

Avaliação de desempenho da regulação em saúde

Performance evaluation of health regulation

Tatiana Aragão Figueiredo

Instituto de Tecnologia em Fármacos, Farmanguinhos, Fiocruz

Zulmira M. A. Hartz

Professora Catedrática Convidada do Instituto de Higiene e Medicina Tropical.
Universidade Nova de Lisboa, Portugal

Resumo

A regulação em saúde vai além da regulação de mercado, passando pelo acesso dos usuários aos serviços de saúde. Neste cenário, em que o Estado executa certas ações e serviços, mas convive com ações realizadas por particulares, destaca-se a necessidade em apurar os resultados e o impacto desta regulação. O presente trabalho objetiva apresentar conceitos, modelos e estratégias acerca da regulação em saúde e discutir proposta de avaliação de desempenho frente às particularidades do setor. A regulação em saúde apresenta complexos desafios, principalmente relacionados à eficiência, bem como a normativa relativa à equidade. O desempenho é definido em relação ao cumprimento de objetivos e funções das organizações, o que é particularmente um desafio para a avaliação do desempenho da regulação em questão, uma vez que a mesma apresenta objetivos e metas diversas. Ademais, pelo mesmo facto da regulação em saúde não ser como a regulação da economia, não se pode aplicar modelos de avaliação oriundos destes mercados. A relação causa-efeito não se aplica, principalmente devido à própria natureza do trabalho em saúde, devendo-se ainda, considerar fatores políticos e sociais, para além dos técnicos e mercadológicos. Desta forma, cabe reflexão acerca da adaptação dos modelos já existentes para avaliação de desempenho dos serviços e sistemas de saúde.

Palavras Chave:

Regulação e fiscalização em saúde, avaliação de desempenho, avaliação em saúde, sistemas de saúde.

Abstract

Health regulation is more than market regulation, because includes user access to health services. In this scenario, where the State performs certain actions and services, but lives with actions executed by private, it is necessary to highlight the results and the impact of this regulation. The present work aims to introduce concepts, models and strategies about health regulation and discuss proposal of performance evaluation including the particularities of this sector. Health regulation presents complex challenges, mainly related to efficiency, as well as the norms related to equity. The performance is defined like the fulfillment of the objectives and functions by the organizations, which is particularly a challenge for the performance evaluation of health regulation, since it presents diverse objectives and goals. Moreover, due to the fact that health regulation is not like the regulation of the economy, it is not possible to apply valuation models from these markets. The cause-effect relationship does not apply, mainly due to the nature of health work, and because performance evaluation of health regulation need consider political and social factors, besides technical and marketing. Thus, there is a reflection on the adaptation of the existing performance evaluation models of health services and systems.

Key Words:

Health care coordination and monitoring, performance evaluation, health evaluation, health system.

Introdução

A teoria económica clássica, em um mercado livre de competição, atribui à “lei da oferta e da demanda” a determinação das quantidades e dos preços da produção. Assim, “falhas de mercado” ocorrem quando as perfeitas condições de competição não estão dadas e a presença e intensidade dessas falhas justifica, em maior ou menor grau, a intervenção do Estado na economia [1, 2, 3]. As principais falhas de mercado na área da saúde são: ocorrência de riscos e incerteza; “risco moral”; externalidades; assimetria de informação; e a existência de barreiras [1]. Ou seja, nenhuma condição de perfeita encontra-se presente, justificando assim, a intervenção estatal.

A regulação pode ser definida como “*controle focado e sustentado exercido por uma autoridade pública de atividades valorizadas pela comunidade*” [SELZNICK, 1985, p.363 *apud* 4], caracterizando-se assim pela interferência de uma terceira parte com poderes de supervisão e controle no mercado de transações e nas relações interorganizacionais que se estabelecem. Na ótica da teoria económica clássica, a regulação poderia ser caracterizada como a intervenção estatal para corrigir estas “falhas”, utilizando instrumentos como incentivos financeiros, de comando e controle [2,4].

Todavia, ainda que a regulação seja vista como a solução frente às falhas de mercado, os instrumentos regulatórios são muitas vezes utilizados para alcançar inúmeros objetivos sociais e levam em consideração os poderes corporativos, profissionais e sociais [4]. Ainda nessa linha de raciocínio, a regulação aparece como uma maneira de propiciar eficiência económica e estaria a serviço dela, podendo ser entendida como um instrumento essencial para a manutenção do equilíbrio de qualquer sistema [5].

