

Da gestão estratégica do sistema de saúde português à avaliação do seu desempenho – um percurso em construção

Strategic management and performance evaluation in the Portuguese Health System: building the bridge

Paulo Ferrinho

Unidade de Saúde Pública Internacional e Bioestatística,
Centro Colaborador da OMS para Políticas e Planeamento da Força de Trabalho em Saúde e,
CMDT, do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Jorge Simões

Unidade de Saúde Pública Internacional e Bioestatística,
Centro Colaborador da OMS para Políticas
e Planeamento da Força de Trabalho em Saúde do Instituto de Higiene e Medicina Tropical,
Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.
Universidade de Aveiro

José Pereira Miguel

Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge, Ministério da Saúde, Lisboa Portugal.
Instituto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

André Beja

Unidade de Saúde Pública Internacional e Bioestatística,
Centro Colaborador da OMS para Políticas e Planeamento da Força de Trabalho em Saúde do Instituto de Higiene e Medicina Tropical,
Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Maria Cortes

Unidade de Saúde Pública Internacional e Bioestatística,
Centro Colaborador da OMS para Políticas e Planeamento da Força de Trabalho em Saúde do Instituto de Higiene e Medicina Tropical,
Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Zulmira Hartz

Unidade de Saúde Pública Internacional e Bioestatística,
Centro Colaborador da OMS para Políticas e Planeamento da Força de Trabalho em Saúde do Instituto de Higiene e Medicina Tropical,
Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Resumo

Neste capítulo apreciamos o percurso do sistema de saúde português (SSP) nas últimas décadas na perspetiva da sua governação. Tentamos compreender como o seu carácter estratégico foi integrando mecanismos de observação em saúde que se aproximam progressivamente de formas cada vez mais formais de avaliação do desempenho do sistema. Apreciamos dois fenómenos que em Portugal têm recebido pouca atenção dos académicos e dos governantes: a gestão estratégica do SSP, por um lado, e a avaliação do seu desempenho, por outro. Depois descrevermos a evolução do SSP, e, em particular, do seu Serviço Nacional de Saúde (SNS). Apresentamos o progresso em pensamento e práxis estratégica no SNS e tentamos compreender como a observação em saúde, que atualmente se pratica, se pode articular com uma melhor gestão estratégica.

A finalizar, e procurando uma ligação mais estreita entre esta reflexão e o ciclo de planeamento em curso, apresentamos um conjunto de aspetos que consideramos pertinentes para operacionalização de um modelo de avaliação do próximo plano nacional de saúde (PNS).

Palavras Chave:

Sistema de saúde português, avaliação do desempenho, Plano Nacional de Saúde.

Abstract

In this chapter we analyze the evolution of the portuguese health system (PHP) from the assumption that its strategic nature, integrating observation mechanisms in health, is increasingly closer of the international approaches to performance evaluation. So, we observed two phenomena that have received little attention from scholars and governments: the strategic management of the PHS, on the one hand, and the assessment of its performance on the other. Describing the evolution of the PHS, and in particular its National Health Service (NHS), we seek a closer connection between this reflection and the planning cycle in progress, based on a set of aspects that we consider relevant for the operationalization of an evaluation model for the next national Health Plan (NHP).

Key Words:

Portuguese health system; performance evaluation, national health plan.

1. Evolução do Sistema de Saúde Português

O SSP engloba o SNS, principal instrumento do sector público, e integra também o sector privado, com e sem fins lucrativos, hoje uma realidade muito complexa, não apenas do ponto de vista político e social, mas também do ponto de vista económico¹. O seu desenvolvimento tem sido objecto de alguma literatura (Biscaia *et al* 2006, Campos e Simões 2011, Conceição *et al* 2007, Ferreira 1990, Ferrinho *et al* 2006, Simões 2009, Simões e Dias 2010) e desde o final do século XIX até à criação do SNS, em 1979, destacam-se três importantes reformas.

A **primeira**, conhecida pela reforma de Ricardo Jorge (de 1899), traduziu-se num conjunto de diplomas aplicados a partir de 1903, que reorganizaram a Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública e criaram a Inspeção Geral Sanitária, o Conselho Superior de Higiene Pública e o Instituto Central de Higiene, como entidades centrais de coordenação, e os cursos de Medicina Sanitária e Engenharia Sanitária. É uma reforma influenciada pelos organismos e intervenções internacionais, em que se tenta construir as bases do movimento da saúde pública, constituindo o embrião do “moderno sanitário” (Ferreira, 1990).

A **segunda** reforma, de 1945, cria duas direcções-gerais, a da Saúde e a da Assistência. A primeira com funções de orientação e fiscalização quanto à técnica sanitária e de ação educativa e preventiva; a segunda com a responsabilidade administrativa sobre os hospitais e sanatórios.

Em cada distrito é criada, ainda, uma delegação de saúde e, em cada concelho, uma subdelegação de saúde; são previstos, também, diversos organismos gozando de autonomia técnica e administrativa, como os Hospitais Cívicos de Lisboa e os Hospitais da Universidade de Coimbra e regulamentadas as instituições de assistência particular, que ficam na dependência do Ministério do Interior.

Pela primeira vez abordam-se três diferentes objetivos da política de saúde: a “assistência preventiva”, a “assistência paliativa e curativa” e a “assistência construtiva”, ou seja, o que posteriormente se considerará como a perspetiva da prevenção, do tratamento e da recuperação da saúde.

Durante o período, de 1945 a 1971, “...o Estado, não querendo assumir a responsabilidade dos cuidados de saúde dos portugueses, permitiu a criação de um sistema de saúde constituído por um grande número de subsistemas independentes, difíceis de coordenar e originando duplicações e guerras de competência e rivalidade, que impediam ou dificultavam a formação de equipas multi-disciplinares indispensáveis à resolução dos problemas de saúde” (Ferreira, 1990).

A **terceira** reforma é a de 1971, que marcará as opções doutrinárias para as décadas seguintes, desde logo após 25 de Abril de 1974. A ausência de rupturas significativas depois da Revolução de 1974 deve-se, em primeiro lugar, ao reforço, em 1971, da intervenção do Estado nas políticas de saúde e, em segundo lugar, à orientação desse novo papel do Estado no sentido de conferir prioridade à promoção da saúde e à prevenção da doença, que constituíam aspectos inovadores naquele contexto político e recolheriam o apoio das forças políticas e sociais vencedoras, três

anos depois, no 25 de Abril e como internacionalmente viria a ser adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), sete anos depois, em Alma-Ata, no atual Cazaquistão.

Concebeu-se um serviço nacional de saúde sem esse nome, visando integrar hospitais de Misericórdias, hospitais do Estado, postos da então Previdência e centros de saúde públicos, criados após 1971 para a prevenção da doença e a promoção da saúde.

Se não houve ruturas significativas entre 1971 e os anos que se seguiram à Revolução de 1974, essa continuidade ideológica também se constatou, após a afirmação política e normativa do SNS em 1979, com a progressiva aceitação, nas suas linhas gerais, do modelo beveridgeano pelas forças políticas e sociais mais relevantes na sociedade portuguesa.

Ao longo das últimas quatro décadas, no entanto, é possível identificar diversas fases no desenvolvimento do SSP.

A **primeira fase** é a que se segue imediatamente à revolução de 25 de Abril de 1974, até ao final da década de setenta e que se poderá designar de “fase optimista e de consolidação normativa do SNS”.

O artigo 64º da Constituição de 1976 consagrava o direito à proteção da saúde através da “criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito” e estabelecia ao Estado a obrigação de “orientar a sua ação para a socialização da medicina e dos sectores médico-medicamentosos”.

A Lei do Serviço Nacional de Saúde de 1979 representou o primeiro modelo político de regulamentação do artigo 64º da Constituição e defendia um conjunto coerente de princípios, de que se destacam a direção unificada do SNS, a gestão descentralizada e participada e ainda a gratuidade e o carácter supletivo do sector privado, estabelecendo assim a base sobre a qual se construiria a sua gestão estratégica.

Quando se estudam os resultados observados neste período é possível afirmar que, apesar das fragilidades do sistema, na segunda metade da década de setenta, a cobertura da população quase duplicou, verificou-se uma melhoria substancial dos principais indicadores de saúde e foram afetos à saúde recursos que até então não se dispunha.

Portugal apresenta uma melhoria substancial na taxa de mortalidade infantil neste período, recuperando de 37,9 mortes por 1000 nados vivos em 1974, para 24,3 em 1980. Relativamente à taxa de mortalidade perinatal, regista-se, também, uma melhoria substancial, de 32,2 para 23,9 mortes por cada 1000 nascimentos.

Relativamente à esperança de vida, verifica-se também uma melhoria neste período, com o aumento de 68,7 para 71,5 anos. O assinalável progresso dos resultados não fazia, porém, esquecer a existência de um assinalável atraso na comparação com outros países da atual União Europeia.

Quanto à cobertura da população, em 1974 apenas 58% da população portuguesa estava coberta por algum esquema de seguro de saúde, valor que atingiu, na letra da lei, os 100% em 1978,

¹ Segundo dados da OCDE, a saúde em Portugal representa mais de 10% do PIB. O seu crescimento, apesar de mais controlado na última década, revela-se consistentemente acima do crescimento do PIB.

alcançando o SNS o objetivo da universalidade.

