidade de conhecer, acredito que todos, sem exceção, foram responsáveis por diversos aprendizados em minha vida, não somente de cunho acadêmico, mas também em experiência de vida.

A todos os envolvidos e presentes em minha vida durante esse período, meu muito obrigado, espero ter feito a diferença na vida de vocês.

“O que realmente conta na vida não é apenas o fato de termos vivido; é a diferença que fizemos nas vidas dos outros que determina a importância da nossa própria vida. ”

Nelson Mandela

RESUMO

O objetivo dessa pesquisa é elencar fatores relevantes de controle gerencial citados para avaliação de desempenho na administração da saúde pública de acordo com a literatura. Para isso foi realizada uma análise de conteúdo baseada no método de Bardin(1977), em que realiza-se a exposição de trechos dos trabalhos selecionados que apresentam características relevantes e coniventes com o objetivo do trabalho. Dentro desses aspectos foram analisadas as seguintes categorias: mensuração, complexidade, descentralização e indicadores internos e externo. Os resultados indicaram que para haver uma comparação entre os desempenhos entre as instituições de saúde é necessária uma exaustiva validação e extenso detalhamento de modo a ser comparação justa e real, além disso o processo de descentralização aponta que não necessariamente maiores quantidades de avaliadores de desempenho irão apresentar uma avaliação mais correta, e que isso dependerá da regulação que lhe forem impostas, e do nível de autonomia, pois os interesses de cada uma podem levar à vícios ou ao conflitos de ideias e métodos avaliativos. O estudo é uma ferramenta de conhecimento que apresenta o posicionamento presente nas literaturas acadêmicas a respeito de características importantes na avaliação de desempenho na administração da saúde além de influenciar no despertar de inquietações que possam resultar em novas pesquisas.

Palavras-Chaves: Indicadores de Desempenho. Saúde Pública. Gerenciamento.

ABSTRACT

The purpose of this study is to list relevant management control issue that is cited of performance evaluation in the public health according to the literature. To make it a content analysis was developed based on Bardin(1977) method, which the analysis were made with texts parts that exposed a relevant information to the aim work. In that context some issue was observed: complexity, decentralization, measurement, internal and external indicators. The results indicate that exhaustive validation and several detail are required to compare hospital indicators, because that comparison must be fair and real. It has also been found that decentralization shows that not necessarily greater amounts of performance evaluators will present a more accurate assessment, and it will depend on the regulations that are imposed and the level of autonomy, because the interests of each one can lead to addiction or ideas conflicts and evaluative methods. This paper serve as a contribution to the knowledge of present point of view in the academic literature about important characteristics in the performance evaluation in the public health administration and may be used for further research.

Key-Words: Performance Indicators. Public Health. Management Control.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1 INDICADORES	11
2.2 ESTUDOS REALIZADOS	12
3 METODOLOGIA	14
4 RESULTADOS E ANÁLISES	16
4.1 Complexidade (Complexity)	16
4.2 Descentralização (Decentralization)	18
4.3 Mensuração (Measurement)	19
4.4 Indicadores Internos e Indicadores Externos (Internal Indicators and External Indicators).....	22
4.4.1 <i>Indicadores Internos</i>	22
4.4.2 <i>Indicadores Externos</i>	23
5 CONCLUSÕES.....	25
REFERÊNCIAS	27
APÊNDICE A – Categoria Complexidade	29
APÊNDICE B – Categoria Descentralização.....	31
APÊNDICE C – Categoria Mensuração	32
APÊNDICE D – Categoria Indicadores Internos	34
APÊNDICE E – Categoria Indicadores Externos	35

1 INTRODUÇÃO

A saúde pública é um dos pilares que compõem o dever do estado, como fornecer educação e segurança, logo é necessário que o trabalho realizado seja evidenciado, quantificado e qualificado, tanto para a população, quanto para prestação de contas. A contabilidade gerencial é um dos caminhos para que se possa alcançar tais informações, de forma a atender todos os públicos e exigências.

Em 2011 a Organização Mundial da Saúde, composta pela união de diversos países com intuito de melhorar a saúde mundial, emitiu o Relatório Mundial da Saúde (2011)¹, nela a organização apontava dados de que entre 20 e 40% dos recursos gastos com a saúde são desperdiçados, propondo desse modo uma avaliação por parte de cada país para que se possa reduzir esse quadro.

No Brasil atualmente o SUS, Sistema Único de Saúde, sistema criado pelo governo em 1988, com a promulgação da constituição federal, é segundo o site do Ministério da Saúde² o agente responsável por abranger os atendimentos na área da saúde em todo território nacional, sendo considerado um dos maiores do mundo, é supervisionado pelo Ministério da Saúde cujo a função é oferecer condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde da população. Sendo atualmente o município o responsável pela saúde de sua população, criando acordo com outros municípios e estados para que sejam implantadas todas as políticas nacionais de saúde.

A pressão e crescente necessidade de avaliação de desempenho de saúde começou a ganhar forças a partir da publicação do Relatório Mundial da Saúde (2000)³: Sistemas de Saúde: Melhorando o Desempenho. Com a publicação desse a OMS tinha como principal intenção responder algumas perguntas como o “que faz um sistema de saúde ser bom? O que faz um sistema de saúde ser justo? E como podemos saber se um sistema está dando o resultado que ele poderia?”. Tais perguntas foram expostas no próprio trabalho pela então Diretora Geral, Dr Gro Harlem Brundtland, e que sintetiza os desejos em relação à essa pesquisa.

¹ *WORLD HEALTH ORGANIZATION* (Organização Mundial da Saúde) Relatório Mundial da Saúde, acessado em < http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf>;

² Pagina do Ministério da Saúde acessada em <portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-osus>;

³ *WORLD HEALTH ORGANIZATION* (Organização Mundial da Saúde) Relatório Mundial da Saúde 2000, acessado em < http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1>;

Dignidade da população, fornecimento de serviço sem distinção e igualitário, resposta às expectativas da população, direitos, liberdade e equidade em contrapartida financeira são os objetivos que busca a Organização Mundial da Saúde através do Relatório emitido no ano 2000, e destacam que para se ter um bom sistema de saúde pública são necessárias quatro funções vitais: prestação de serviços, geração de recursos, financiamento e administração, são eles que determinarão o progresso. Deixando uma mensagem clara de que para se estabelecer um melhor sistema de saúde mais e melhores informações devem ser obtidas sobre o funcionamento do sistema e seus resultados, detectando pontos a serem melhorados e aspectos antes não explorados.

Após décadas de implementação e estruturação do SUS no Brasil, viram a necessidade de consolidação da gestão, baseando-se em metas e resultados, de modo a favorecer a transparência da agenda pública. Sendo assim, criando indicadores de monitoramento e avaliação, que sejam capazes de mostrar o passado, presente, e estabelecer parâmetros para o futuro com intuito de ter um resultado mais efetivo das ações do SUS. Em detrimento de tal necessidade foi constituído o IDSUS, Índice de desempenho do SUS, objetivo apresentado em seu site⁴ é permitir a medição do desempenho do sistema de saúde ao acesso, potencial ou obtido, e também à efetividade da atenção básica, atenção ambulatorial e hospitalar, urgências e emergências, em cada estado, município, cidade, ente da federação e também no âmbito nacional.

Dentro do contexto de análise do sistema de saúde busca-se através de análise de conteúdo levantar aspectos e critérios que sejam relevantes e importantes no processo de mensuração de desempenho, indicadores de desempenho, e que impactam diretamente o controle gerencial da administração da saúde pública. Duas hipóteses foram levantadas inicialmente antes de aprofundar os estudos, a primeira afirma que os indicadores externos não precisam ser detalhados para serem utilizados na comparação com outra instituição, e a segunda que diz que quanto mais instituições estiverem responsáveis pela análise de desempenho, mais reais serão os dados divulgados. No final da pesquisa ambas as afirmativas tiveram evidências suficientes para serem confirmadas ou refutadas.