Os setores sociais, tradicionalmente considerados não económicos e, por isso, excluídos do mercado, adotaram soluções regulatórias semelhantes àquelas aplicadas na regulação pública da economia. Surge, assim, o conceito de regulação social, associada ao setor da saúde [4]. No entanto, a regulação em saúde não é como a regulação económica típica, ligada à correção de falhas de mercado, “*mas faz emergir aspetos ético-sociais e motivações político-ideológicos, conduzindo a um sistema regulador multipolar específico e complexo*” [6].

O termo regulação no âmbito da saúde tem sido visto com um sentido mais amplo do que a mera regulação do mercado. Assumindo uma característica polissémica, indo além da função de regulação clássica das relações de mercado, passa também pelo controle de acesso dos usuários aos serviços de saúde [7, 2].

A assistência à saúde, na maioria dos países ocidentais democráticos, é mais do que um direito constitucional,

pois é vista como um direito da cidadania, observando-se o conceito de seguridade social. Sendo assim, o debate sobre o papel dos segmentos público e privado na assistência à saúde é conduzido em função da necessidade de pactos em diversos níveis, objetivando viabilidade, sustentabilidade e o contorno de problemas inerentes à gestão pública e à complexidade do setor. Destaca-se a necessidade do equilíbrio no sistema de saúde entre: 1) a realidade de gastos limitados em receitas e um sistema que não prejudique o emprego e a produção; 2) a eficiência que exige prestação de serviços em nível satisfatório, um sistema com bom desempenho, produtividade e eliminação de desperdícios; e 3) a equidade no acesso [3,8].

Neste cenário no qual o Estado, no setor saúde, se incumbem da execução de certas ações e serviços, mas convive com ações realizadas por particulares com e sem fins lucrativos, a necessidade de o Estado controlar os investimentos realizados e a eficiência no uso desses recursos, se destaca. Soma-se ainda a expectativa dos utentes em terem acesso ao sistema de saúde com qualidade. Em resposta a este quadro, a avaliação de desempenho tem sido utilizada como instrumento ao exercício da função de controle do Estado. Assim, pode-se dizer que o exercício do controle pelo Estado implica, entre outros aspetos, avaliar o desempenho da regulação.

Destaca-se a necessidade em apurar os resultados e o impacto que a regulação em saúde traz. Cabe questionar se os resultados alcançados após a implantação da regulação em saúde foram os esperados. Neste sentido, o presente trabalho tem como objetivo apresentar conceitos, modelos e estratégias acerca da regulação em saúde e discutir proposta de avaliação de desempenho da regulação frente às particularidades do setor.

A regulação em saúde

O aumento das despesas, gerador de fortes pressões orçamentárias no financiamento público, está entre os fatores que pressionaram o desencadear de reformas nos sistemas de saúde. Pode-se somar ainda a pressão de inovações tecnológicas, o possível aumento dos custos, a insatisfação crescente dos cidadãos com a rigidez do funcionamento do sistema e a mudança de características sócio demográficas e de morbidade da população [9].

Com as reformas, houve a introdução de mecanismos de mercado, tanto a nível organizacional como na prestação dos serviços, criando sistemas de incentivos, desenvolvendo mecanismos de financiamento relacionados com a produção e desempenho, a contratualização de serviços, a autonomia organizacional dos prestado-

res, as competências de gestão e novas formas de regulação de sistemas descentralizados [10]. Algumas destas reformas visaram o empoderamento do utente, por vezes ligadas até a mecanismos de financiamento que dependem da sua procura e do grau de satisfação (*money follows the patient*) [9].

A nova forma de gestão pública defendendo os serviços focados no utente/cliente reflete-se no aumento da competição ao nível das entidades prestadoras de cuidados, a separação entre as instituições (normalmente públicas) financiadoras e as instituições (públicas e/ou privadas) prestadoras; a promoção da descentralização e contratualização; e a tentativa de incorporar mecanismos de empoderamento dos utentes [9].

O princípio do *empreendedorismo social*, ou seja, a aplicação do espírito empresarial para finalidades públicas no campo da saúde, mas com missão social, antes dominado por princípios burocráticos, faz parte da reforma e, neste contexto, o papel do Estado torna-se diferente, definitivamente mais exigente e complexo. Isso porque há a retirada do Estado do envolvimento direto na prestação de cuidados, mas por outro lado, um reforço de seu papel regulador do sistema. Apresenta-se assim, a dificuldade em compatibilizar a introdução do empreendedorismo no funcionamento dos sistemas de saúde com a responsabilidade social que cabe ao Estado de garantir melhores resultados em um contexto de maior efetividade e equidade [10].