A responsabilidade do Estado quanto aos hospitais também se reforçou de uma maneira significativa, pois as camas hospitalares públicas passaram de cerca de 45% para 83%, do princípio para o final da década de 70, com a “*oficialização*” dos hospitais distritais e concelhios pertencentes às Misericórdias.

Uma **segunda fase**, no início da década de 1980, correspondeu a um período em que, de uma forma mais consistente e determinada, do ponto de vista ideológico e da sustentabilidade financeira do SNS, se colocou seriamente a possibilidade de se desenvolver uma alternativa ao SNS.

A revisão constitucional de 1982 não alterou, porém, os dois princípios socializantes mais emblemáticos: a criação de um serviço nacional de saúde universal, geral e gratuito (n.º 2 do artigo 64º) e a socialização da medicina e dos sectores médico-medicamentosos. Apenas foi acrescentado ao artigo 64º um número 4 que afirma que “*o serviço nacional de saúde tem gestão descentralizada e participada*”.

As prioridades políticas da revisão constitucional centravam-se, porém, no papel do Estado face à economia e na definição dos órgãos de controlo constitucional e a Saúde não era suficientemente importante para merecer honra de moeda de troca no processo de revisão constitucional. As obrigações constitucionais impuseram, também, limites aos projetos de extinção do SNS através da lei ordinária: um acórdão, de 1984, do Tribunal Constitucional declarou inconstitucional o artigo 17º do Decreto-lei n.º 254/82, de 29 de Junho, que revogara a maior parte da Lei n.º 56/79, que se traduziriam na extinção do SNS.

Só com a segunda revisão constitucional, em 1989, o primeiro princípio do artigo 64º passa a ter uma outra redação: “*serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito*” e, no segundo, se abandona a redação radical da socialização da medicina e dos sectores médico-medicamentosos, para se limitar à expressão ambígua de socialização dos custos dos cuidados médicos e medicamentosos.

Uma **terceira fase**, correspondente aos governos do Partido Social Democrata (PSD), de 1985 a 1995, deu corpo à influência da “*ideologia de mercado*”, sobretudo da competição entre prestadores, como forma de ganhar eficiência e também por políticas de prioridades, escolhas e limites nos cuidados públicos de saúde.

As principais alterações, nesta fase, constam da Lei de Bases da Saúde de 1990:

- A regionalização da administração dos serviços, com maior autonomia e poderes para coordenar a atividade dos hospitais;
- A privatização de sectores da prestação de cuidados, devendo o Estado promover o desenvolvimento do sector privado e permitir a gestão privada de unidades públicas e a articulação do SNS com unidades privadas;
- A privatização de sectores do financiamento de cuidados, com a concessão de incentivos à opção por seguros privados de saúde e a possibilidade de criação de um seguro alternativo de saúde;
- A articulação de cuidados, com a criação de unidades de saúde, que agrupariam, numa região, hospitais e centros de saúde.

Numa **quarta fase**, dos governos do Partido Socialista (PS), de

1995 a 2001, trava-se o afastamento do Estado na área da saúde, que se desenhava anteriormente, afirmando-se como prioritário o investimento no potencial do SNS.

Selecionam-se seis intervenções consideradas mais significativas:

1. O incentivo a maior produtividade e satisfação dos clínicos gerais, através de um novo regime remuneratório experimental, que tinha em consideração as condições do desempenho profissional;
2. A maior desconcentração no planeamento e controlo das unidades de saúde, através da criação das agências de contratualização, no âmbito das administrações regionais de saúde;
3. A tentativa de clarificação das prestações pública e privada com o regime das incompatibilidades nas convenções estabelecidas pelo SNS;
4. A tentativa de contenção de custos nos medicamentos com os diplomas sobre genéricos e sobre a comparticipação nos preços e de limitação contratual com a indústria do ritmo de crescimento da fatura com medicamentos;
5. A criação de um *tertium genus* na gestão hospitalar, com o novo estatuto jurídico do Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, a que se seguiram a Unidade Local de Saúde de Matosinhos e o Hospital do Barlavento Algarvio, adotando regras privadas na gestão de recursos humanos e na contratação de bens e de serviços, mas mantendo, o Hospital, estatuto e gestão públicos;
6. A criação da estrutura de missão “Parcerias Saúde”, que constituiria a base para a celebração de acordos no âmbito do sector público e com o sector privado, para o financiamento, planeamento, construção e gestão de unidades de saúde.

Esta quarta fase coincidiu com a elaboração de uma primeira estratégia de saúde para 1998-2002 pela Direção Geral de Saúde (DGS) – “*Saúde Um Compromisso - uma Estratégia para o Virar do Século*” (DGS 1999).

Numa **quinta fase**, correspondente às políticas de saúde dos governos de uma coligação centro-direita (entre o PSD e o Partido Popular), de 2002 a 2005, preconizava-se um sistema misto assente numa ideia de complementaridade entre o sector público, o sector social e o sector privado. Este “*novo Sistema Nacional de Saúde*” baseava a sua organização e funcionamento na articulação de redes de cuidados primários, de cuidados diferenciados e de cuidados continuados.

Era a consagração de uma ideia de SSP, “*onde coexistem as iniciativas pública, social e privada e regulado por uma entidade independente e autónoma*”, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) (Pereira, 2005), sem que o SNS se constitua em referência preferencial.

Este diferente entendimento do SSP teve tradução na criação normativa das redes de cuidados hospitalares, primários e continuados.

O novo regime jurídico da gestão hospitalar é publicado em 2002 e procede à alteração da Lei de Bases da Saúde, no sentido de permitir duas importantes alterações: o contrato individual de trabalho como regime laboral aplicável aos profissionais que trabalham no SNS e a criação de unidades de saúde com a natureza de sociedades anónimas de capitais públicos.

Ainda em 2002 é publicado o diploma que define os princí-

pios e os instrumentos para o estabelecimento de parcerias em saúde, em regime de gestão e financiamento privados, entre o Ministério da Saúde ou outras instituições e serviços integrados no SNS e outras entidades.

O segundo sector que sofreu profundas alterações foi o dos cuidados de saúde primários (CSP), com a criação de uma rede constituída pelos centros de saúde integrados no SNS, por entidades do sector privado que prestem CSP a utentes do SNS e, ainda, por profissionais e agrupamentos de profissionais em regime liberal, com quem sejam celebrados contratos.

A política do medicamento apresentou resultados positivos no curto prazo, com a promoção dos genéricos e o estabelecimento dos preços de referência.

Foi no fim desta fase que foi aprovado o PNS 2004-2010 (DGS 2004).

Uma **sexta fase** corresponde às políticas de saúde do governo PS, de 2005 a 2011.

Os três objetivos centrais do programa do Governo traduziam-se na criação das unidades de saúde familiar (USF), a criação da Rede de Cuidados Continuados Integrados e no assegurar de boas contas no SNS.

A USF obedecia aos seguintes princípios:

- pequenas equipas multiprofissionais e auto-organizadas;
- autonomia organizativa funcional e técnica;
- contratualização de uma carteira básica de serviços;
- sistema retributivo que premiasse a produtividade, acessibilidade e qualidade.

Outra alteração importante na organização dos CSP traduziu-se na criação dos agrupamentos de centros de saúde (ACES) visando criar uma nova autonomia gestonária assente num modelo de contratualização promovido pelas administrações regionais de saúde (ARS).

Quanto ao segundo objetivo central do programa do Governo, em 2006 é aprovado o diploma que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados de Saúde a Idosos e Dependentes.

A rede de cuidados continuados cruza todo o sistema público de saúde, sendo articulada, de modo intersectorial, com o sector social como parceiro de excelência. O modelo assenta em distintas tipologias de respostas, a utilizar consoante a fase da própria evolução da dependência. Compreende cuidados de natureza preventiva, recuperadora e paliativa, e constitui um novo nível intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre o internamento hospitalar e os cuidados de base comunitária.

O terceiro objetivo central do programa do Governo consistia em assegurar boas contas no SNS.

As medidas de consolidação orçamental concentraram-se em dois capítulos da despesa que representam mais de um terço do respetivo gasto público: os medicamentos, tanto os vendidos nas farmácias, como os dispensados em hospitais e as convenções com meios complementares de diagnóstico e terapêutica celebradas entre o SNS e prestadores privados.

É nesta fase que foi criado o Alto Comissariado da Saúde (ACS), responsável pela implementação, monitorização e avaliação do PNS 2004-2010 (WHO 2010 a) e que se começa a reflectir sobre o próximo PNS para 2011-2016.

A **sétima e última fase** inicia-se em Maio de 2011 com o Memorando de Entendimento (ME) celebrado entre o Governo Português, a Comissão Europeia, o Banco Central Europeu e o Fundo Monetário Internacional sobre as medidas específicas de política económica que condicionavam a atribuição de ajuda externa a Portugal. O ME dedica quatro das suas trinta e três páginas à saúde.