Dessa forma o trabalho está compreendido em revisão de literatura, em que consiste no levantamento de informações confiáveis que deem embasamento para os aspectos pertinentes à pesquisa e inclui conceitos, objetivos e descrições, ou seja uma fonte inicial de conhecimento para que se possa ter uma base dos temas elencados na pesquisa; metodologia, é a etapa responsável por detalhar a escolha, seleção do corpus e análise de todo o conteúdo a ser estudado de acordo com BARDIN (1977), que basicamente consiste em uma análise de

literatura seguindo etapas a fim de através de uma amostra selecionar os aspectos mais pertinentes ; Resultados e análises, parte em que serão apresentados os pontos encontrados na pesquisa do material selecionado e suas respectivas análises; e por fim as conclusões sobre o desenvolver do estudo e confrontação com as questões de pesquisa.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Com o crescimento de exigências públicas, fiscais, legais, de investidores e dos próprios administradores a avaliação de desempenho ganhou espaço dentro das instituições, com as públicas não são diferentes, todas buscam ter seu desempenho analisado com intuito de melhorar seus resultados e atender aos usuários.

Um processo de avaliação de desempenho no contexto econômico prescinde da elaboração de planos que definam os resultados a serem alcançados - lucro, posição no mercado, nível de tecnologia, satisfação dos clientes, etc. A definição desses objetivos tende a ocorrer através de um processo de gestão que contemple não só uma formalização mínima dos objetivos a serem perseguidos como sua localização em termos de dimensão de tempo, ou seja, onde eu quero chegar, como eu quero chegar e em que espaço de tempo eu quero chegar. Além do processo de gestão em si, um modelo de avaliação também deve contemplar o mapeamento das inter-relações da entidade com o ambiente interno e externo, incluindo sua inserção dentro do contexto macroeconômico, suas relações com clientes, fornecedores, banqueiros, acionistas, investidores, etc. A base de dados gerada a partir dos registros contábeis tem contribuído com informações que auxiliam a construção de indicadores capazes de atribuir números ao desempenho das entidades econômicas. Esses indicadores, no entanto, são focados, na maioria das vezes, em aspectos puramente quantitativos, referenciados em bases históricas e preocupados em medir desempenho global. (MARTINS, 2006, p. 3).

Em sua pesquisa CARNEIRO (2005) também define que avaliar consiste em emitir um juízo de valor, através da implementação de um sistema ou um instrumento capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre a intervenção ou qualquer um dos seus elementos, para que os diferentes usuários fiquem aptos a traduzir as conclusões em ações. Ele ainda apresenta uma série de classes de medidas que podem ajudar no processo anteriormente descrito de avaliação:

- Medidas contábeis-financeiras, essenciais para os acionistas terem os dados de como os recursos financeiros estão sendo geridos e a perspectiva de receitas;
- Medidas de clientes/de mercado, que visa avaliação de satisfação e indicadores da performance da empresa dentro do mercado;
- Medidas de processos internos, que representam principalmente as avaliações de custos, eficiência de alocação de recursos.
- Medidas de inovação e aprendizado, indicam a preocupação da empresa em estar se modernizando e acompanhando as mudanças que ocorrem cada dia mais rápido.

- Medidas sociais, iniciativas que afetem o bem-estar ou atendem necessidade da comunidade.
- Medidas ambientais, quais impactos diretos e indiretos que a empresa causa no meio ambiente e medição de ações que reduzam ou anulem esses impactos são importantes para os usuários.
- Medidas comportamentais/situacionais, vai de encontro com o comportamento da empresa frente ao mercado e aos consumidores, qual mercado a empresa está inserida e objetivos futuros.

Já dentro da visão da contabilidade CROZATTI (2003) aponta que através de atividades coordenadas e controladas é que a área contábil ou de controladoria mensura os aspectos que se referem ao desempenho, e que os mais úteis são aqueles expressos em valores de natureza econômica, de modo que julga como principais características e de utilidade econômica do objeto ou evento mensurado aqueles que podem ser expressas em valores monetários.

Na área da saúde tais aspectos também são encontrados, a Fundação Fio Cruz ⁵ apresenta um relatório sobre desempenho do sistema de saúde brasileiro, e aponta que tal sistema deve ser analisado de acordo com o contexto político, social e econômico, pois é de acordo com esses fatores que são estabelecidos os objetivos e as prioridades, que dentro desse contexto deve-se identificar os fatores prioritários, evitáveis e passíveis de intervenção, para análise se seus possíveis impactos dentro de cada grupo social. Logo apontam a morbidade, mortalidade, limitação de atividades físicas e qualidade de vida associada como problemas de grande relevância e expressão em diversas regiões e populações do país.

Com base no PROADESS⁶ que é uma metodologia proposta de avaliação para o sistema brasileiro de saúde, formulada por uma rede de pesquisadores vinculados a sete instituições de pesquisa no campo da saúde coletiva tendo como principal a Fundação Oswaldo Cruz, e que serviu de base para o desenvolvimento do IDSUS.

2.1 INDICADORES

HARRINGTON (1993) trata a classificação dos indicadores em dois grupos principais: os qualitativos ou de atributos e os quantitativos ou de variáveis. Para o autor, o indicador

⁵ Fundação Fio Cruz, acessado em 20/07/2016 < <http://pensesus.fiocruz.br/>>

⁶ Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde, acessado em 17/07/2016 < <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/>>

qualitativo indica um juízo de valor e pode contar com o auxílio de um critério binário, ou seja, sim ou não, passa ou não passa, aceita ou rejeita. Já o indicador quantitativo relata um processo empresarial a partir da coleta de valores numéricos representativos do processo considerado. Após essa primeira classificação o autor especifica outros elementos como indicadores de eficácia, eficiência e adaptabilidade, sendo este último a representação de como processos ou pessoas reagem às mudanças do ambiente de negócios.

Um determinado indicador possui três características básicas segundo GIL (1993). São elas: elemento; fator; métrica. Elemento é a representação do que irá se constituir no assunto ou na situação base para a caracterização da medição, por exemplo, quantidade de funcionário, números de atendimento, quantidade de chamadas. O segundo aspecto se refere ao fator, que se estabelece com a junção de vários elementos, tendo como exemplo o número de chamadas atendidas, o número de atendimentos por funcionário ou horas trabalhadas por funcionário. Por último a terceira característica é a métrica, ou seja, a unidade ou forma com que será mensuração os elementos e fatores, tais como valor, percentual, quantidade, etc.

GIL (1993) também destaca que cada indicador possui aspectos que podem ficar desatualizados ou defasados com o passar do tempo ou do local, de modo que possa interferir na capacidade de representar a realidade. Assim, o autor conclui que cada indicador deve ter um ciclo de vida e ser revisto com certa periodicidade.

Há também a classificação dos indicadores em financeiros e não financeiros, com base no trabalho de DECONTO (2001) os indicadores financeiros possuem origem na contabilidade financeira, sistemas de custos e demais sistemas auxiliares da contabilidade financeira, em que podem representar a comparação do efetivo e do orçado, dos lucros reais ou prejuízos, crescimento e má aplicação de recursos, por outro lado os não financeiros estão relacionados com a qualidade, inovação, processos internos, conhecimento, retenção de clientes, número de clientes, inclusive volume de vendas e participação no mercado.

2.2 ESTUDOS REALIZADOS

No ano de 2012 o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) realizou um estudo que buscou avaliar a eficiência em sistemas de saúde no Brasil, América latina, Caribe e OCDE. Tal pesquisa foi a fundo e analisou diversos modelos, métodos e comparações referente a eficiência entre o sistema de saúde brasileiro e os sistemas de outros países. Utilizam os valores de investimentos realizados no Brasil e compararam com os demais países, e afirmam

que a posição do país varia de acordo com o modelo de análise utilizado, variáveis consideradas em cada modelo, e da amostra de países utilizada.

Outro estudo que aborda comparações de sistemas de saúde foi realizado em 2011, por Anderson Ricardo Roman Gonçalves, que consiste na comparação do sistema de saúde brasileiro com o da Inglaterra, apontando as principais diferenças entre eles. Apontem a assimetria de informações como um aspecto ruim do sistema brasileiro pela desconfiança no sistema de saúde. Revelam que em geral, a cultura brasileira vê o médico em um patamar social acima dos demais, quase intocável. De modo que os médicos sintam essa superioridade e nem sempre forneçam as informações que sejam importantes. Já no sistema britânico, apontam que há orientações que devem sempre ser repassadas aos pacientes. Relatam também que há um processo de transformação dentro da classe médica no Brasil e que está diretamente ligada ao sistema de gestão de qualidade. Por outro lado, o sistema de saúde britânico já possui uma estrutura bem desenvolvido que fornece as informações gerenciais. E de forma que as unidades de saúde lá só recebem verbas de investimento ao atingirem as metas estabelecidas.