Como já exposto, a regulação da economia com base apenas em falhas de mercado, exigindo assim, intervenção estatal, é extremamente limitada no caso do setor saúde. Isso porque assume a existência prévia de mercados privados a serem regulados, onde antes se tinha quase um monopólio público de assistência à saúde. Ademais, a regulação em saúde tem caráter económico e político, pois pode intervir em áreas particulares por razões ético-normativas, motivado pela equidade e não necessariamente por questões relacionadas às falhas de mercado [11].

Para regulação em saúde podem ser utilizadas diferentes estratégias a fim de alcançar um “*controle, objetivo e sustentado, exercido por uma agência pública, sobre atividades que são valorizadas socialmente*” [BALDWIN; CAVE; LODGE, 2012, p.3 *apud* 9]. Essas estratégias podem ser a descentralização, autorregulação supervisionada, mecanismos de acreditação ou, ainda, criação de agências reguladoras independentes ou autoridades administrativas independentes [4,10].

Para Magalhães Júnior [8], a regulação é um elemento constituinte e uma importante ferramenta para a operacionalização da gestão do sistema de saúde. Assim, a regulação se divide em micro e macro estando inter-relacionadas à gestão global do sistema. A micro regulação está relacionada ao ponto de vista do acesso das

pessoas, ou seja, é a regulação assistencial que traduz o cotidiano da operação do sistema. Já a macro regulação está relacionada ao aspeto das definições das políticas mais gerais das instituições e consiste nos mecanismos mais estratégicos de gestão como: o estabelecimento de planos estratégicos; de projetos prioritários; de relação com o controle social; as definições orçamentárias maiores; a relação com as outras políticas sociais que interferem com produção ou não de saúde nas populações; a política de recursos humanos e o estabelecimento de regras para as relações com o setor privado na saúde. Assim, as regras gerais estabelecidas na macro regulação consistem em articular e conjugar as respostas potenciais do sistema, para o conjunto dinâmico das demandas das populações, operacionalizando o acesso aos serviços.

Pode-se dizer que existem duas dimensões da regulação em saúde. A primeira está relacionada com aspetos normativos e finalidades da política de saúde e, portanto, com os objetivos económicos e sociais. Tendo como foco a equidade e a justiça; a eficiência económica; a proteção da saúde e do meio ambiente; a informação e a educação; assim como assegurar ao indivíduo a possibilidade de escolhas. A segunda dimensão, mais operacional, as entidades reguladoras debruçam-se sobre aspetos particulares da atividade prática dos regulados, enquadrados pelo devido quadro normativo. Há, assim, um enfoque em questões ligadas à gestão realizada pelos prestadores como: a capacidade instalada, os preços praticados e volumes produzidos, a qualidade, os níveis de desempenho, a informação ou a regulação do acesso dos utentes e a garantia de seus direitos [4, 10, 12].

No que tange aos mecanismos reguladores, há aqueles relacionados com restrições legais e formas de controle a partir da criação de regras formais, e outro, referente à concepção e implementação de sistemas de incentivos, económicos e não económicos, positivos ou negativos. Referente ao primeiro tipo além das regras legais formais, no âmbito do sistema legislativo e judicial, este mecanismo pode incluir códigos de conduta como os *guidelines* ou recomendações. A eficácia deste está relacionada à existência de mecanismos de monitorização e sancionamento, no caso de verificação de incumprimentos por parte dos regulados, exigindo assim grande volume de informação e confiabilidade da mesma. Quanto aos sistemas de incentivos, estes são definidos como recompensas (explícitas ou implícitas) pelo desempenho de certa ação, podendo abranger variáveis financeiras ou atingimento de metas, em um contexto de contratação. Neste caso, existe grande número de exigências informacionais, mas a relação resultado-consequência é de relativa facilidade de implantação, dado o automatismo entre sistema de incentivos e o comportamento organizacional esperado [4,10].