O ME respeita o princípio da subsidiariedade em que se baseiam as relações entre Estados Membros e a União Europeia. Não contém nenhuma determinação sobre o modelo de organização dos serviços de saúde, a qual permanece responsabilidade plena do País. Mas não se limita a uma mera descrição das rubricas da atual despesa onde seja necessário gastar menos recursos públicos. Vai mais além, recomendando a prossecução de políticas já iniciadas como a criação de USF, a atualização e alargamento das taxas moderadoras, a empresarialização de pequenos e médios hospitais em centros hospitalares de gestão integrada ou mesmo única, e a prossecução da política de genéricos e de redução dos custos de distribuição dos medicamentos nas farmácias de venda a público, a criação de tectos às deduções fiscais dos gastos privados em Saúde, tal como era proposto no Relatório sobre a Sustentabilidade Financeira do SNS, bem como a reconversão da ADSE em uma entidade financiadora auto-sustentada (já recomendada no referido relatório) (Simões *et al* 2007).

O Programa do atual Governo defende um “*sistema*” universal e com tendencial gratuitidade, a continuação do processo de concessão da gestão de hospitais ao sector privado, a livre escolha de médico de família, reconhecida na lei que criou as unidades de saúde familiares, seria agora estimulada e as USF modelo C², também já previstas na lei, mas ainda por regulamentar, poderiam ser concessionadas aos sectores privado e social.

Na prática, a atuação do Governo tem-se focado na diminuição do gasto público em saúde, em particular na área do medicamento, na despesa hospitalar, nas convenções com o sector privado.

No **momento atual**, um artigo de opinião do Ministro da Saúde reconhece que “*uma sociedade saudável cria mais valor*” e que “*os resultados de saúde colocam o país num lugar cimeiro em comparações internacionais*”. Reconhecem-se as “*oportunidades de melhorar a eficiência do nosso sistema de saúde*”, evidenciadas pela “*assimetria de resultados . . . regiões (que) apresentam desempenhos que se afastam do padrão médio. Para o mesmo ato, encontramos preços diferentes. Para o mesmo regime profissional, deparamo-nos*”

² USF de modelo C é um modelo experimental que abrange as USF dos sectores social, cooperativo e privado, articuladas com o centro de saúde, mas sem qualquer dependência hierárquica deste, baseando a sua atividade num contrato-programa estabelecido com a ARS respetiva, através do departamento de contratualização, e sujeitas a controlo e avaliação externa desta ou de outras entidades autorizadas para o efeito, com a obrigatoriedade de obter a acreditação num horizonte máximo de três anos.

com variações inexplicáveis. Para o mesmo resultado, usamos meios e recursos muito diversos. A carência de informação fiável e atempada é um dos grandes problemas, dificulta e atrasa a tomada de decisão”. Isto trava a possibilidade do sector da saúde se tornar num “motor de desenvolvimento económico, gerador de emprego e exportação, competindo na criação de valor em diversas áreas ... na economia mundial”. Mantendo-se o compromisso da “universalidade do acesso compatibilizado com a solidariedade do financiamento” procura-se uma estratégia para o sector que corrija “as causas estruturais” das atuais ineficiências do SNS (Macedo 2012).

2. Ciclos de Gestão Estratégica em Portugal

O pensamento estratégico desenvolveu-se nos anos 60 e 70 do século XX, enquanto forma de estabelecer e projectar no tempo estratégias para aumentar a competitividade das empresas (Mintzberg 1994). Ao longo das últimas décadas, assistiu-se à sua evolução e desenvolvimento em várias correntes, distintas na forma como abordam o processo da sua formulação e implementação, tendo sido adotado na administração pública e por um vasto conjunto de organizações (Mintzberg *et al* 1998).

A gestão estratégica da saúde em Portugal, cada vez menos centrada no SNS e abrangendo o SSP em todas as suas partes constituintes, reconheceu até agora três ciclos que se sobrepueram a um número maior de ciclos políticos. O último destes ciclos está em curso e tem como ponto de partida a elaboração de um PNS que se estenderia até 2016, sobrepondo-se até ao momento, com dificuldade em se adaptar, a dois ciclos políticos muito distintos, sendo que o atual ciclo político traz para o sector da saúde o desafio de o alargar a um “complexo económico da saúde” de relevância internacional (Ferrinho *et al* 2007, Ferrinho *et al* 2012, Macedo 2012).

Saúde um Compromisso - Estratégia de Saúde para o Virar do Século (1998-2002) é um dos resultados visíveis do conjunto de reformas que marcaram o ciclo político iniciado nas eleições legislativas de 1995. Estabelecendo como missão do SSP a obtenção de ganhos em saúde, a Estratégia propõe uma nova política para o sector e visa ser “um quadro de referência nacional a partir do qual é necessário estabelecer prioridades regionais e locais, de acordo com cada situação específica” (DGS 1999, p. 25).

Focada nos principais problemas de saúde da população, o volume publicado apresenta objetivos gerais, metas a cinco anos, horizontes qualitativos a 10 anos e orientações de ação para lhes responder (Beja 2011). Um segundo volume com concretização dos indicadores para monitorização e avaliação das intervenções propostas não chegou a ser publicado.

Aquele que foi o primeiro ciclo de planeamento estratégico coincidiu, na sua quase totalidade, com um ciclo político que compreendeu dois governos da mesma força partidária. No entanto, e pese embora a sua abordagem inovadora, a Estratégia não recolheu, dentro destes Executivos, o consenso

político necessário à sua prossecução (Justo 2000), sendo abandonada pouco tempo depois da apresentação pública do documento final. No entanto, continuou a servir como guia informal de atuação das ARS e dos serviços de saúde (DGS 2002).

Em 2001, Craveiro e Ferrinho conduziram um estudo de carácter académico sobre este processo no qual analisaram as definições de planeamento estratégico de um conjunto de *stakeholders*. A diversidade de definições avançadas demonstra a ausência de consenso sobre o conceito, concluindo os autores que o planeamento estratégico era, ainda, um processo pouco familiar e relativamente desconhecido em Portugal (Craveiro e Ferrinho 2001).

Não existindo qualquer documento oficial de avaliação da Estratégia, é possível encontrar uma reflexão sobre diversos domínios por ela contemplados no relatório “Ganhos de saúde em Portugal: ponto de situação” do Diretor Geral de Saúde e Alto Comissário da Saúde (que era no momento um dos autores deste texto – JPM), apresentado como um contributo para verificar o estado de saúde do país e para dar “um pequeno passo de alerta sobre os assuntos que, mais detalhadamente, deverão ser aprofundados” (DGS 2002, p. 13) na avaliação final que se previa para 2003, e que se pretendia que alimentasse o ciclo de planeamento subsequente.

Em 2004 o **Plano Nacional de Saúde 2004-2010**, apresentado como alavanca com “orientações estratégicas destinadas a sustentar - política, técnica e financeiramente o Sistema Nacional de Saúde” (DGS 2004a, p. 13), assume continuidade com a Estratégia anterior, sendo balizado por um aprofundamento de conceitos teóricos (Sena *et al* 2006), pelo conhecimento existente sobre o processo de planeamento (Craveiro e Ferrinho 2001) e da situação da saúde (DGS 2002), por evidências e orientações veiculadas em publicações relevantes, elaboradas em mesas redondas de peritos (Carrolo *et al* 2004, WHO 2006) ou emitidas por organizações como a União Europeia, a OMS ou a OCDE, bem como por um amplo processo de consulta a organizações da sociedade civil (OSC), académicas e profissionais, a peritos individuais e através de um fórum nacional (em Lisboa) e três fóruns regionais de saúde (nas Regiões de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Algarve e Norte).

Este ciclo de planeamento foi orientado por um dos autores (JPM) e coordenado por um Secretariado Técnico dirigido por outro (PF) com base na Direcção Geral da Saúde (DGS). O ciclo, incluindo a sua implementação e parte da avaliação, prolongou-se de 2003 a 2010, período no qual o país atravessou dois ciclos políticos de diferente orientação, com três ministros da saúde, durante os quais o Plano foi implementado, monitorizado e submetido a avaliação, processo que serviu de base para se começar a reflectir sobre um novo ciclo (Beja 2011, WHO 2010a, WHO 2010b).

No Plano, o estado de saúde da população é descrito com os indicadores disponíveis, utilizados, juntamente com os resultados da consulta pública e dos debates preparatórios, para es-

tabelecer prioridades de intervenção. A resposta aos principais problemas de saúde identificados passou pela elaboração de Programas Nacionais (ou revisão dos existentes), com forte impacto nas estratégias de saúde das ARS e das Regiões Autónomas dos Açores e Madeira, tendo sido concretizados 22 dos 40 programas inicialmente previstos (WHO 2010a).

Em 2009, dando seguimento à decisão governamental para elaboração de um novo Plano “orientado no sentido de uma priorização clara das intervenções, com base na evidência acerca do que gera mais ganhos em saúde” (Governo de Portugal 2009), o Alto Comissariado da Saúde (ACS) deu início à construção do **PNS 2011-2016** (ACS 2010a (Beja 2011).