LEVINO (pg 491 ,2011), apresenta uma análise comparativa dos sistemas de saúde entre Brasil, Colômbia e Peru, com o objetivo de “descrever o processo de reforma sanitária ocorrido em países da América Latina e suas repercussões nos sistemas de saúde do Brasil, da Colômbia e do Peru;” de forma a apresentar uma análise da formação dos sistemas de cada país, avaliando seus limites e possibilidades de abranger e interligar os sistemas locais dentro de uma tríplice amazônica. O autor afirma que os três países apresentam modelos que misturam o público e o privado na prestação de serviços e que possuem regulação por diferentes níveis do Estado. Entretanto que há predominância pública como provedor dos serviços básicos dentro dessa tríplice, o que possibilita uma aliança na oferta e organização de programas e ações em prol da saúde. Mas tal fato não é suficiente, pois há características próprias de cada sistema, o que implicam em dificuldades, tanto operacionais quanto na integração de assistência médica de alta complexidade, pois o autor aponta que o sistema de saúde do Peru e da Colômbia o acesso às coberturas se dão em graus diferentes entre os pacientes.

3 METODOLOGIA

A análise de conteúdo apresentada, segue baseada nos princípios de BARDIN (1977). Inicialmente realizando a pré-análise, que consiste na organização de ideias com o objetivo de melhorar o desenvolvimento da análise. A leitura flutuante dá início a essa fase, que conta com a leitura inicial de textos relacionados com controle gerencial na área da saúde, observando os temas relacionados e a forma com que são abordados, por um período de 3 meses, dando origem então ao corpus de análise, esse sendo uma amostra de todos os textos inicialmente lidos e que irão compor a análise em busca do objetivo do trabalho, composto pelos seguintes textos:

- *Feasibility first: developing public performance indicators on patient safety and clinical effectiveness for ducth hospitals.* BERG et al (2005). Foi desenvolvido com base em estudos nos hospitais da Alemanha, onde se analisava o desenvolvimento de indicadores de performance em segurança do paciente e efetividade clínica, sempre dando prioridade à viabilidade;
- *Theory and practice of waiting time data as a performance indicator in health care.* STOOP, VRANGBAEK, BERG (2005). Análise do tempo de espera como indicador de desempenho no cuidado com a saúde, é o tema dessa pesquisa que aborda pontos relevantes desse indicador, como para que pode ser utilizado e qual seu objetivo, além de o uso dele pelo público, empresas e profissionais;
- *Challenges and strategies in applying performance measurement to federal public health program.* DEGROFF et al (2010). Aborda a mensuração de performance, uma das ferramentas de gerenciamento da saúde pública, tanto para melhorias no processo como para prestação de contas. Nesse Artigo DeGross buscou apresentar os desafios do desenvolvimento e da implantação de sistemas de mensuração de performance na saúde pública;
- *Towards a performance measurement system for health equity in a local health integration network.* NAKAIMA et al (2013). Literatura cujo a intenção é debater os desafios encontrados no desenvolvimento de sistemas que apresentam características heterogêneas, e que os dados são dados através dos próprios hospitais;
- *Uk health sector performance management: conflict, crisis and unintended consequences.* LYNNE, PINAR (2012). Trazem à tona os conflitos da implementação de um novo sistema de saúde no Reino Unido.

A literatura selecionada atende à regra da representatividade descrita por BARDIN (1987), que são “ parte representativa do universo inicial”, foram lidos e relidos diversas vezes, logo possuem conteúdo compatível com o objetivo de elencar aspectos, relevantes para o controle gerencial, citados para avaliação de desempenho na administração da saúde pública, para confirmar ou descartar as hipóteses h1: Indicadores externos de desempenho são pouco detalhados, pois as particularidades de cada hospital não são relevantes para comparação entre os mesmos, h2: Maior quantidade de instituições realizando análise de desempenho favorece na busca por resultado mais fidedignos.

Após seleção do corpus de trabalho, trechos que possam elucidar os componentes citados para avaliar o desempenho serão destacados, sendo essa a segunda fase da análise de conteúdo proposta por BARDIN (1997), que compreende o recorte seleção de trechos formando unidades de registro que devem estar divididas por categoria ou tema e que darão fundamentação e base para a terceira etapa.

A terceira etapa na análise de conteúdo é realizada com base nos trechos selecionados do corpus do trabalho, consiste no tratamento dos resultados, inferências e interpretações, logo dando origem à uma análise das características encontradas em cada trecho que representam e dão fundamento para cada categoria que por sua vez são um conjunto de fatores relevantes para a avaliação de desempenho.

4 RESULTADOS E ANÁLISES

Em consonância com os objetivos da pesquisa, composição de itens de controle gerencial para avaliação de desempenho na administração pública, foram selecionados fragmentos dos artigos que compõem o escopo inicial do trabalho, a fim de salientar e analisar os pontos pertinentes e de maior relevância, atendendo deste modo à segunda etapa de análise de conteúdo proposta por Bardin. Desses desenvolvendo uma análise atual e intertextual dos aspectos que vão de encontro à melhora do gerenciamento da saúde pública e à comprovação ou refutação das hipóteses propostas.

4.1 Complexidade (Complexity)

Dentro do contexto geral da gestão de desempenho no setor público a complexidade é sempre um fator relevante, devido à necessidade de engajamento e interligação em diversos âmbitos do sistema público, entretanto extremamente necessário, visto que é uma exigência não somente pública, mas também dos gestores e provedores. Dentro do sistema público de saúde não é diferente, mas possui suas particularidades.

Quadro 1 – Categoria Complexidade

Complexity (Complexidade)
"A responsabilidade que o governo detém sobre o que é público é a supervisão e monitorização da qualidade do cuidado prestado por ambos os provedores públicos e privados." BERG et al, pg 62, de 2005.
"Validação exaustiva, então, significa corrigir todas as possíveis diferenças relevantes entre os contextos comparados. Isso requer grandes quantidades de dados precisamente registrados e abrangentes, incluindo todas as variáveis de diferenciação potencialmente relevantes, tais como idade, sexo, etnia, situação socioeconômica, gravidade e escala de reclamações, estágio da doença, as atividades de diagnóstico terapêuticos realizados (incluindo as razões para fazê-lo), e assim por diante [21-23]. "BERG et al, pg 62, de 2005.
"Para aqueles que criam os indicadores, isso implica que os regimes de ajuste mais risco precisos têm de ser desenvolvidos e todos os potenciais fatores de distorções tem que ser levado em conta. Para aqueles que têm de apresentar um relatório sobre os indicadores, maior validade vem com novas exigências de precisão e extensão do registo de dados [21-23,28,29]. "BERG et al, pg 63,2005.
"Devido ao uso obrigatório de procedimentos estatísticos cada vez mais complexos para compensar mis cases e outras variáveis potencialmente de distorções, há um ponto após o qual o objetivo de aumentar a validade e, portanto, a comparabilidade, de fato, diminui a transparência do indicador. Ou seja, o tratamento estatístico necessário para fazer números (mais) comparáveis diminui a significação direta dos números. Especialmente para os profissionais e gestores que são diretamente responsáveis pela sua produção [13] "BERG et al, pg 63 de 2005.
"Quanto mais você tenta produzir indicadores "realmente" comparáveis, mais suas reivindicações são desafiadas, e as reações mais defensivas você vai ter daqueles que relatá-las Em outras palavras, mais

meticulosamente os críticos do esquema de indicadores (por qualquer razão - medo, interesse, princípio) tentaram desafiar esse objetivo "BERG et al, pg 63, de 2005.

"Quanto mais diretas e graves as consequências de ter altas ou baixas pontuações, mais manipulações e reações perversas você pode esperar." BERG et al, pg 63, de 2005.

"Implicações de desafios para medição de desempenho em programas públicos. A complexidade do problema: caminhos casuais são difíceis de explicar por causa de fatores * Vários contribuem para resultados * contextuais / fatores exógenos que moderam obtenção de resultados * evidência científica limitada * Difícil de observar ou contribuir com resultados; os resultados podem levar anos para alcançar "DeGroff et al, pg 367, de 2010.

"Em suma, a complexidade dos programas de saúde pública é refletida pela inter-relação de fatores que contribuem para eles, a falta de evidência científica forte explicita relações causais, a incapacidade de observar os resultados ou atribuí-las para o programa, e a natureza de longo prazo dos seus resultados. Todos estes complicam a prática de medição de desempenho. "DeGroff et al, pg 368, de 2010.