Avaliação de desempenho nos sistemas de saúde

Em meio às reformas dos sistemas de saúde, defendia-se que as estruturas burocráticas hierárquicas tradicionais, rígidas em procedimentos normativos, eram danosas aos interesses públicos, ineficientes e ineficazes. A reorientação dos sistemas mudou o foco da atenção, deixando de estar nas atividades e passando para os resultados, com serviços voltados para o consumidor e assim, a avaliação de desempenho passou a ser um instrumento importante de reestruturação [13]. Ademais, houve uma crescente por avaliação de desempenho a fim de responder à crescente exigência de responsabilidade, de prestação de contas [14]. Mesmo que haja discordância entre os diferentes conceitos, entende-se aqui desempenho como o grau que os sistemas de saúde alcançam metas de impacto, se adaptam e geram produtos de qualidade, mantendo ou criando novos valores de acordo com planos estabelecidos e indicadores relevantes [15]. Assim, a construção metodológica para avaliação de desempenho, dependerá da definição clara dos objetivos e metas do que se avaliar, considerando os valores e princípios. Tal definição irá embasar a escolha das dimensões a serem avaliadas, uma vez que as medidas e indicadores variam segundo o que se queira avaliar [13]. Avaliações dessa natureza permitem identificar problemas no alcance de objetivos e podem auxiliar na seleção das intervenções mais efetivas, além de agregar elementos para o aprimoramento das políticas de saúde [16]. A avaliação de desempenho deve ser vista como produtora de informação científica válida e socialmente aceita acerca do desempenho de uma intervenção e que permite a construção individual ou coletiva de um julgamento que pode se traduzir em ação [17].

Por outro lado, a avaliação centrada apenas na medição dos resultados sofre críticas devido à limitação de não considerar as modalidades de implantação nos diferentes contextos nem os mecanismos intervenientes associados a esses efeitos. Ou seja, podem desconsiderar resultados importantes que não estejam mencionados entre os objetivos; negligenciar o contexto em que a avaliação é feita; ignorar transações que ocorrem no interior do programa que esta sendo avaliado e promover uma abordagem linear e inflexível da avaliação [16]. Em defesa alega-se que uma avaliação baseada em um modelo teórico pode contribuir para a reprodutibilidade ou validade externa das intervenções governamentais em larga escala [15,18]. E ainda alegam que políticas e programas só deveriam ser avaliados a partir de modelos teóricos explícitos ou indicadores correspondentes [15].

O Canadá possui tradição no uso de modelos para avaliação das intervenções com destaque para o EGIPSS (*Evaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systèmes de Santé*), um modelo de avaliação do desempenho de serviços e sistemas

de saúde desenvolvido na Universidade de Montreal [18]. Trata-se de uma síntese das abordagens de avaliação e de pesquisa, experimentada em diversos ambientes, baseada em fundamentos teóricos sólidos e em uma abordagem operacional cuja validade foi demonstrada em muitas aplicações, tanto em escala regional quanto internacional, inclusive no Brasil [15,18]. O EGIPSS é um sistema global e integrado capaz de fornecer aos responsáveis pela tomada de decisão as ferramentas necessárias para medir o desempenho e agir em consequência, além de orientar decisões no sentido da melhoria contínua do desempenho. O EGIPSS reconhece que existe mais de um modelo conceitual de desempenho e que cada modelo deve refletir como as organizações funcionam, priorizando critérios, valores, responsabilidades e preferências dos grupos de interesse [15,18, 19].

O referido modelo caracteriza-se por uma abordagem sistêmica e baseia-se na teoria de ação social em sistemas sociais de Parson, segundo a qual toda teoria demanda interação com seu meio ambiente para adquirir recursos e autotransformação; é orientado por metas; necessita integração com seus processos internos para assegurar a produção; e preserva valores e normas que auxiliam e restringem as funções anteriores [18].

Para o modelo EGIPSS, uma organização eficiente deve, de forma permanente, realizar quatro funções interdependentes: alcançar metas de impacto, adaptar-se, gerar produtos de qualidade, manter ou criar novos valores [15, 16, 18, 19]. O alcance das metas está relacionado à capacidade da organização em alcançar metas fundamentais, em cumprir sua missão. Implica em medir o nível de saúde agregado em áreas selecionadas de intervenção (sistema de saúde, instituições e programas) e monitorar a manutenção e a melhoria da saúde representada por medições de eficácia, eficiência, satisfação da população e equidade. Para uma organização pública de saúde e serviços sociais, trata-se da melhoria das condições de saúde dos indivíduos e da população por meio da prevenção, diagnóstico e tratamento dos problemas de saúde e dos problemas sociais e da redução das desigualdades no acesso aos cuidados [15,18, 19].

A adaptação está relacionada com a capacidade de uma organização em obter e controlar recursos (financeiros, humanos e outros), inovar e transformar-se para atender às necessidades da população, atrair novos utilizadores, mobilizar a comunidade e desenvolver serviços inovadores. O desempenho nesta área depende da sensibilidade dos seus decisores em aproveitar as oportunidades à medida que estas surgem nos meios científico, técnico, clínico, político e social. Em curto prazo, os estabelecimentos de saúde e serviços sociais devem conseguir os recursos necessários para manter e desenvolver suas atividades. Mas em médio e longo prazo, os estabelecimentos devem desenvolver suas competências de transformação para se adaptarem às mudanças tecnológicas, populacionais, políticas e sociais [15,18, 19].