O processo de construção do PNS 2011-2016 começou por ser orientado por dois dos autores (JS e PF) apoiados por um Gabinete Técnico no ACS (onde se encontrava MC) e por vários peritos (incluindo ZH), gestores regionais e um Conselho Consultivo que incluía parceiros de vários quadrantes (todos os ministérios do governo, academia, fundações e outras OSC, sector privado, ordens, corporações e associações profissionais). No âmbito desta construção, foi implementado um Plano de Comunicação que incluiu, entre outros, a edição de um boletim em papel, *Pensar Saúde* (<http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2010/02/Boletim-Pensar-Saude-N%C2%BA01.pdf>), e uma forte aposta na produção de conteúdos para Web 2.0 – criação de uma *newsletter*, de um *Twitter* e de um *microsite* com funções de informação e repositório de toda a documentação produzida, aberto à sociedade civil para inserção de comentários, garantindo acessibilidade a informação e transparência de todo o processo (ACS 2010e).

Em meados de 2010 e depois de um ano de debates, fóruns, consultas, análises e reflexões colectivas e individuais, de recurso a dados nacionais e internacionais, a publicações sobre o sistema de saúde português e sobre a saúde dos portugueses e a apreciações internas e avaliações externas (WHO 2010 a e b), foi possível desenvolver uma reflexão substantiva sobre as orientações estratégicas necessárias para melhorar a saúde em Portugal no período entre 2011 e 2016. No início de 2011, a versão preliminar de alguns dos capítulos do novo Plano foi disponibilizada para consulta no *microsite* do PNS, tendo a discussão pública do documento sido ali anunciada em Junho do mesmo ano (ACS 2011, Beja 2011).

Com a extinção do ACS em 2011 e perante os desafios das novas orientações políticas do governo (Macedo 2012), a responsabilidade para a elaboração do PNS foi transferida para a DGS³ de uma forma inconclusiva e a função de avaliação do PNS é transferida para o Instituto Nacional de Saúde Dr Ricardo Jorge (INSA) (DL 124/2011).

Propunha-se que a implementação deste Plano fosse orientada por princípios de subsidiariedade, o que implicaria que as orientações estratégicas nacionais deveriam ser operacionalizadas pelas estruturas mais relevantes e com maior probabilidade de sucesso no SSP - atores do sector público, social e privado – a todos os níveis do sistema (ACS 2010a).

Assim, os objetivos estratégicos deveriam ser operacionalizados por estratégias regionais (alinhas com as nacionais) e estratégias locais (alinhas com as regionais), reflectindo uma lógica de cascata (Veillard *et al* 2010). Para cada objectivo deveriam ser especificadas metas, *smart*⁴, a adotar em reunião de consenso nacional. Essas metas deveriam ser tanto instrumentais como de impacto.

zados por estratégias regionais (alinhas com as nacionais) e estratégias locais (alinhas com as regionais), reflectindo uma lógica de cascata (Veillard *et al* 2010). Para cada objectivo deveriam ser especificadas metas, *smart*⁴, a adotar em reunião de consenso nacional. Essas metas deveriam ser tanto instrumentais como de impacto.

3. Interfaces da gestão estratégica com a observação em saúde e as práticas de avaliação

O percurso de recolha de dados sobre saúde, sua análise e utilização no SSP tem um trajeto muito semelhante ao de outros países.

Caracteriza-se inicialmente por um excesso de dados, um défice de análise e de reflexão e uma subutilização significativa por gestores e governantes. Estes, ou não têm acesso ou acedem com grande atraso à informação de maior relevância para a sua atividade de governação e/ou gestão.

A integração na União Europeia e o aparecimento progressivo de novos parceiros dos sectores privado e social, ao lado dos vários níveis de cuidados do SNS no financiamento e oferta de serviços, reforçam a percepção da necessidade de melhores circuitos de informação e de um diálogo reforçado.

A crescente complexidade das tecnologias de informação associada à informatização da recolha de dados sobre práticas profissionais e resultados em saúde, o desenvolvimento de instrumentos de colheita de dados (como o inquérito nacional de saúde, o ECOS⁵, os inquéritos aos centros de saúde e aos hospitais da DGS com o Instituto Nacional de Estatística) e a institucionalização da função de observação da saúde (inicialmente no Observatório Nacional de Saúde, mas desde 2007 uma função transversal a todos os departamentos do INSA; no Observatório dos Cuidados de Saúde Primários na Ordem dos Enfermeiros; no Observatório da Violência Sobre os Profissionais de Saúde na DGS; no Observatório Português de Sistemas de Saúde em várias instituições académicas, entre outros) abriu o caminho para se transitar de uma cultura de monitorização passiva para uma cultura de avaliação interativa, dialogante e continuada.

A cultura de monitorização foi ainda a dominante durante a maior parte do período de vigência do PNS 2004-2010. Para monitorizar o PNS 2004-2010 foram definidos 122 indicadores, dos quais 115 tinham metas *smart* associadas. Estes indicadores estavam organizados em 14 áreas de intervenção com base em *settings* e no ciclo de vida; 91 desses indicadores foram monitorizados. Os restantes não o foram por cons-

³ Fechando-se assim um ciclo que teve início com a criação do ACS em 2007 como mecanismo de acompanhamento do PNS e progressivamente com responsabilidades na definição da estratégia de saúde – que anteriormente tinha sido da responsabilidade da DGS.

⁴ SMART é a sigla de eSpecifico, Mensurável, Alcançável, Relevante, Temporalmente consignada.

⁵ Um projeto do INSA de observação da saúde através de entrevistas telefónicas a um painel de famílias portuguesas (ECOS=Em Casa Observamos a Saúde).

trangimentos vários, nomeadamente o facto de resultarem de inquéritos que não tiveram continuidade temporal, que sofreram alterações nas questões ou na própria metodologia (ACS2010b).

A monitorização do PNS foi da responsabilidade do ACS. Este organismo era igualmente responsável por coordenar a implementação plano e desenvolveu uma página *Web* para divulgar os indicadores de saúde, dotada de uma ferramenta que permite efectuar desagregações geográficas, etárias e por sexo dos resultados de cada um deles (ACS 2010b).

O sistema de monitorização implementado e a respetiva divulgação *online* dos indicadores assegurou a transparência e a credibilidade da informação recolhida (WHO 2010a). Apesar desta mais-valia, a permanente monitorização e informação não foram utilizadas para reorganizar ou redefinir ações e metas, mesmo quando se verificou que estas estavam desadequadas ou que já tinham, inclusive, sido alcançadas.

Esta monitorização do PNS 2004-2010 baseou-se numa abordagem funcionalista e racionalista (Sicotte *et al* 1998), onde o objetivo da informação foi o de verificar se o sistema tinha conseguido ou não atingir os objetivos, nada explicando sobre as razões subjacentes ao sucesso ou insucesso alcançado. O que despertou a consciência da necessidade de evoluir da situação de monitorização passiva de indicadores para uma observação abrangente da realidade em que se insere o SNS, refletindo o que tem vindo a ser realçado na literatura sobre o planeamento estratégico – e é já prática noutros países europeus (Bevan & Hood 2006, Fullop *et al* 2000) – e a gestão por objetivos como impulsionadores de uma profunda reflexão científica sobre medidas de desempenho e modelos de avaliação, incluindo os esforços empreendidos pelos governos para avaliar os efeitos das suas intervenções (Newcomer 1997, Hartz 1999).

Tal preocupação acabou por se refletir na criação de uma Comissão de Acompanhamento, nomeada em 2004 e reformulada em 2007, um órgão de natureza intersectorial que reuniu regularmente para fazer análise de temas relativos à saúde da população e à implementação do Plano, tendo ainda sido chamada a dar o seu contributo na avaliação do PNS e auscultada na fase preparatória do novo Plano (ACS 2010c, Beja 2011).

A Comissão funcionou de facto como um observatório não formal da gestão estratégica que se propunha para o SNS. Para essa observação recorreu a vários mecanismos de onde se destacam os Fóruns Nacionais de Saúde (ACS 2007, ACS 2009, ACS 2010d) e algumas tentativas de avaliação do sistema de saúde português pela DGS, pelo ACS e por algumas das entidades nela representadas, em paralelo com iniciativas não institucionalizadas que, ao longo dos anos, contribuíram para uma reflexão avaliativa do sistema de saúde (Biscaia *et al* 2006, Cabral e Alcântara 2009, Campos 2008, Campos e Simões 2011, Craveiro e Ferrinho 2001, Ferrinho *et al* 2006, Fronteira 2011, Justo 2000, Peteleiro *et al* 2004, Serrão *et al* 1998, Simões 2009, Simões e Dias 2010, assim como diver-

sos Relatório de Primavera do Observatório Português de Sistemas de Saúde - <http://www4.fe.uc.pt/opss/>).

Dando continuidade ao processo de auscultação e debate público lançado na preparação do PNS 2004-2010, que culminou no Fórum Nacional de Saúde realizado em Lisboa em Fevereiro de 2004, foram realizados mais três edições deste Fórum Nacional ao longo do ciclo estratégico de 2004-2010. Os Fóruns Nacionais de 2006 e 2009 centraram-se exclusivamente na implementação do Plano, procurando produzir recomendações para a sua revisão ou para novas estratégias a adotar (ACS 2007, ACS 2009). A edição de 2010 do Fórum Nacional de Saúde centrou-se na definição de prioridades para um novo Plano 2011-2016, tendo ainda por objectivo acompanhar, na sua reta final, a consecução do PNS 2004-2010 (ACS 2010d).