"Estratégias para enfrentar os desafios na medição de desempenho em programas de saúde pública:

- Desenvolver modelos lógicos ou realizar mapeamento de processos às relações de clareza entre as entradas, atividades e saídas
- Revisão teórica e literatura científica para suportar caminhos causais
- Métodos analíticas para explicar fatores moderando modificadores chave na medida que beneficie a interpretação dos dados
- Recolher informação baseada em texto que fornece explicações sobre a medida de desempenho
- Processo, imediato e medidas intermédias em um sistema de medição de desempenho" DeGroff et al, pg 370, de 2010.

"Um primeiro passo importante na abordagem da complexidade dos programas de saúde pública é desenvolver um modelo lógico do programa, ou realizar mapeamento de processos. Tais exercícios são úteis para explicar as relações entre entradas de programas, atividades e resultados. Embora a complexidade do programa vá desafiar a identificação de caminhos causais simples, os programas devem olhar para a literatura teórica disponível e evidências científicas e programáticas para apoiar a modelagem de cada domínio do programa "DeGroff et al, pg 370, de 2010.

*Textos originais no Apêndice A.

Na saúde a complexidade de análise, mensuração, e elaboração de indicadores de desempenho, se intensifica com a grande quantidade de variáveis presentes no que tange à área da saúde. Como exemplos pode-se citar: o sexo, a etnia, a idade, aspectos econômicos, doença, severidade, infraestrutura, quadro clínico etc. Aspectos esses que dificultam a quantificação e análise da qualidade do serviço prestado, onde se é necessária exaustiva validação dos dados para se obter uma real visão do desempenho. Além disso há a má qualidade dos dados fornecidos, cujo a fidedignidade é dúbia. O IDSUS exalta que todos os dados utilizados, para elaborar o índice de desenvolvimento do SUS, são exaustivamente testados e examinados, fato evidenciado nos textos da análise, incluindo averiguação de suas fontes, entretanto que a consolidação dos dados não pode ser levada em consideração para se estabelecer um ranking, pois cada unidade possui seus aspectos específicos, visto que o Brasil é um país de grandes dimensões e variedades culturais, além dos próprios aspectos subjetivos de cada entidade antes

citados, e para tal “Ranqueamento” é necessário uma situação cujos os aspectos sejam homogêneos.

Nos estudos detecta-se a necessidade de um delineamento dos indicadores, suas características, riscos intrínsecos e fatores potenciais, pois, a validade desses indicadores está diretamente relacionada com as exigências de precisão e exatidão dos dados. A parametrização é fundamental para que se possa realizar procedimentos estatísticos com o intuito de tornar as evidências e indicadores comparáveis entre os entes. Entretanto o aumento das cobranças e exigências traz consigo, como mostra os estudos, atitudes defensivas por parte de gestores, por medo, interesses pessoais, insegurança ou princípios, poderão vir a desafiar os objetivos, alterando dados, corrompendo o sistema ou interferindo de forma inadequada para alterar a visão de sua gestão por aqueles que irão analisar o desempenho.

Contudo há também há presença de estratégias para enfrentar os desafios da análise de desempenho de sistemas de saúde e diminuição da complexidade do trabalho, como por exemplo o desenvolvimento de modelos lógicos ou realização de mapeamento de processos, simplificando entradas e saídas, revisão constante de literatura científica a fim de encontrar novos caminhos, além de utilização de métodos já comprovados de análise e interpretação dos dados, de modo que o processo seja mais fácil e confiável.

4.2 Descentralização (Decentralization)

A descentralização, ou o processo de descentralização é um fator que traz aspectos que aumentam a resistência e diminuem o desempenho e confiabilidade dos resultados obtidos, visto que serão vários agentes responsáveis a analisar as informações e cada um buscando atender aos seus objetivos.

Quadro 2 – Categoria Descentralização

Descentralização (Decentralization)
"Implicações de desafios para medição de desempenho em programas de saúde pública: a autonomia das instituições leva a variabilidade na execução do programa; conjunto comum de indicadores nacionais significativos para todas as instituições é difícil de identificar; A falta de acordo entre as instituições e financiamento: * metas do programa <i>Priority</i> , * Objetivo (s) do sistema de medição de desempenho; Várias partes interessadas aumenta potencial de resistência das partes interessadas a medidas ou medição " DeGroff et al, pg 367, de 2010.
"O desafio mais óbvio apresentado pela execução descentralizada e sobre medição de desempenho é a extensa variabilidade na implementação do programa que muitas vezes ocorre e pode, de fato, ser incentivada. O nível de programas de autonomia dado, e, portanto, a intensidade dos desafios na medição do desempenho, é diferente com a ferramenta política utilizada, como verificado por Frederickson (2003) em um estudo de caso de programas de Saúde e Serviços Humanos (HHS). Por exemplo, as dotações globais tipicamente permitem uma

maior latitude na implementação do programa do que os contratos, em que os detalhes de desempenho são estritamente prescritos " DeGroff et al, pg 368, de 2010.

"Outros desafios colocados pelas estruturas de execução descentralizadas ou em rede incluem potenciais conflitos de meta entre os locais financiados e ao programa de financiamento (por exemplo, CDC), obtenção de consenso sobre o propósito para o sistema de medição de desempenho e resistência das partes interessadas a qualquer medida ou as medidas específicas. Com um número de parceiros que representam agências variadas, cada um com seus próprios valores e prioridades, os conflitos podem surgir na tentativa de identificar as metas do programa comum para o qual serão amarradas as medidas de desempenho (Frederickson, 2003) " DeGroff et al, pg 368, de 2010.

"Estratégias para enfrentar os desafios na medição de desempenho em programas de saúde pública:

- Envolver as principais partes interessadas para determinar o objetivo das medidas de desempenho, metas e prioridades estabelecidas, bem como assegurar um conjunto significativo de medidas
- Ações-piloto em locais de características variadas
- Avaliar os programas financiados sobre o desempenho quando várias agências estão envolvidas na obtenção de desempenho
- Construir flexibilidade no sistema de medição de desempenho, permitindo que instituições definam os seus próprios objetivos, permitindo os locais de justificar quando uma determinada medida pode não ser relevante para eles, ou o fornecimento de um nível de escolha na seleção de medidas ". DeGroff et al, pg 370, de 2010.

*Texto originais no Apêndice B.

Citado como maior desvio para diminuir a descentralização e a extensa variabilidade na implementação de programas são os chamados inventivos. Sendo o nível de autonomia dado a esses programas e a intensidade na medição de desempenho diretamente ligados às diferentes ferramentas políticas utilizadas em determinado governo, que inclui também as metas estabelecidas à cada agente pertencente do sistema de saúde, sendo esse último fator que deverá contaminar os agentes para um único objetivo global do programa de saúde.

Dando maior autonomia a cada unidade para elaborar e analisar o desempenho, faz com o processo deixe cada uma delas estabelecer e desenvolver suas próprias metas e objetivos, mas isso prejudica todo o processo de avaliação do desempenho que necessita de um processo único e particular e que englobe e conte com a participação de todos os integrantes do sistema, para que se possa desenvolver uma análise do programa com um só.

4.3 Mensuração (Measurement)

A necessidade de avaliação para emitir um julgamento e para discutir melhorias é o que faz do processo de mensuração um fator indispensável no que tange a avaliação de desempenho do sistema de saúde pública. As questões a serem debatidas são a forma e as características que estarão presentes no método de mensuração.

Quadro 3 – Categoria Mensuração

Mensuração
(Measurement)

"Como Berwick argumentou em 1998", medição de melhoria não é medida para julgamento" [26]" Berg et al, pg 62, 2005.

"Quanto mais "válido" o indicador tem de ser (em termos de comparabilidade entre as instituições, por exemplo), mais trabalho é para construir e relatá-las" Berg et al, pg 62, 2005.

"Implicações de desafios para medição de desempenho em programas de saúde pública: dificuldade em identificar medidas de resultados úteis por causa de: * resultados abstrato difusas ou, * possibilidade de prevenção ou dissuasão como resultados, * caminhos causais complexas; desafios na identificação de fontes de dados credíveis, validos e oportunos que sejam consistentes em todos os locais; variabilidade em: * fontes de dados e de qualidade em todos os locais ". DEGROFF et al, pg 367, de 2010.