A produção de forma integrada relaciona-se à análise da produtividade dos processos envolvidos na prestação de serviços individuais e coletivos. Organizado de maneira que assegure qualidade, humanismo, continuidade, acessibilidade e universalidade. Tradicionalmente, é neste nível que se encontra a maioria dos indicadores utilizados para medir o desempenho dos estabelecimentos: volumes de cuidados e serviços, produtividade e integração da produção por meio da qualidade técnica e não técnica [15,18, 19].

A manutenção e a criação de valores estão relacionadas à cultura da organização e origem do clima organizacional. Assim, dentro de uma organização, estas funções facilitam ou dificultam a execução das três anteriores. Valores podem trazer significado, coesão ou confusão organizacional. Servem para orientar e justificar a tomada de decisão, e apoiar projetos de desenvolvimento e as diversas reivindicações ligadas à prestação de assistência e serviços. São três os principais valores que orientam um sistema de serviços de saúde e sociais: universalidade, equidade e liberdade [15, 16, 18, 19].

A organização deve ser capaz de realizar cada uma das quatro funções essenciais, ou seja, adaptar-se ao seu ambiente (adquirir recursos), responder às necessidades (objetivos/metapas), produzir serviços com qualidade e quantidades adequadas (ser produtivo), manter e desenvolver valores (cultura organizacional), estabelecendo e mantendo uma tensão positiva e dinâmica entre essas quatro funções [18]. Neste sentido, a análise do desempenho da organização de saúde ocorrerá pela capacidade da governança em integrar e equilibrar as mudanças e negociações, constantemente geradas entre as quatro funções e pelos diferentes atores, em especial, aquelas que promovam sua relevância para a rede externa com a qual ela interage, e não somente pela medição dos indicadores das quatro funções [19].

O alinhamento entre essas funções depende de um equilíbrio dinâmico. E essas relações de equilíbrio são descritas como estratégico, tático, operacional, contextual, alocativo e legitimador. O estratégico desenvolve a capacidade de integrar a função adaptativa da organização com as suas metas e seus resultados; bem como a pertinência dos objetivos, considerando o meio ambiente e a busca de maior adaptação organizacional. O tático desenvolve a capacidade da organização de integrar

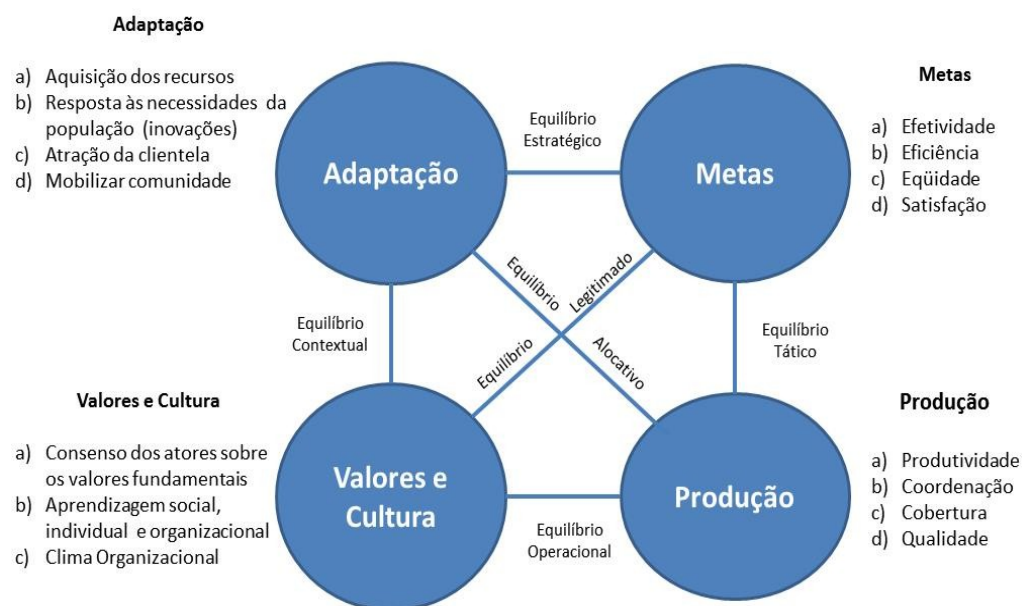
suas metas e resultados com a sua produção. O operacional desenvolve a capacidade da organização de integrar sua necessidade de ser produtiva com o clima organizacional e o contextual desenvolve a capacidade da organização de integrar as exigências adaptativas com o clima organizacional. O alocativo desenvolve a capacidade da organização de integrar os recursos obtidos por meio da sua função adaptativa e a sua produção e, por fim, o legitimador desenvolve a capacidade da organização de integrar seus objetivos e resultados com os seus valores e cultura organizacional [14, 15,18, 19].