A OMS foi convidada a integrar encontros nacionais de reflexão sobre a estratégia nacional de saúde, com peritos da sua escolha que se deslocaram a Portugal (Carrolo *et al* 2004, WHO 2006). Foi ainda a OMS que, a convite do ACS, avaliou este ciclo de planeamento. Esta avaliação identificou:

- O PNS 2004-2010 como um referencial alargado e orientador para as atividades do sistema de saúde.
- A aceitação do PNS 2004-2010, na medida em que conseguiu um consenso alargado sobre as prioridades em saúde, o que lhe permitiu ser aprovado e manter-se em vigor ao longo de vários governos com valores ideológicos diferentes.
- O alcance de muitos dos objetivos e metas definidas tendo-se verificado uma melhoria substancial da saúde população.
- A melhoria dos indicadores de saúde e aproximação às médias europeias.
- O eventual comprometimento do desempenho do SNS no futuro, devido ao aumento de estilos de vida pouco saudáveis, dificuldades na sustentabilidade do sistema e existência de iniquidades em saúde.
- A reduzida articulação entre o PNS e os instrumentos de governação (por exemplo: contratualização, regulação, indicadores de desempenho), assim como ausência de definição de várias áreas de responsabilidade.
- Que o contexto no momento da avaliação exigia que o próximo PNS viesse a ser um plano forte e dirigido ao reforço do sistema de saúde, ao alcance de ganhos em saúde sustentáveis e à redução das iniquidades em saúde (WHO 2010a).

3.1 O novo PNS como oportunidade para a institucionalização da avaliação da saúde em Portugal

Reconheceu-se que um sistema único de informação em saúde – que de resto não existe em Portugal – não conseguiria, até 2016, corresponder às expectativas de todos os potenciais colaboradores na implementação de orientações estratégicas de âmbito nacional. Considerou-se, por isso, que as metas nacionais num próximo PNS seriam em número limitado.

As metas propostas deveriam permitir avaliar os resultados obtidos assim como monitorizar a implementação do Plano, devendo estar incorporadas numa base de dados abrangente, onde se incluiriam também metas mais específicas relacionadas com ganhos em saúde. Estes ganhos derivariam das mais diversas

perspetivas: múltiplos serviços, interesses das diferentes organizações da sociedade civil, indústria, academia, ordens e associações, etc. (http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2010/02/2010-03-05_PensarSaude_nr1-2.pdf). Os objectivos e metas deveriam ser estruturantes de um sistema de monitorização e avaliação que especificasse o quê, quem, como e quando recolher, introduzir, analisar e comunicar aos utilizadores e à comunidade antevendo as possíveis consequências para a continuação ou eventual correção da implementação da estratégia, como destacou a OMS: “*Commitments and processes for change should be linked into the plan. In order to be effective, the plan will have to integrate commitments and processes for change and ensure that an evaluation framework is in place and commensurate with the measures taken for implementing the plan*” (WHO 2010a).

O sistema de monitorização a implementar deveria corresponder a um processo de acompanhamento da execução das ações, tendo em vista a recolha de informação que fundamentasse e facilitasse a tomada de decisão face às ações a desenvolver ou alterar (Hartz e Ferrinho 2011).

Por sua vez a avaliação deveria, no próximo PNS, emergir como a institucionalização da sustentação metodológica para se obterem informações sobre a implementação e efetividade das estratégias de saúde – avaliação de desempenho e institucionalização da avaliação. Neste sentido, deveria vir a ser definida uma “*Política de avaliação de políticas*” – provavelmente pelo INSA no âmbito das competências que agora lhe são atribuídas por lei - que fosse considerada como um conjunto de orientações permitindo analisar a efectividade das acções desenvolvidas. A institucionalização da avaliação deveria também clarificar as responsabilidades dos implementadores, avaliadores e utilizadores, de modo a que possam vir a integrar as informações recolhidas nas ações a desenvolver.

O conceito de desempenho que se consideraria adequado para introduzir no próximo PNS referir-se-ia ao nível em que o sistema de saúde português alcança metas de impacto, se adapta e gera produtos de qualidade, mantendo ou criando novos valores e respetivos indicadores, operacionalizando-se assim os “4P”⁶ definidos por Mintzberg *et al*(2009) como as finalidades de uma estratégia.

O modelo de estimação/cálculos desses indicadores não é simples, não existindo consenso teórico sobre como atribuir relações de causalidade com os impactos ou efeitos objetivados no PNS. O desempenho avaliado é multidimensional, integrando eficácia, eficiência e efetividade. Para além destas dimensões, a avaliação deve ser um instrumento que permita aumentar a equidade no acesso e utilização dos serviços de saúde, a qualidade dos cuidados fornecidos, a cidadania e a implementação de políticas saudáveis. Neste sentido, a institucionalização da avaliação deve articular os valores, eixos e objetivos estratégicos com a monitorização de indicadores e de metas estabelecidas, tendo em vista a implementação de uma gestão comprometida com resultados e ganhos em saúde (Hartz e Ferrinho 2011).

Assim, considera-se que uma proposta de avaliação para o próximo PNS deveria caracterizar-se pela implementação de uma cultura avaliativa, tantas vezes referida como estando em falta no

contexto português. Para tal, é necessário considerar um modelo de avaliação de desempenho que se associe a um modelo de avaliação de resultados, combinando informação normativa e pesquisa avaliativa, triangulando quantitativos e qualitativos que permitam superar as limitações e dificuldades associadas à utilização exclusiva de cada tipologia de avaliação (Hartz e Ferrinho 2011).

4. Apoios teóricos no percurso a fazer

O percurso avaliativo em Portugal não foi planeado: vai-se fazendo, fazendo. Tem tido pouca reflexão teórica.

No resto do mundo, a temática da avaliação tem vindo a tornar-se pertinente, devido à preocupação com a participação de múltiplos atores, com os custos e sustentabilidade dos sistemas de saúde e as necessidades cada vez mais exigentes deste sector. A avaliação surge como um meio de recolher e analisar informações sobre a efetividade dos sistemas de saúde, sendo um procedimento relevante para refletir e tomar decisões sobre as atividades desenvolvidas e a afetação de recursos (Hartz e Ferrinho 2011). O crescente interesse pela avaliação permitiu o aparecimento de uma grande diversidade de estudos centrados na validação da sua qualidade, dando origem à emissão de *guidelines* e ao aparecimento de Sociedades de Avaliação com a responsabilidade de estudar e desenvolver conhecimento nesta área (Hartz 2006).

Tradicionalmente, a utilidade da avaliação tem sido limitada por falta de clareza quanto ao conceito de desempenho, nomeadamente concepções inadequadas e simplistas de avaliação centradas sobretudo na análise do alcance das metas obtidas e nas confusões existentes entre monitorização e avaliação. O processo de monitorização consiste no acompanhamento das ações desenvolvidas e implementadas ao longo do tempo. A avaliação, por sua vez, consiste num julgamento de valor sobre uma intervenção, fornecendo informações cientificamente válidas e úteis para a própria intervenção e para a gestão (Hartz e Ferrinho 2011).

Contandriopoulos (2006) refere que a credibilidade da avaliação

⁶ Segundo Mintzberg, uma estratégia define: (i) **Percepção** do papel que queremos assumir num mercado (regulador do sistema, dinamizador de políticas saudáveis, financiador, produtor de recursos e prestador de serviços) e da forma como nos queremos relacionar com os cidadãos no nosso sistema social de referência; (ii) **Produtos/ofertas** (serviços, fármacos e outras tecnologias, materiais informacionais, etc.) que queremos colocar no (ou retirar do) mercado da saúde, a nossa área de negócio, produtos/ofertas essas que devem fazer a diferença em termos de ganhos em saúde que são definidos através de metas, *smart*; (iii) **Padrão de desempenho** que ambicionamos em termos de segurança dos doentes e qualidade do sistema de saúde e das suas unidades sanitárias assim como em termos de outros padrões relacionados, por exemplo, com o acesso e a equidade; e (iv) **Planos** e outros documentos orientadores, das operações, onde são apresentados valores e princípios orientadores, missão, visão, diagnóstico da situação, intervenções, responsáveis, recursos e calendário. A definição destes “**4Ps**” é um procedimento complexo, procedimento esse que vale só por si enquanto conducente a: (i) Um processo activamente **participado** por um grande número de cidadãos, mobilizador de todos os quadrantes da sociedade; (ii) Ganhos em **conhecimento** sobre o sistema de saúde e a saúde e seus determinantes em Portugal e difusão dessa informação de uma forma generalizada e direccionada; (iii) Obtenção de **consensos** e legitimação da visão estratégica proposta; e (iv) Clarificação das áreas **prioritárias** em termos de concentração de recursos através de, por exemplo, processos de contratualização (Simões e Ferrinho 2010).

depende da capacidade de produzir informação coerente para todos os sujeitos envolvidos numa intervenção. É necessário que as instâncias de decisão, às quais a avaliação se destina, possam participar e utilizar as informações produzidas, o que justifica a indicação de uma abordagem contextualizada, co-produzida ou participada e utilitária da avaliação.