"Alguns dos desafios mais importantes para a medição de desempenho relativas a medidas de desenvolvimento. Como em dois estudos diferentes, GAO documentou como dificuldades enfrentadas pelos programas em tranfuração de metas de longo prazo em medidas de resultados adequados e úteis (EUA GAO de 2000, 2004). No entanto, o estabelecimento de resultados adequados e fundamentais para a medição de desempenho por causa das medidas e normas relacionadas (benchmarks) são destinadas a influenciar o comportamento dos gestores do programa para a concretização dessas prioridades. Como diz o Adágio, 'o que é medido é feito'. " DEGROFF et al, pg 368, de 2010.

"O chefe entre desafios de medição documentados são os relacionados com a identificação de fontes de dados credíveis e validos, e ter dados úteis e oportunos (EUA GAO, 2000), que é ainda mais complicada pela descentralização". DEGROFF et al, pg 368, de 2010.

"Uma importante limitação na medição de desempenho e a sua incapacidade de indicar claramente a causa e o efeito. A maioria dos especialistas em avaliação de desempenho tem abordado a sua limitação metodológica não que diz respeito à atribuição (POISTER, 2003; WHOLEY, 1999), e vários estudos tem destacado a incapacidade de alguns programas federais de fazer reivindicações em relação a atribuição de causalidade (EUA GAO, 1997b, 2000). Os três desafios abordados anteriormente exacerbam a dificuldade de atribuir resultados a determinados esforços do programa de saúde pública. Por exemplo, problemas de saúde complexos normalmente são influenciados por vários fatores, o que torna difícil distinguir resultados produzidos pelos esforços de agências federais de resultados causados por outros fatores, externos ". DeGroff et al, pg 369, 2010.

"Independentemente disso, a tendência é assumir que com melhorias em indicadores de resultados recolhidos através destes sistemas são o resultado do programa em particular, o que leva à sobre interpretação dos resultados e potencial utilização indevida (Blalock & Barnow, 2001." DeGroff et al, pg 369, 2010.

"Estratégias Para enfrentar OS Desafios na Medição de Desempenho em Programas de Saúde Pública:

- Desenvolver proxies para resultados que são difíceis de medir ao utilizar medidas qualitativas ou resultados mais abstratas
- Prestar assistência técnica e forma o sobre as medidas de desempenho para todas institui es, incluindo orienta es escritas que especificam claramente o objetivo de cada indicador e suas fontes de dados e c culos
- Prestar assistência técnica e suporte para gerenciamento de dados, incluindo suporte de sistema de dados
- Incentivar a qualidade dos dados por meio de auditorias, estudos de valida o e editar programas
- Utiliza o de suporte de dados de desempenho através da disponibiliza o de relatórios padrão, encorajando orienta o *peer-to-peer*, e reuniões regulares entre beneficiário e os funcionários federais para discutir o desempenho indicador " DeGroff et al, pg 370, de 2010.

"Um foco em medir a equidade em saúde de forma consistente ao longo do tempo também pode aumentar a relevância da equidade como uma meta importante para todas as organiza es. Ele envia um sinal claro da importância relativa e proeminente de a es de saúde como uma meta. Um aspecto chave da literatura recente sobre avalia o   tratar o próprio processo de medi o como uma interven o (Henry, 2005; Henry & Mark, 2003; Mark & Henry, 2004) o foco desta literatura   em explicar como avalia es fazem a diferença" NAKAIMA et al, pg 207, 2013.

"A medição precisa identificar lacunas no sistema como um todo, bem como lacunas específicas de cada hospitalar provedor ou comunidade. Isso não vai acontecer em si. Ele precisa de um processo de planejamento orientado trazer grupos de pessoas que trabalham em conjunto para um objetivo comum " NAKAIMA et al, pg 207, 2013.

"Foco crescente na medição e gestão de desempenho tem levado a um aumento da visibilidade e importância atribuída à informação de contabilidade e outros indicadores de desempenho". CONRAD, USLU, pg 231, 2012.

"A medição do desempenho não vindo do setor público tem uma base de ser sem nenhum acompanhamento contínuo dos indicadores de desempenho quantitativos, e sua natureza problemática tem sido criticado extensivamente na literatura. (Cavalluzzo & Ittner, 2004; Lee, 2008)" CONRAD, USLU, pg 234, 2012.

"Uma série de estudos recentes sobre a medição e gestão dos serviços de saúde e seu desempenho ilustram os problemas associados com uma abordagem instrumental a concepção de novos sistemas de gestão de desempenho. Os estudos que se concentraram em aspectos financeiros da medição de desempenho e aqueles que incluem SNS por Northcott e Llewellyn (2003), que criticam o cálculo dos custos médios em serviços de saúde na Inglaterra, e dirigir a atenção para causas de inconsistências que afetaram negativamente, como comparações de aferição eficazes. "CONRAD, USLU, pg 234, 2012.

*Textos originais no Apêndice C.

Para julgamento e comparabilidade, é extremamente necessário à validação e confiabilidade dos dados fornecidos, além de estarem em um cenário com variáveis semelhantes, pois caso contrário os dados adquiridos servirão apenas como base para a própria unidade, deste modo como informações para estabelecer melhorias.

Desafios identificados são a falta de dados qualificados, dados que possam ser comparados entre os diversos locais, capacitação e treinamento dos agentes que compõem o sistema também é um fator relevante, pois são eles que fornecem as informações iniciais, além disso a própria criação de medidas para determinar o desempenho é por si só um grande desafio. O estabelecimento de resultados adequados é fundamental para a mensuração de desempenho por causa das medidas e normas relacionadas que são destinadas a influenciar o comportamento dos gestores do programa para a concretização dessas prioridades com o intuito de alcançarem o objetivo estabelecido.

A mensuração de desempenho apresente uma limitação muito importante, ela é incapaz de determinar a causa e os efeitos dos dados analisados, para tal são necessários os agentes do sistema para interpretação e ralação com possíveis causa e fatores.

Foram encontradas diversas maneira de solucionar possíveis desafios no processo de mensuração, pode-se citar o desenvolvimento de padrões para resultados que são difíceis de medir ou utilizar medidas qualitativas para os resultados mais abstratos, a prestação de assistência técnica e formação sobre as medidas de desempenho para todos os agentes, incluindo orientações escritas, como leis, decretos, normas e orientações, que especifiquem claramente o objetivo de cada indicador e suas fontes de dados e a maneira que devem ser

realizado seus cálculos, prestação de assistência técnica e suporte para gerenciamento de dados, principalmente na elaboração de um sistema único computadorizado para igualar as formas de registro, além de, incentivar a qualidade dos dados por meio de auditorias, estudos de validação e incentivos como prêmios e remunerações diferenciadas. Contudo a criação de um grupo para debater e analisar as mensurações obtidas é de suma importância para garantir a real interpretação da realidade de cada componente do sistema.

4.4 Indicadores Internos e Indicadores Externos (Internal Indicators and External Indicators)

4.4.1 Indicadores Internos

Indicadores ditos internos são aqueles cujos resultados apenas são relevantes para utilização da própria instituição de saúde, como base de avaliação de seu desempenho e para a gestão da unidade.

Quadro 4 – Categoria Indicadores Internos

Indicadores Interno (Internal Indicators)
<p>"Indicadores internos são usados por profissionais de saúde para monitorar e melhorar os resultados dos seus processos de atendimento. Profissionais e gestores podem utilizar esses dados para investigar onde os potenciais problemas residem, e como eles podem ser abordados ". Berg et al, pg 61, 2005.</p> <p>"Para fins internos, os indicadores devem ser relevantes para os gestores e profissionais: eles têm que ser específicos para o processo, com o objetivo, em suas peculiaridades e problemas particulares, e suficientemente detalhada para capturar os impactos da (planejada ou não) mudança para esse processo [17] para fazer comparações entre as organizações, no entanto, este nível de detalhe e especificidade é irrelevante ". Berg et al, pág 61, 2005.</p> <p>"Alguns autores referem-se ao uso interno, ou seja, para fins de gestão e melhoria da qualidade dentro da organização. As organizações que desejam melhorar seus processos de cuidados precisam de indicadores que permitem identificar e analisar gargalos e para verificar se as mudanças levarão a melhorias. Uma característica importante de indicadores internos é que eles se referem a profissionais e gerentes, próprio contexto com, muitas vezes, nenhuma ou poucas variáveis que mudam com o tempo (por exemplo, sobre população de pacientes, instalações de tratamento, de pessoal, etc.). Isto significa que relativamente rápido, antes- pequena escala e depois de estudos são suficientes e adequados para medir as melhorias. E porque os profissionais e gestores envolvidos estão plenamente conscientes do contexto em que são gerados os dados, eles são por excelência capaz de interpretar os seus próprios dados. E porque os hospitais estão cientes deste contexto, eles são capazes de interpretar os tempos de espera e usá-los para diferentes fins específicos internos " STOOOP et al, pg 47, 2005.</p>
*Textos originais no Apêndice D.