O modelo EGIPSS encontra-se ilustrado na figura 1.

O modelo EGIPSS caracteriza-se pela abordagem sistêmica e, por sua vez, podem acomodar a complexidade das interações e conexões entre os diferentes componentes de uma intervenção e seus contextos. Isso se deve ao facto de que essa abordagem leva em consideração que, tanto a intervenção quanto a própria avaliação, são sistemas de ações sociais em constante transformação, que interagem no tempo e no espaço social. Assim, o modelo EGIPSS defende a ideia de que o desempenho de um sistema de ação social é uma construção multidimensional e relacional. A avaliação não deve considerar de forma isolada a mensuração dos indicadores de sucesso do sistema, mas deve considerar na sua análise as interações entre as diferentes funções deste sistema [15, 16, 18, 19].

Mantendo os principais pontos fortes do EGIPSS, Marchal *et al.* [20] apresentam um modelo multipolar (*Multipolar Performance Framework – MPF*) para avaliação de desempenho, buscando considerar e entender a complexidade dos cuidados em saúde em instituições públicas. Assim, os mesmos redefiniram alguns elementos com base em conceitos de serviços e sistemas integrados de saúde e ainda

Figura 1 - Modelo de avaliação global e integrada do desempenho do sistema de saúde (EGIPSS)



Fonte: Adaptado de CHAMPAGNE & CONTANDRIOPOULOS [14].

adaptaram a estrutura para facilitar a análise das relações e interações entre os múltiplos atores que tornam complexas as organizações de saúde.

Ao considerar a complexidade social das organizações de saúde, o modelo MPF é um conjunto estruturado de indicadores para cada função já apresentada pelo EGIPSS, destacando a dinâmica relação entre estas funções. Por usar o EGIPSS como base, Marchal *et al.* [20] chegam a denominar o MPF como meta modelo que busca apresentar o sentido e importância da avaliação de desempenho para os tomadores de decisão.

Para Marchal *et al.* [20], o modelo EGIPSS inicialmente apresenta algumas dificuldades para aplicação frente à avaliação de desempenho tradicional. Isso porque a evolução de duas funções supostamente ligada linearmente (produção de serviço para atingir metas) passa para quatro funções alinhadas dinamicamente. Ademais, há a dificuldade em avaliar os valores, capacidade de resposta e cultura organizacional, e também os alinhamentos entre as funções. Tal dificuldade pode explicar o facto da maior aplicação do EGIPSS ser no ambiente hospitalar.

Buscando considerar a complexidade social das organizações de saúde, Marchal *et al.* [20] reapresentam as funções do modelo EGIPSS. Para o modelo MPF, a função “alcance das metas” além de estar relacionado à capacidade da organização em alcançar metas fundamentais, inclui a participação de pacientes, comunidade e outros interessados legítimos nas decisões referentes aos cuidados de saúde. Isso porque a missão é influenciada por múltiplos atores e interesses.

A produção de serviços passa a ser prestação de serviços. Os autores dividem o que chama de prestação de serviços, em duas sub-funções: entrega de serviço real e gerenciamento operacional. A “entrega de serviço real” inclui cuidados, planejamento e organização de serviços e coordenação do sistema. Já a sub-função denominada “gerenciamento operacional” inclui o gerenciamento de mão-de-obra e recursos (finanças, conhecimento e *know-how*, material e suprimentos e infra-estrutura), gerenciamento de qualidade e coordenação de suporte.

A função adaptação é chamada pelo no MPF de “interação com o meio ambiente”, em que a capacidade de resposta deve considerar a voz e o poder dados aos pacientes e às comunidades na resposta de suas necessidades. Já a manutenção e criação de valores denominada pelo EGIPSS é chamada de proteção à cultura e aos valores organizacionais. Para Marchal *et al.* [20], a cultura organizacional é formada também pelos valores que influenciam o comportamento, crenças e premissas pessoais. Assim, pode-se dizer que os múltiplos grupos de atores em uma organização de saúde criam sua própria subcultura, incluindo valores profissionais, normas burocráticas, valores pessoais e sociais. Segundo os autores, pode-se dizer que a cultura organizacional leva à complexidade das organizações de saúde e

ainda pode ser vista como fruto da mesma.