Nesta perspetiva, Denis e Champagne (1997) apresentam as vantagens de uma avaliação orientada por um modelo teórico de desempenho, sendo este entendido como o nível em que os sistemas de saúde cumprem os objetivos e as metas estabelecidas. Esta avaliação permite explicitar o “como” e o “porquê” das políticas, estratégias ou programas terem determinada orientação e impacto em grupos populacionais específicos. Desta forma é possível clarificar o para quê, para quem e como é implementada determinada política, estratégia ou programa. O carácter utilitário desta avaliação relaciona-se com a análise da adequação entre o conteúdo da política ou estratégia e o contexto de utilização, permitindo efetuar reorientações em direção aos objetivos previstos. A avaliação de desempenho apresenta um carácter complexo e reflexivo: complexo porque valoriza a influência de múltiplos fatores, nomeadamente contextuais, e reflexivo porque promove a discussão sobre a implementação no terreno de uma determinada política. Neste sentido, considera-se que a avaliação deve funcionar como um sistema de *feedback* entre o meio e a política ou estratégia, sendo tanto mais relevante quanto mais útil for a informação que produz. A avaliação assim conceptualizada permite melhorar a implementação da estratégia e o cumprimento dos objetivos estabelecidos.

O modelo de Denis e Champagne (1997) (*EGIPSS-Evaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systemes de Santé*) está orientado para melhorar, de forma contínua, o desempenho e a governança em saúde (Côrtes 2005), segundo uma visão ampla das funções que devem ser desempenhadas pelas organizações no contexto onde se inserem (Sicotte *et al* 1998).

O EGIPSS admite que existem vários modelos conceptuais de avaliação de desempenho e que cada um possui uma compreensão particular de como as organizações funcionam, valorizando determinados critérios, valores, responsabilidades e preferências de determinados grupos de interesse. Por exemplo, o modelo racional de avaliação de desempenho baseia-se unicamente em metas e pressupõe que uma organização tem um bom desempenho quando alcança essas mesmas metas. Por sua vez, o modelo baseado na aquisição de recursos remete para a capacidade de inovação, transformação e adaptação à mudança. No caso do modelo EGIPSS, vários autores defendem que nem sempre as organizações conseguem alcançar bom desempenho em todas as dimensões (Contandriopoulos 2008, Champagne & Contandriopoulos 2010). Assim sendo, este modelo permite várias abordagens considerando as organizações de saúde como “sistemas de acção” que devem operacionalizar quatro funções interdependentes (Hartz e Ferrinho 2011):

- Alcançar metas de impacto relacionadas com a capacidade da organização para cumprir a sua missão (avaliar o estado de saúde, monitorizar a manutenção e a melhoria da saúde). Os

indicadores utilizados permitem monitorizar a efetividade: (a) redução da duração, intensidade e consequências dos problemas de saúde; (b) promoção da saúde e prevenção de doenças; (c) satisfação da população; (d) equidade.

- Desenvolver a capacidade de adaptação relacionada com a potencialidade para obter e controlar os recursos que necessita (financeiros, humanos e outros), de inovar para dar resposta às necessidades da população, assim como atrair novos clientes e mobilizar a comunidade. O desempenho desta função numa organização depende da sensibilidade dos decisores em aproveitar as oportunidades à medida que estas surgem nos meios científico, técnico, clínico, político e social.

- Produzir produtos de qualidade. Esta função relaciona-se com a produtividade dos envolvidos na prestação de serviços e refere-se ao volume de cuidados, atividades, intensidade, qualidade dos cuidados, coordenação e continuidade dos serviços, interação entre a dimensão clínica e administrativa.

- Desenvolver novos valores, nomeadamente relacionados com a capacidade de uma organização para facilitar ou dificultar o exercício das 3 funções anteriores. Nestes casos os sistemas de saúde são caracterizados por 3 valores fundamentais: universalidade, equidade e liberdade.

O modelo apresentado descreve estas quatro funções genéricas, considerando que a natureza dinâmica do desempenho resulta dos diversos equilíbrios que se estabelecem entre as funções enunciadas (Figura 1) (Hartz e Ferrinho 2011):

- Equilíbrio “estratégico”, decorrendo da função de adaptação e realização de metas de impacto;

- Equilíbrio “tático”, dependendo da capacidade dos mecanismos de produção para apoiar a realização das metas;

- Equilíbrio “operacional”, interligando o impacto da produção sobre o clima organizacional;

- Equilíbrio “contextual”, situando-se entre a manutenção de valores e a capacidade de adaptação organizacional;

- Equilíbrio de ‘afecção’, dependendo da compatibilidade entre os meios de que dispõem os diversos serviços ou ramos de uma organização e a produção;

- Equilíbrio de ‘legitimidade’, entre a manutenção de valores e a realização de metas e está relacionado com a capacidade dos mecanismos contribuírem para a realização das metas, reforçando os valores considerados socialmente desejáveis.

No modelo EGIPSS, o desempenho deve ser observado enquanto inserido numa rede de interações que contribuem para um maior desempenho do sistema. Este modelo possui a vantagem de permitir integrar tanto a abordagem racionalista, centrada nas metas, como o modelo de produção de recursos, centrado na produtividade; o modelo de relações humanas, que considera a qualidade do contexto social; o modelo zero defeito, onde a organização tem bom desempenho se não cometer erros; e o modelo comparativo, segundo o qual a organização tem um bom desempenho se for considerada melhor que as semelhantes (Contandriopoulos 2008).

As características intrínsecas, as dificuldades sentidas e as críticas enunciadas à avaliação levaram a que os avaliadores combinas-

sem várias tipologias de avaliação e diferentes tipos informação, quantitativa e qualitativa, em função dos objetivos pretendidos (Riggin 1997, Hartz e Ferrinho 2011). Este ‘ecumenismo metodológico’, em função dos objetivos, apela a uma ‘triangulação’. Esta triangulação não se caracteriza pela multiplicação de pontos de vista, nem garante em si mesma uma melhor validade (Hartz e Ferrinho 2011), pois não é a justaposição ou a multiplicação de instrumentos, mas sim integração dos resultados pelo investigador em torno da lógica de um modelo teórico comum que constitui a prova da qualidade de uma investigação multi-métodos. O conhecimento assim obtido é mais extenso e aprofundado pela maior diversidade de informações recolhidas e a validade destas deriva da profundidade do estudo e da sua coerência e adequação face ao modelo teórico subjacente. Neste caso, os critérios para combinação da informação são fornecidos pelos conceitos e teorias que suportam a investigação (Minayo 2005). Esta abordagem reflete a noção de «pragmatismo teórico» evocada por Datta (1997), em que o foco primário são os resultados a obter com os métodos escolhidos e não as bases epistemológicas dos quais emergiram. O termo

«pragmático» corresponde a opções metodológicas que sejam práticas (operacionais), contextualizadas (considerando oportunidades e limites da situação em que emerge a discussão) e surjam como consequências no modelo conceptual e nos padrões escolhidos (Hartz e Ferrinho 2011).

Para além destas preocupações existe a necessidade de assegurar qualidade da avaliação, tendo o norte-americano “Centers for Disease Control and Prevention” (CDC) desenvolvido um conjunto de quatro padrões que permitem assegurar a qualidade da avaliação: utilidade (a avaliação é reconhecida como útil e as informações recolhidas respondem às necessidades); exequibilidade (avaliação é exequível); propriedade (avaliação respeita os princípios éticos); precisão (a informação recolhida é precisa e adequada às necessidades, as conclusões são justificadas e o conhecimento é partilhado) (CDC 2005, Hartz 2006).

A complexidade inerente à avaliação exige que esta não seja *ad hoc*, mas que resulte de uma ação planeada e de carácter institucional. Num estudo recente o *Health and Human Services’ Center for Disease Control and Prevention* reconheceu que a localização “óptima” das unidades de avaliação varia com as circunstâncias e seus propósitos, mas sugere que “... *higher organizational levels conducted a wider range of analytic activities, consulted more formally with program offices...*” (GAO 2011). Neste sentido, e dependendo do que se quer avaliar, deverão existir instâncias de avaliação

a todos os níveis do sistema de saúde (Hartz e Ferrinho 2011). A institucionalização da avaliação a nível nacional, regional ou local, significa integrá-la no sistema organizacional, onde tenha capacidade para influenciar o comportamento da organização orientando-o para a acção e para o cumprimento dos objetivos. Desta forma a avaliação estabelece necessariamente a articulação entre as actividades analíticas e as de gestão. Para que tal seja possível é necessário desenvolver uma “política de avaliação para avaliação das políticas” e implementar uma cultura avaliativa. A implementação desta cultura avaliativa tem como consequência a integração da avaliação nas operações e rotinas de uma organi-

zação ou sistema social (*mainstreaming evaluation*), tendo como principal determinante o fortalecimento da capacidade de avaliação de todos os atores envolvidos através de processos formais e continuados de aprendizagem (Hartz e Ferrinho 2011). Este aspeto permite caracterizar a organização como uma organização de aprendizagem (Felisberto *et al* 2010). Nesta perspetiva, uma cultura avaliativa frágil ou inexistente será o oposto de uma organização de aprendizagem na qual os erros e falhas, resultantes de inovações ou experimentação com vista

a melhores resultados, não são punidos, mas sim considerados como momentos de aprendizagem (Mayne 2010).