Gestores e demais profissionais da unidade são capazes de interpretar os dados da maneira mais fácil visto que estão inseridos dentro da cultura e variáveis que compõem o atendimento daquela unidade. Deste modo estabelecer metas e monitorar a melhoria dos resultados fica mais

fácil, pois conseguem facilmente identificar onde estão os pontos fracos do atendimento e em quais aspectos cabe melhorias, sempre com o intuito de melhorar o atendimento.

Pelo que indica os trabalhos analisados, tais indicadores não precisam ser demasiadamente detalhados ou exaustivamente testados visto que são irrelevantes quando utilizados apenas para uso interno, e que são exigidas apenas quando serão utilizados para comparação entre instituições.

4.4.2 Indicadores Externos

Para a implementação, desenvolvimento e análise de um sistema de saúde os indicadores externos são as principais fontes de informação, pois podem ser utilizados para avaliação como um todo do sistema de saúde.

Quadro 5 – Categoria Indicadores Externos

Indicadores Externos (Externals Indicators)
"Os indicadores externos, por outro lado, são usados por governos, organizações de doentes e contribuintes para avaliar a qualidade dos cuidados de um prestador de cuidados de saúde, e comparar essa qualidade para os prestadores de desempenho ou outra de cuidados de saúde." Berg et al, pg 61, 2005.
"Os indicadores externos, de acordo com esses autores, necessitam de validação exaustiva. As comparações têm de ser justa e real. Diferenças relevantes entre os pacientes, por exemplo, não podem ser desperdiçadas." BERG et al, pg 62, 2005.
"Finalmente, a validação exaustiva é necessária para evitar efeitos perversos, como descartar (selecionar aqueles pacientes que irão garantir altas pontuações, e negando serviços para os pacientes que não geram resultado positivos nos indicadores [3]." BERG et al, pg 62, 2005.
"Em vez de auto-governo e melhoria, indicadores externos focam permitindo uma comparação entre as organizações de cuidados de saúde ou profissionais de saúde. Indicadores externos são destinadas a informar o público em geral e outros atores (autoridades públicas e companhias de seguros de saúde) em particular. E, para fazer uma comparação, os dados têm de ser tão precisos e válidas possível. Gerar esses indicadores, muitas vezes requer uma investigação demorada, amostras relativamente grandes e agregação e correção para todas as possíveis diferenças relevantes entre os diferentes ambientes de cuidados de saúde. Uma vez que esta é muito complicada, os indicadores que são capazes de cumprir essas condições são aquelas que são mensuráveis, e não necessitam de ser os que são relevantes [16]. "STOOP et al, pg 48, 2005.
"Nesta dicotomia, os indicadores internos, trabalhando com foco em "melhoria ", está prestes a confiança nas intenções uns dos outros, no tratamento consciente dos "números". Indicadores externos, por outro lado, são cerca de relações formais de prestação de contas: rankings mecânicas do número meticulosamente processados, cuja "dureza" é formar o árbitro objetivo de "bom" versus "mau" desempenho (cf. [27]) ". Berg et al, pág 62, 2005.
"O ponto é que indicadores "externo" e "internos" não são tanto duas categorias diferentes de indicadores como pontos em um <i>continuum</i> :" indicadores internos "sendo imediatamente transparente para apenas aqueles dentro do próprio contexto da atenção, fácil de registrar, mas impossível usar para comparações inter-hospitalares. Por sua vez, os indicadores "externas" são indicadores que são relativamente melhor equipados para comparações entre unidades, porque as definições e método de coleta de dados foram simplificadas entre os locais, tanto quanto foram realizados possíveis e caso a caso ajustes de mixagem. Indicadores externos não são "exaustivamente válido": eles não podem ser, não são agora e nunca serão. Programas de indicadores que fazem tais promessas estão condenadas a falhar ou decepcionar." BERG et al, pg 70, de 2005.

"Essa diferença entre o uso interno e externo é crucial. Atores fora do ambiente hospitalar - especialmente os doentes e clínicos gerais estão interessados em dados comparáveis e, portanto, precisam ter certeza de que os tempos de espera são válidos e precisos. Atores dentro do ambiente hospitalar estão cientes do contexto em que os tempos de espera são gerados, o que torna possível interpretá-los sem validação ou comparabilidade ".
STOOP et al, pg 48, 2005.

"Olhando para os indicadores internos e externos de um ponto de vista teórico, agora, reforça o argumento com base em nossos dados empíricos, tempos de espera assim como as taxas de mortalidade acima mencionadas, como eles são publicados agora pode ser utilizada principalmente para fins internos, porque eles só tem significado dentro de um contexto específico. Para pessoas de fora é difícil entender os números, a menos que a validação extensa seja realizada e as informações complementares, por exemplo na qualidade, sejam fornecidas. "STOOP et al, pg 48, de 2005.

*Textos originais no Apêndice E.

Os indicadores externos são aqueles utilizados pelo público, pelos provedores e pelo próprio governo. Como dito anteriormente esses precisam de exaustiva validação e dados fidedignos para que se tenha uma comparação justa e real. Dessa maneira evita-se que sejam selecionados apenas os dados que irão atribuir vantagens ou o descarte daqueles que implicam em desvantagem para o hospital ou instituição de saúde.

Muitas vezes para conseguir tais dados é necessária uma investigação demorada, amostras relativamente grandes e agregação e correção para todas as possíveis diferenças relevantes entre os diferentes ambientes em que estão inseridas as unidades de saúde. Com isso é muito complicado obter indicadores que possuem estas condições de modo que muitas vezes os dados apresentados e comparados não são aqueles de maior relevância e sim aqueles que apresentem as características para serem mensurados.

A observância do papel de cada indicador e seus respectivos públicos é fundamental para estratégias de gestão e elaboração de um plano de ação para a melhoria dos serviços prestados. Por isso todo sistema deve conter ambos os indicadores, pois visa atender à necessidade pública que precisam de informações comparáveis, quanto aos gestores que necessitam de informações para melhorar internamente sua unidade de saúde e sua performance de desempenho.

5 CONCLUSÕES

O objetivo da análise é elencar aspectos, relevantes para o controle gerencial, citados para avaliação de desempenho na administração da saúde pública, para confirmar ou descartar as hipóteses h1: Indicadores externos de desempenho são pouco detalhados, pois as particularidades de cada hospital não são relevantes para comparação entre os mesmos, h2: Maior quantidade de instituições realizando análise de desempenho favorece na busca por resultado mais fidedignos.

Em termos gerais, os aspectos levantados apresentam o quão complexo é um sistema de avaliação de desempenho, a diversidade de aspectos que devem ser levados em consideração e a pluralidade de formas de avaliação de acordo com os fins desejados. Nota-se então o quão necessário é ter a visão e análise de desempenho da prestação de serviços na área da saúde.

Dentro desses diversos aspectos requeridos, foram elencados os que apresentaram maior relevância nos textos da análise, foram eles, mensuração, descentralização, complexidade e indicadores externos e internos. Esses são apenas parte de um conjunto de fatores que impactam toda a avaliação de desempenho para o controle e gerenciamento da saúde pública e representam uma limitação do trabalho.

Com a seleção dos trechos importantes da literatura analisada foi possível detectar que para uma real comparação entre o desempenho das instituições de saúde pública é necessário que os dados obtidos sejam validados e verificados de forma a não conter variações relevantes que afetem a justa e real comparação entre cada unidade. Além disso é possível destacar que o processo de descentralização precisa ser realizado de forma a especificar a autonomia de cada ente e delimitar os parâmetros e diretrizes de avaliação de desempenho para que os interesses de cada um não interfiram na real necessidade da administração pública, sendo a quantidade de agentes envolvidos não necessariamente relacionada com a qualidade e fidedignidade dos indicadores e avaliações apresentadas.

A pesquisa também foi capaz de despertar ainda mais pontos a serem futuramente pesquisado, uma pesquisa sobre os métodos de avaliação de indicadores do IDSUS comparados com outros modelos internacionais é um ponto relevante para avaliação da administração de saúde pública, podendo agregar conhecimento sobre o quão perto o modelo brasileiro está em relação aos sistemas de saúde considerados mais evoluídos.