A inovação do modelo EGIPSS que descreve a relação entre as quatro funções é mantido no MPF, mas o segundo modelo propõe uma avaliação dinâmica com base em alinhamentos. Assim, a avaliação dinâmica do desempenho começa com a triangulação da interação entre prestação de serviços, alcance das metas e interação com o ambiente. Trata-se de uma abordagem comum para identificação de metas inadequadas, na entrega do serviço, na capacidade de gerenciamento operacional e ainda aquisição de recursos e recrutamento de mão-de-obra. Se nesta primeira etapa as lacunas de desempenho não forem identificadas, cabe a análise do alinhamento tático. A segunda triangulação proposta pelo MPF é entre alcance de metas, cultura e valores e interação com o ambiente. Destaca-se assim a relevância do alinhamento da legitimação e busca-se analisar se os objetivos são coerentes com a missão da organização de saúde.

Em uma terceira etapa, o modelo MPF destaca a avaliação dos atores externos, uma vez que os mesmos influenciam a definição de metas e participam da prestação de serviços por meio de recursos. O uso estratégico da análise das partes interessadas e análise de poder pode ajudar a mapear os principais atores, seu poder e influência. Em uma quarta fase, uma análise dinâmica centra-se nos valores formais e informais e como esses valores realmente moldam a missão e a definição de objetivos, refletindo na entrega efetiva do serviço.

O modelo EGIPSS ampliou a definição de desempenho e a necessidade de avaliar dimensões intangíveis dos cuidados de saúde, como a cultura. E o modelo MPF, segundo Marchal *et al.* [20], enfatiza a complexidade (social) das organizações de saúde, chamando a atenção para a análise das relações, interesses e poder.

Outro modelo de avaliação de desempenho é o baseado no contrato de gestão. O contrato de gestão tem sua origem teórica na “administração por objetivos”, caracterizada pela eleição de áreas prioritárias numa organização, estabelecimento de resultados a serem alcançados, dimensionamento de metas e acompanhamento sistemático do desempenho [21]. Visa ainda a qualidade de serviços e a eficiência das organizações. Contratos de Gestão são compromissos gerenciais entre o governo e a diretoria de uma empresa estatal, com objetivos e metas empresariais periódicas, cuja execução é supervisionada pelo Estado. Os compromissos devem refletir o planejamento governamental aplicado à área de atuação da empresa [22].

Uma das questões referente ao modelo de contratualização é a definição de resultados por meio de indicadores e metas, no qual implica um processo permanente de avaliação e ajustes. Assim, não se trata de um contrato estanque, mas de uma pactuação, seguida de apresentação de resultados, análise e, se necessário, de repactuação. Neste sentido, uma estratégia fundamental para o processo de contratualização é estabelecer um método de acompanha-

mento avaliativo, cuidando para que as metas sejam aferidas (em seu cumprimento), não no sentido de “fiscalização de seu alcance absoluto”, mas no que se refere como avaliação formativa capaz de ir incluindo as razões que explicam seu maior ou menor êxito, subsidiando regulações no processo de repactuação de metas [23].

Os contratos de gestão podem diferenciar em endógenos e exógenos. Os endógenos são aqueles em que o contratante e o contratado são instituições/entidades estatais. Por outro lado, os contratos exógenos são aqueles em que o ente contratante é uma instituição estatal que se relaciona com entes prestadores externos, como instituições públicas não estatais, instituições privadas filantrópicas ou instituições privadas lucrativas [24].

Um bom exemplo de contrato de gestão nas agências reguladoras, no caso, a Agência Brasileira de Vigilância Sanitária (ANVISA) é apresentado no trabalho de Moreira & Costa [21]. A gestão por resultados mediante contrato de gestão na ANVISA foi desenhada como novo arranjo político-organizacional num componente do sistema público de saúde, comprometido, simultaneamente, com o papel regulador (associado ao atributo eficiência) e com a finalidade de “promover a proteção da saúde da população” (vinculada à redução de riscos, efetividade e impacto).

Avaliação de desempenho na regulação

A regulação é apresentada como eficaz quando atinge os objetivos previstos e, eficiente quando produz mais benefícios do que custos, em perspectiva social. Ou seja, uma regulação deve atingir o seu objetivo ao menor custo possível, ou alternativamente, deve trazer mais benefícios do que qualquer alternativa regulatória disponível para atingir os mesmos objetivos [9, 25].