Associado a esta conceção da avaliação, como um meio efetivo e reflexivo de informação, e ao conceito de organização de aprendizagem surge o conceito de Políticas Adaptativas. As políticas assim consideradas apresentam capacidade de se adaptarem a situações complexas típicas de contextos imprevisíveis, como é o caso da saúde, não descuidando os objetivos a alcançar. As políticas adaptativas têm associado um conjunto de indicadores-chave que devem ser monitorizados de modo a permitirem a identificação de desvios face aos objetivos e a introduzirem ajustamentos automáticos em direcção aos resultados pretendidos. Pela sua natureza as políticas adaptativas procuram implementar rotinas de avaliação e fomentar o princípio da aprendizagem permanente, desenvolvendo respostas alternativas às políticas em curso (Biscaia 2010).

A base do modelo de avaliação proposto para o novo PNS deveria assentar nesta cultura avaliativa, caracterizada pela existência de uma política de avaliação, reconhecida pelos atores do sistema de saúde como parte integrante do seu dia-a-dia e como elemento capaz de produzir informação com potencial para reorganizar as intervenções em direcção aos resultados esperados. Esta característica permitiria cumprir, assim, as recomendações da OMS (WHO 2010a).

Dimensões e sub-dimensões do desempenho do modelo integrador e configuracional EGIPSS

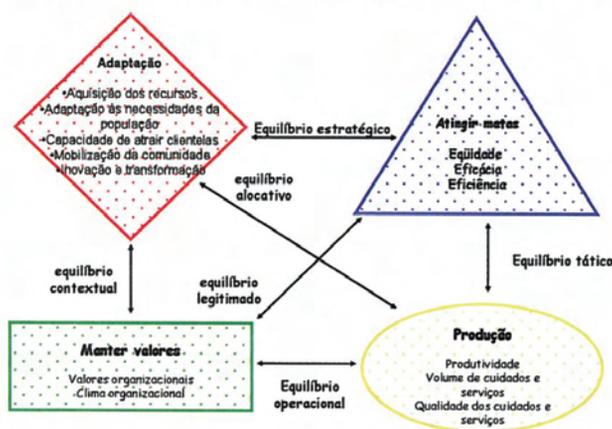


Fig. 1 - MODELO EGIPSS Fonte: Contandriopoulos (2008)

5. Conclusão

Este texto pretendeu refletir sobre a atual conjuntura e um conjunto de conceitos pertinentes para a consolidação da avaliação nas propostas de gestão estratégica da saúde em Portugal. Para tal, traça-se um breve cenário da evolução do sistema de saúde português, detendo-se com especial atenção nos três ciclos de gestão estratégica que este conheceu, coincidentes com a criação da Estratégia de Saúde para o Virar do Século (1998-2002), a elaboração, implementação e avaliação do PNS 2004-2010 e a fase preparatória do PNS 2011-2016.

Apesar das diferenças de conceção, a concretização das orientações político-ideológicas que enquadram a política de saúde que está por detrás dos três documentos traduz-se numa perspetiva comum de obtenção de Ganhos em Saúde, espelhando a evolução e maturação da sociedade portuguesa e do próprio SNS (Beja 2011).

Os três documentos propõem uma visão e direção para o sistema de saúde, identificando-se uma linha de continuidade indiciadora de consistência associada ao planeamento. Partem do conhecimento existente sobre a saúde da população para consensualizar prioridades, procuram ter em conta as características, necessidades e recursos do sistema de saúde e são alinhados com a evidência, orientações e boas práticas internacionais. Estas características, bem como a integração de múltiplos atores no planeamento, refletem uma preocupação de ancorar estes processos na realidade e contextos em que decorram.

Considera-se que a revisão de literatura, a reflexão sobre os conceitos apresentados e sobre os três ciclos de estratégias de saúde e a análise do que em Portugal se observa sobre saúde e o que se tem avaliado, e como se tem avaliado, no setor fornece potenciais contributos à institucionalização da avaliação do próximo PNS e à implementação de uma cultura avaliativa no sistema português (Hartz e Ferrinho 2011). A importância destes dois aspetos foi salientada e recomendada em relatórios da OMS (WHO 2010a e b).

Bibliografia

ACS – Alto Comissariado da Saúde (2007). Fórum Nacional de Saúde: Implementação do Plano Nacional de Saúde - Parte I - Implementação do PNS. [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em: <<http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/blogs.dir/1/files/2008/05/forumnacionalsaude1.pdf>> [Acedido em 27 de Abril de 2012].

ACS – Alto Comissariado da Saúde (2009). Conclusões do II Fórum Nacional de Saúde – Para um Futuro com Saúde. [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em <<http://www.acs.min-saude.pt/2009/01/20/iifns/>> [Acedido em 27 de Abril de 2012].

ACS - Alto Comissariado da Saúde (2010a). Plano Nacional de Saúde 2011-2016. [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em <<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/>> [Acedido em 04 de Maio de 2012].

ACS - Alto Comissariado da Saúde (2010b). Atlas do Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.

ACS - Alto Comissariado da Saúde (2010c). Repositório *online* de Actividades da Comissão de Acompanhamento 2004-2010. [Internet] Disponível em: <<http://www.acs.min-saude.pt/plano-nacional-de-saude/comissao-de-acompanhamento>> [Acedido em 27 de Abril de 2012].

ACS - Alto Comissariado da Saúde (2010d). Repositório online do III Fórum Nacional de Saúde. [Internet] Disponível em: <<http://www.acs.min-saude.pt/plano-nacional-de-saude/fns>> [Acedido em 27 de Abril de 2012].

Os indicadores de saúde apresentam uma elevada relevância enquanto elementos que fornecem informação e que se podem constituir como facilitadores das mudanças organizacionais, pois possuem capacidade de convencer os que decidem e os que executam, assim como de mobilizar a população para o alcance das prioridades nacionais. Para que todos estes aspetos ocorram é necessária a institucionalização da avaliação por parte das estruturas governamentais e a implementação de instâncias avaliativas capazes de fomentar a informação para a tomada de decisão.

É já consensual que as políticas públicas devem ser acompanhadas de avaliações sistemáticas, enquanto procedimentos institucionais, adaptando-se continuamente em função dos resultados e recomendações fornecidas. A avaliação reveste-se assim de um carácter utilitário, sendo necessário questionar a capacidade desta para produzir as informações e julgamentos que permitam melhorar o desempenho dos sistemas de saúde (meta-avaliação) e as políticas implementadas.

O modelo de avaliação recomendado para o próximo PNS tem vindo a ser testado na Europa (Bélgica, França, Suíça), em África (Marrocos, Senegal, Tunísia e nas Américas (Brasil, Québec). Reforçaria a intenção de contemplar a institucionalização da avaliação, articular valores, orientações e objetivos estratégicos com a monitorização de indicadores e de metas, através do envolvimento e responsabilidade de todos na obtenção de ganhos em saúde. Para que a institucionalização da avaliação venha a decorrer com sucesso será necessário uma maior consciencialização dos benefícios e vantagens da avaliação e a sua incorporação nas estruturas governamentais, considerando sempre o desenvolvimento de parcerias com outros sectores responsáveis pela obtenção de ganhos em saúde. Esta integração da avaliação nas estruturas governamentais – em particular no INSA e na ERS – será expressão vibrante da existência de uma política de avaliação (Hartz e Ferrinho, 2011).

ACS – Alto Comissariado da Saúde (2010e) Relatório Síntese das Actividades do Grupo de Projecto do Plano Nacional de Saúde: Julho de 2010 [Internet] Lisboa, ACS. Disponível em <<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/08/rjulho3.pdf>> [Acedido em 5 de Maio de 2012]

ACS – Alto Comissariado da Saúde (2011) Anúncio da Discussão Pública do PNS 2011-2016. Microsite PNS [Internet] 04/06/2011. Disponível em <<http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/2011/06/04/pns-disc/>> [Acedido em 07 de Novembro de 2011]

Beja A, (2011). Problemas de saúde nos países desenvolvidos e planeamento estratégico: evolução das políticas e estratégias de prevenção e combate à pré-obesidade e obesidade infantil e dos jovens em Portugal [Dissertação]. Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa; Mestrado em Saúde e Desenvolvimento.

Bevan G, Hood C (2006). Have targets improved performance in the English NHS? *British Medical Journal*; 332 (7538); 419-422.

Biscaia AR. (2010). Satisfação no Trabalho dos Médicos de Família dos Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z (2011). Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Centros de Saúde Portugueses. [Tese]. Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa; 489 p. Doutoramento em Saúde Internacional – Políticas de saúde e desenvolvimento.