E por fim, como já visto em pesquisas estrangeiras, sugere-se novos estudos apontando novos métodos de avaliação de sistemas de saúde com intuito de promover o aperfeiçoamento

dos já existentes, visto que a transformação da sociedade é constante, novas necessidades surgem com o passar do tempo, requerendo a criação e novos modelos.

REFERÊNCIAS

BARDIN, **Análise De Conteúdo**, Portugal: Edições 70, 1997.

BERG, M. et al. Feasibility First: Developing Public Performance Indicators On Patient Safety And Clinical Effectiveness For Dutch Hospitals. *Health Policy* 75, 2005.

CROZATTI, J., O uso de conceitos de mensuração e avaliação de desempenho em relatórios gerenciais e a relação com indicadores financeiros de desempenho: um estudo em companhias abertas brasileiras, Paraná, 2003.

DECONTO, E. O emprego de um sistema de mensuração de desempenho empresarial como instrumento de apoio ao controle gerencial de uma indústria metalúrgica. Porto Alegre: UFRGS, 2001.

DEGROFF, A. et al. Challenges And Strategies In Applying Performance Measurement To Federal Public Health Program. Periódico: **Evaluation and Program Planning**, Volume 33, Issue 4, Pg 365–372, 2010.

2010.

FIOCRUZ, Avaliação Do Desempenho Do Sistema De Saúde, disponível em: <<http://www.proadess.icict.fiocruz.br/>>. Acesso em 18 de junho de 2016.

GIL, A. L. **Qualidade total nas organizações**, São Paulo: Atlas, 1993.

GONÇALVES, A. R. Saúde no Reino Unido e no Brasil: contrastes e desafios. Faculdade Aiec: **Ideias em Gestão**, 2011.

HARRINGTON, H. J. **Aperfeiçoando processos empresariais**. São Paulo: Makron Books, 1993.

IDSUS, disponível em: < <http://idsus.saude.gov.br/documentos.html>>. Acesso em 17 de junho de 2016.

IPEA, Avaliação de eficiência em sistemas de saúde: Brasil, América Latina, Caribe e OCDE. Rio de Janeiro, 2012.

LEVINO, A. CARVALHO, EF. Análise comparativa dos sistemas de saúde tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. Revista: **Panam Salud Publica**, 2001;30(5):490-500.

Lynne C., Guven L. Uk Health Sector Performance Management: Conflict, Crisis And Unintended Consequence. Periódico: **Accounting Forum**, Volume 36, Issue 4, pg 231–250, 2012.

MARTINS, **Avaliação de desempenho empresarial como ferramenta para agregar valor ao negócio**, PPGA/UFRGS, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, disponível em: <www.portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>. Acesso em 17 de junho de 2016.

NAKAIMA et al. Towards A Performance Measurement System For Health Equity In A Local Health Integration Network. Periódico: **Evaluation and Program Planning**, Volume 36, Issue 1,pg 204–212, 2013.

SILVA, Jorge, **Mensuração Do Desempenho Organizacional: Questões Conceituais E Metodológicas**, ANPAD, 2005.

STOOP, P. et al. Theory And Practice Of Waiting Time Data As A Performance Indicator In. Periódico: **Health Policy** 73, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Organização Mundial Da Saúde) Relatório Mundial Da Saúde, disponível em: <http://www.who.int/whr/2010/whr10_pt.pdf>. Acesso em 17 de junho de 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (Organização Mundial Da Saúde) Relatório Mundial Da Saúde 2000, disponível em: < http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1>. Acesso em 17 de Julho de 2016.

APÊNDICE A – Categoria Complexidade

“Public responsibility the government holds on to is the supervision and monitoring of the quality of the care delivered by both public and private providers.” BERG et al, pg 62, 2005.

“Exhaustive validation, then, means correcting for all the possible relevant differences between the care contexts compare. This requires large amounts of precisely registered and comprehensive data, including all the potentially relevant differentiating variables such as age, sex, gender, ethnicity, social-economic status, severity and range is complaints, stage is the disease, diagnostic and therapeutic activities undertaken (including the reasons for doing so), and so foth [21-23].” BERG et al, pg 62, 2005.

“For those creating the indicators, it implies that precise risk adjustment schemes have to be developed and all potential confounders have to be taken into account. For those having to report on the indicators, higher validity comes with high demands on the precision and extensiveness of data registration [21-23,28,29].” BERG et al, pg 63,2005.

“Because of the required use of increasingly complex statistical procedures to compensate for case mix and other potentially confounding variables, there is a point after which the aim to increase validity and thus comparability in fact decreases the transparency of the indicator. That is to say, the statistical processing required to make numbers (more) comparable decreases the direct meaningfulness of the numbers – especially to the professionals and managers who are directly responsible for their production [13].” BERG et al, pg 63 2005.

“The more you try to make indicators “really” comparable, the more your claims are challenged, and the more defensive reactions you will get from those having to report on them.... in the other words the more meticulously those critical of the indicators scheme (for whatever reason – fear, interest, principle) will attempt to challenge that aim” BERG et al, pg 63, 2005.

“The more direct and serious the consequences of having high or low scores, the more manipulations and perverse reactions you may expect.” BERG et al, pg 63, 2005.

“Implications of challenges for performance measurement in public programs. Complexity of the problem: Casual pathways are difficult to explicate because of *Multiple factors contributing to outcomes *Contextual/exogenous factors that moderate achievement of outcomes *Limited scientific evidence *Difficult to observe or attribute outcomes; Outcomes may take years to achieve” DEGROFF et al, pg 367, 2010.

“In sum, the complexity of public health programs is reflected by the interrelatedness of factors that contribute to them, the lack of strong scientific evidence explicating causal relationships, the inability to observe outcomes or attribute them to the program, and the long-term nature of their outcomes. All of these complicate the practice of performance measurement.” DEGROFF et al, pg 368, 2010.

“Strategies to address challenges in performance measurement in public health programs:
 _ Develop logic models or conduct process mapping to clarify relationships between inputs, activities, and outputs

_ Review theoretical and scientific literature to support causal pathways

_ Use analytic methods to account for moderating factors

_ Measure key modifiers to benefit data interpretation

_ Collect text-based information that provides explanation about the performance measure

_ Include process, immediate, and intermediate measures in a performance measurement system” DEGROFF et al, pg 370, 2010.

“A valuable first step in addressing the complexity of public health programs is to develop a program logic model, or conduct process mapping. Such exercises are helpful to explain

relationships between program inputs, activities, and outcomes. Although program complexity will challenge the identification of simple causal pathways, programs should look to the available theoretical literature and scientific and programmatic evidence to support the modeling of each program domain” DEGROFF et al, pg 370, 2010.

APÊNDICE B – Categoria Descentralização

“Implications of challenges for performance measurement in public health programs: Site autonomy leads to variability in program implementation; Common set of national indicators meaningful to all sites is difficult to identify; Lack of agreement between sites and funder and among sites in: * Priority program goals, *Purpose(s) of the performance measurement system; Multiple stakeholders increases potential for stakeholder resistance to measures or measurement” DEGROFF et al, pg 367, 2010.

“The most obvious challenge presented by decentralized and networked implementation regarding performance measurement is the extensive variability in program implementation that often occurs and may, in fact, be encouraged. The level of autonomy given programs, and hence the intensity of the challenges in measuring performance, differs with the policy tool used, as verified by Frederickson (2003) in a case study of five Health and Human Services (HHS) programs. For example, block grants typically afford greater latitude in program implementation than do contracts, in which the details of performance are strictly prescribed” DEGROFF et al, pg 368, 2010.

“Other challenges posed by decentralized or networked implementation structures include potential goal conflicts between funded sites and the funding program (e.g., CDC), achieving consensus on the purpose for the performance measurement system, and stakeholder resistance to either measurement or the specific measures. With a number of partners representing varied agencies, each holding their own values and priorities, conflicts can emerge in attempting to identify common program goals to which the performance measures will be tied (Frederickson, 2003)” DEGROFF et al, pg 368, 2010.

“Strategies to address challenges in performance measurement in public health programs:

- _ Involve key stakeholders to determine purpose of performance measures, set goals and priorities, and assure a meaningful set of measures
- _ Pilot measures in sites of varied characteristics
- _ Assess the funded programs “control” over performance when multiple agencies are involved in achieving performance,
- _ Build flexibility into the performance measurement system by letting sites set their own targets, allowing sites to justify when a particular measure may not be relevant to them, or providing a level of choice in selection of measures. ” DEGROFF et al, pg 370, 2010.