Biscaia A, Nunes Martins J, Carreira MF, Fronteira Gonçalves I, Antunes AR, Ferrinho P (2008). Cuidados de Saúde Primários em Portugal - Reformar para Novos Sucessos (Gran-

- de Prémio Fundação AstraZeneca 2005). 2a edição. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Cabral MV & Alcântara P (2009). O estado da saúde em Portugal. Lisboa: ISC.
- Campos AC (2008). Reformas da Saúde: Um fio condutor. Coimbra: Almedina.
- Campos AC e Simões J (2011). O Percurso da Saúde: Portugal na Europa. Lisboa: Almedina.
- Carrolo M, Ferrinho P, Pereira Miguel J (rapporteurs) (2004). Consultation on Strategic Health Planning in Portugal, WHO-Portugal Round Table, 28th and 29th of July 2003, Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- CDC - Centers for Disease Control and Prevention (2005). Introduction to program evaluation for public health programs: A self-study guide. [Internet] Disponível em: <www.cdc.gov/eval> [Acedido em 27 de Abril de 2012].
- Champagne F, Contandriopoulos AP (2010). Elementos de arquitetura dos sistemas de avaliação do desempenho dos serviços de saúde, p 297-324, in AP Contandriopoulos, ZMA Hartz, M Gerber, A Nguyen, Saúde e Cidadania, São Paulo, Editora Saberes.
- Conceição C, Lima C., Ferrinho P (2007). Reforming the Portuguese Health Services System: Key Human Resources for Health Issues. Cahiers de Sociologie et Démographie médicales, vol.47 (3):241-257.
- Contandriopoulos AP (2006). Avaliando a Institucionalização da Avaliação. Ciência & Saúde Coletiva; 11(3): 705-712.
- Contandriopoulos AP, Trottier L-H, Champagne F (2008). Improving performance: a key issue for Quebec's health and social services centres. Infoletter; 5(2): 2-6.
- Cortês SMV (2005). Céticos e Esperançosos: Perspectivas da Literatura Sobre Participação e Governança. Porto Alegre: PPG Sociologia –UFRGS.
- Craveiro I, Ferrinho P (2001). Planear estrategicamente: a prática no SNS. Revista Portuguesa de Saúde Pública; 19 (2): 27-37.
- Datta L-e (1997). A pragmatic basis for mixed-method designs. New Directions for Evaluation; 74: 33-46.
- Datta L-e (1997b). Multimethod evaluations. Using casestudies together, p. 344-359. In E Chelimski & WR Shadish (orgs.). Evaluation for the 21st Century. Thousand Oaks, CA.
- Denis JL, Champagne F (1997). Análise da Implantação. In Hartz, Z. M. A. (ed.). Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 1997.
- DGS – Direcção-Geral de Saúde (1999). Saúde um Compromisso. A Estratégia de Saúde para o Virar do Século (1998-2002). Lisboa: Ministério da Saúde.
- DGS – Direcção-Geral de Saúde (2002). Ganhos de saúde em Portugal: ponto de situação (Relatório do Director Geral e Alto Comissário da Saúde). Lisboa: DGS.
- DGS – Direcção-Geral de Saúde (2004a). Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos, Vol. I: Prioridades. Lisboa: DGS.
- DGS – Direcção-Geral de Saúde (2004b). Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos, Vol. II: Orientações estratégicas. Lisboa: DGS.
- Felisberto E, Freese E, Bezerra LC, Alves CK, Samico I (2010). Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. Cadernos de Saúde Pública; 26(6): 1079-1095.
- Ferreira, FAG (1990). História da Saúde e dos Serviços de Saúde em Portugal. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ferrinho P, Conceição C, Biscaia A, Fronteira I, Antunes A (2006). Sixty years of reform in the Portuguese health system: what is the situation with regard to decentralisation? Viewpoint. Revue Française des Affaires Sociales ; 60 (2-3) : 297-312.
- Ferrinho P, Fronteira I, Miguel JP (2007). A importância estratégica e económica da saúde e implicações para investimentos a médio e longo prazo in Investir em Saúde – Contributo dos Fundos Estruturais Comunitários em Portugal no Sector da Saúde. Lisboa: Programa Operacional Saúde XXI. 2007.
- Filho CG, Trempe N (coord.) (2008). Avaliação de desempenho do sistema de atenção às urgências do estado de Goiás. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.
- Fulop N, Elston J, Hensher M, Mckee M, Walters R (2000). Lessons for health strategies in Europe. The evaluation of a national health strategy in England. European Journal of Public Health; 10: 11-17.
- GAO - Government Accountability Office (2011). Program Evaluation. Highlights. GAO-11-176.
- Governo de Portugal (2009). III - Saúde: um valor para todos in Programa do XVIII Governo. [Internet] Lisboa: Governo de Portugal. Disponível em <http://www.portugal.gov.pt/pt/o-governo/arquivo-historico/governos-constitucionais/gc18/programa-do-governo/programa-do-governo-constitucional-18.aspx> [Acedido em 29 de Abril de 2012].
- Hartz ZA, Ferrinho P (2011): Avaliação de desempenho dos sistemas de saúde: um contributo para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. in A Nova Saúde Pública. A Saúde Pública da Era do Conhecimento – Livro de homenagem a Constantino Sakellarides Lisboa: Gradiva
- Hartz ZA (1999). Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. Ciência & Saúde Coletiva; 4(2): 341-353.
- Hartz ZA (2006). Princípios e Padrões em Meta-avaliação: directrizes para os programas de saúde. Ciência e Saúde Coletiva; 11 (33): 733-738.
- Justo C (2000). O estado das coisas de Estado: Políticas de Saúde em Portugal. Porto: Campo das Letras.
- Macedo PM de (2012). Um investimento estratégico nacional. Artigo de opinião do Ministro da Saúde no Jornal Expresso de 6 de Abril de 2012. Lisboa.
- Mayne J (2010). Building an evaluative culture: the key of effective evaluation and results management. CJPE; 24(2): 1-30.
- Minayo MCS, Assis SG, Souza ER (org) (2005). Avaliação por triangulação de métodos. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz.
- Mintzberg H, Ahlstrand B, Lampel J (1998). Strategy Safari: A Guided Tour through the Wilds of Strategic Management. New York :The Free Press.
- Mintzberg H. (1994). The Fall and Rise of Strategic Planning. Harvard Business Review. [Internet] 01 de Janeiro de 1994, pp. 107-114. Disponível em: <http://leaders.dal.ca/uploads/document/fall-rise-of-strategic-planning_72538.pdf> [Acedido em 27 de Abril de 2012].
- Mintzberg H, Ahlstrand B, Lampel JB (2009). Strategy Safari: your complete guide through the wilds of strategic management. NY: Prentice Hall.
- Newcomer KE (1997). Using performance measurement to improve public and non-profit programs. New Directions for Evaluation; 75: 1-14.
- Oliveira DDPR de (2010). Planejamento Estratégico. Conceito, Metodologia, Práticas. São Paulo: Editora Atlas.
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2010): Desafios em tempos de crise - Relatório de Primavera 2010 [Internet] Lisboa, OPSS. Disponível em: <http://www.observaport.org/rp2010> [Acedido em 10 de Maio de 2012]
- Pereira LF (2005). A Reforma Estrutural da Saúde 2002-2005 e a visão estratégica para o futuro. Lisboa.
- Peteleiro M, Marques R, Galhardo T (2004). Uma análise crítica das orientações estratégicas / O Plano Nacional de Saúde Português. [Internet] Lisboa: OPSS. Disponível em: <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/Plano-Nacional-de-Saude.pdf> [Acedido em 12 de Abril de 2012].
- Riggin LJC (1997). Advances in mixed-method evaluation: a synthesis and comment. New Direction for Evaluation; 74 Summer: 87-94.
- Sena C, Ferrinho P, Miguel JP (2006). Planos e programas de saúde em Portugal: questões metodológicas e macroanálise dos programas nacionais. Revista Portuguesa de Saúde Pública; 24 (1): 5-19
- Serrão D, Abrantes A, Veloso AB, Oliveira G, Moreira JM, Delgado M, Sousa MD. Reflexão sobre a saúde: recomendações para uma reforma estrutural. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Sicotte *et al.*, 1998. cit in Avaliação de desempenho do sistema de atenção às urgências do estado de Goiás. Filho CG, Trempe N (coord.) (2008). Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.
- Simões J. (2009). Retrato Político da Saúde - dependência do percurso e inovação em Saúde: da ideologia ao desempenho. Coimbra: Edições Almedina.
- Simões J *et al* 2007. Relatório final da Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do Serviço Nacional de Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Simões J, Dias A (2010). Políticas e Governação em Saúde. Simões J (coord) In 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde - Um Percurso Comentado. Coimbra: Almedina 2010.
- Simões J, Ferrinho P (2010). Porquê planear estratégias para a saúde? Boletim Pensar Saúde; 1; 1. Acedido em http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2010/02/2010-03-05_PensarSaude_nr1-2.pdf a 14.05.2012.
- Simões J, Ferrinho P, Naumann R (coord), Fronteira I (2011). Reformar os Sistemas de Saúde no contexto de reestruturação do Estado providência. Lisboa: Fundação Friedrich Ebert.
- Veillard J, Huynh T, Ardal S, Kadandal S, Klazinga NS, Brown AD 2010. Making health system performance measurement useful to policy makers: aligning strategies, measurement and local health system accountability in Ontario. Health Care Policy; 5(3); 49-65.
- WHO - World Health Organization (2006). Portugal – WHO round table consultation on the Implementation of the National Health Plan. [Internet] Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Disponível em: <http://www.euro.who.int/document/e90146.pdf>.
- WHO - World Health Organization (2010a). Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004–2010). Copenhagen: WHO.
- WHO - World Health Organization (2010b). Portugal Health System Performance Assessment. Copenhagen: WHO.