APÊNDICE C – Categoria Mensuração

“As Berwick argued in 1998, “measuring for improvement is not measurement for judgment” [26]” BERG et al, pg 62, 2005.

“The more “valid” the indicator has to be (in terms of comparability between institutions, for example), the more work it is to construct and report on them” BERG et al, pg 62, 2005.

“Implications of challenges for performance measurement in public health programs: Difficulty identifying useful outcome measures because of: *Abstract or diffuse outcomes, *Possibility of prevention or deterrence as outcomes, *Complex causal pathways; Challenges in identifying credible, valid, and timely data sources that are consistent across sites; Variability in: * Data sources and quality across sites, * Staff capacity and analytic sites, * Interpretation of measures across sites.” DEGROFF et al, pg 367, 2010.

“Some of the most important challenges to performance measurement relate to developing measures. On the basis of two different studies, GAO has documented the difficulties faced by programs in translating long-term goals into appropriate and useful outcome measures (U.S. GAO, 2000, 2004). Yet, establishing appropriate outcomes is central to performance measurement because the measures and related standards (benchmarks) are intended to influence the behavior of program managers toward achieving these priorities. As the adage goes, “What gets measured gets done.” DEGROFF et al, pg 368, 2010.

“Chief among documented measurement challenges are those related to identifying credible and valid data sources, and having useful and timely data (U.S. GAO, 2000) which is further complicated by decentralization.” DEGROFF et al, pg 368, 2010.

“An important limitation to performance measurement is its inability to clearly indicate cause and effect. Most experts on performance measurement have addressed its methodologic limitation in regard to attribution (Poister, 2003; Wholey, 1999), and several studies have highlighted the inability of some federal programs to make claims regarding causal attribution (U.S. GAO, 1997b, 2000). The three challenges addressed earlier exacerbate the difficulty of attributing results to particular public health program efforts. For example, complex health problems are typically influenced by multiple factors, making it hard to distinguish results produced by federal agency efforts from results caused by other, external factors.” DEGROFF et al, pg 369, 2010.

“Regardless, the tendency is to assume that improvements in outcome indicators collected through these systems are the result of the particular program, which leads to the over-interpretation of results and potential misuse (Blalock & Barnow, 2001;” DEGROFF et al, pg 369, 2010.

“Strategies to address challenges in performance measurement in public health programs:

- _ Develop proxies for outcomes that are difficult to measure or use qualitative measures for more abstract outcomes
- _ Provide technical assistance and training on the performance measures to all sites, including written guidance that clearly specifies the purpose of each indicator and their data sources and calculation
- _ Provide technical assistance and support for data management, including data system support
- _ Encourage data quality through audits, validation studies, and edit programs

Support use of performance data through the provision of standard reports, encouraging peer-to-peer mentorship, and regular meetings between grantee and federal staff to discuss indicator performance” DEGROFF et al, pg 370, 2010.

“A focus on measuring health equity consistently over time can also raise the salience of equity as an important goal for all organizations. It sends a clear signal of the relative importance and prominence of health equities as a goal. A key insight from the recent evaluation literature is to treat the process of measurement itself as an intervention (Henry, 2005; Henry & Mark, 2003; Mark & Henry, 2004). The focus of this literature is on explaining how evaluations make a difference.” NAKAIMA et al, pg 207, 2013.

“The measurement needs to identify gaps in the overall system as well as specific gaps for each hospital or community provider. It will not happen in itself. It needs a data-driven planning process that brings groups of people together working together towards a common goal” NAKAIMA et al, pg 207, 2013.

“An increasing focus on performance measurement and management has led to increased visibility and importance attached to accounting information and other performance indicators.” CONRAD, USLU, pg 231, 2012.

“Performance measurement in the public sector has come to be based on an ongoing monitoring of quantitative performance indicators, and its problematic nature has been criticized extensively in the literature (Cavalluzzo & Ittner, 2004; Lee, 2008).” CONRAD, USLU, pg 233, 2012.

“A number of recent studies on performance measurement and management in health services illustrate the problems associated with an instrumental approach to design of new performance management systems. Studies which have focused on financial aspects of performance measurement in the NHS include those by Northcott and Llewellyn (2003), who criticize the calculation of average costs in health services in England, and direct attention to causes of inconsistencies which adversely affected effective benchmarking comparisons.” CONRAD, USLU, pg 234, 2012.

APÊNDICE D – Categoria Indicadores Internos

“Internal indicators are used by health care providers to monitor and improve the outcomes of their care processes. Professionals and managers can use these data to investigate where potential problems lie, and how they may be approached.” BERG et al, pg 61, 2005.

“For internal purposes, indicators need to be relevant for the managers and professionals involved: they have to be specific to the care process at stake, aimed, at its particular peculiarities and problems, and sufficiently detailed to capture the impacts of (planned or unplanned) changes to that process [17] To make comparisons between organizations, however, this level of detail and specificity is irrelevant.” BERG et al, pg 61, 2005.

“Some authors refer to internal use, i.e. for management purposes and quality improvement within the organization. Organizations that want to improve their care processes need indicators that make it possible to identify and analyze bottlenecks and to check whether changes lead to improvements. An important characteristic of internal indicators is that they refer to professionals’ and managers’ own context with, often, none or few changing variables in time (e.g. regarding patient population, treatment facilities, personnel, etc.). This means that relatively fast, small scale before- and after studies are sufficient and suitable to measure improvements. And because the professionals and managers involved are fully aware of the context in which the data are generated, they are par excellence able to interpret their own data. And because hospitals are aware of this context, they are able to interpret the waiting times and use them for different internal, specific purposes” STOOP et al, pg 47, 2005.

APÊNDICE E – Categoria Indicadores Externos

“External indicators, on the other hand, are used by governments, patient organizations and payers to assess the quality of care of a health care provider, and to compare that quality to the performance or other health care providers.” BERG et al, pg 61, 2005.

“External indicators, according to these authors, require exhaustive validation. Comparisons have to be fair and real: relevant differences in patient mix, for example, may not be missed.” BERG et al, pg 62, 2005.

“Finally, exhaustive validation is required to prevent perverse effects such as ‘creaming and dumping’ (selecting those patients who will guarantee high scores, and denying services to ‘difficult’ patients to similarly improve the indicator score) [3].” BERG et al, pg 62, 2005.

“Instead of self-government and improvement, external indicators focus on enabling a comparison between health-care organizations or health-care professionals. External indicators are meant to inform the public in general and other actors (public authorities and health insurance companies) in particular. And to make a comparison, data have to be as precise and valid as possible. Generating these indicators often requires time-consuming research, relatively large samples and aggregation and correction for all possible relevant differences between different health care settings. Since this is very complicated, those indicators that are able to fulfill these conditions are those that are measurable, and need not be those that are relevant [16].” STOOP et al, pg 48, 2005.

“In this dichotomy, internal indicators, jointly working on “improvement”, are about trust – in each other’s intentions, in the conscientious treatment of “soft” numbers. External indicators, on the other hand, are about formal relations of accountability: mechanical rankings of meticulously processed number, whose “hardness” is to form the objective arbiter of “good” versus “bad” performance (cf. [27]).” BERG et al, pg 62, 2005.

“The Point is that “external” and “internal” indicators are not so much two different categories of indicators as points on a continuum: “internal” indicators being immediately transparent to only those within the care context itself (see the next paragraph), easy to register but impossible to use for inter-hospital comparisons. In their turn, “external” indicators are indicators that are relatively better equipped for between-site comparisons because definitions and data gathering method have been streamlined between sites as far as possible and basis case mix adjustments have been performed. External indicators are not “exhaustively valid”: they cannot be, are not now and never will be. Indicator programs that make such promises are doomed to fail or disappoint.” BERG et al, pg 70, 2005.

“This difference between internal and external use is crucial. Actors outside the hospital setting – especially patients and general practitioners – are interested in comparable data and therefore need to be sure that the waiting times are valid and precise. Actors within the hospital setting are aware of the context in which the waiting times are generated, which makes it possible to interpret them without validation or comparability.” STOOP et al, pg 48, 2005.

“Looking at internal and external indicators from a theoretical point of view, now, strengthens the argument based on our empirical data waiting times – just as the above mentioned mortality rates – as they are published now can primarily be used for internal purposes because they only have meaning within a specific context. For outsiders it is difficult to understand the figures unless extensive validation is performed and supplementary information, for example on quality, is provided.” STOOP et al, pg 48, 2005.