A avaliação regulatória tem sido apresentada como prática e tida pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) como fundamental para o aprimoramento dos sistemas de gestão de regulação. Segundo a OCDE [26], a avaliação regulatória é o meio mais eficiente de se atingir os objetivos desejados pela regulação. Nesse contexto, o uso dos resultados da avaliação regulatória está associado ao aperfeiçoamento da regulação vigente, de forma a garantir a consecução dos objetivos e não criar encargos desnecessários aos negócios [27, 28].

A OCDE [29] compreende regulação como sinônimo de legislação, baseada em ameaça de penalidades para aqueles que não as cumprirem. O propósito é melhorar alguma condição por meio da mudança do comportamento de indivíduos ou organizações, de forma a gerar impactos positivos na resolução de problemas sociais e econômicos.

Em debates acerca da melhoria da regulação, há a inclusão de regulações mais eficientes e eficazes e a adoção de boas

práticas, que inclui o planejamento da agenda regulatória e avaliação *ex post* [27]. Para Blind [30], a avaliação regulatória permite avaliar a eficácia e eficiência dos instrumentos regulatórios, por meio de medição e monitoramento de sua performance, permitindo proceder com a revisão de regulações existentes. E a para a OCDE [28] defende a avaliação *ex post* porque é somente após a implementação que os efeitos e implicações de uma legislação podem ser plenamente avaliados, possibilitando verificar se a lei criada continua atualizada frente às mudanças ocorridas e se deve ser submetida à revisão.

A OCDE [28] propõe assim uma sistemática para avaliação regulatória *ex post*, com base em um Mapa de Causa-e-Efeito e geração de indicadores de resultados do tipo *net-benefits* (benefícios gerados menos custos impostos), custo-efetividade (custo para um dado nível de benefício) e impacto (mudanças no problema), prioritariamente nessa ordem.

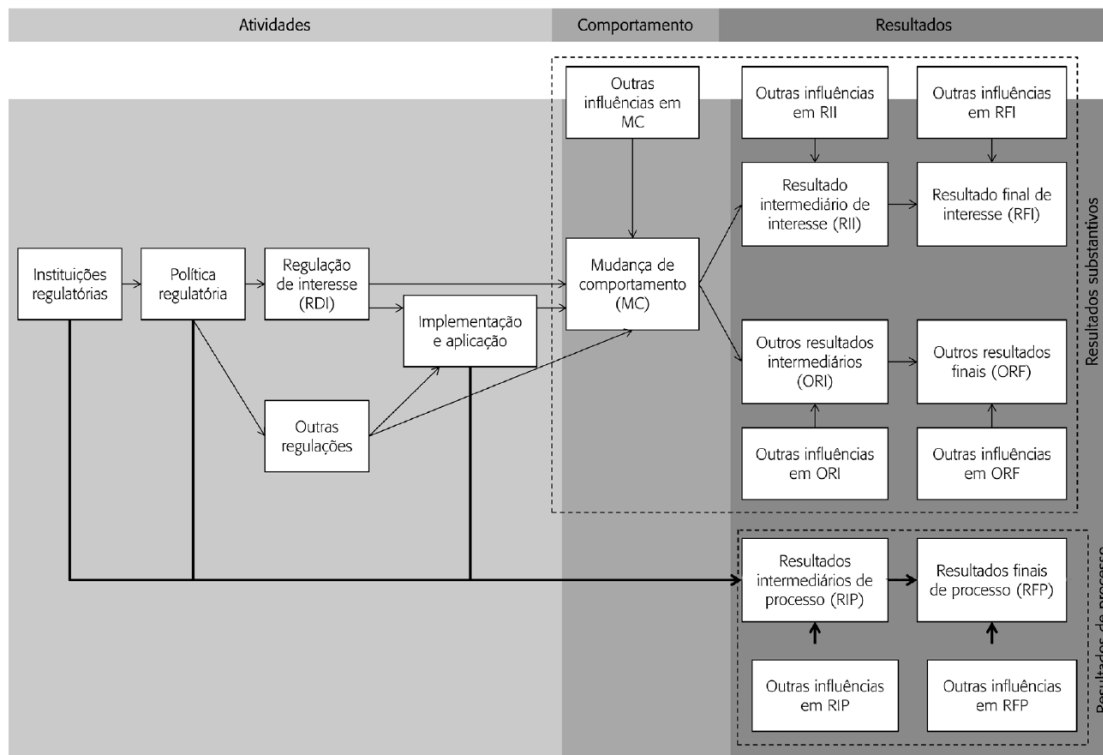
O trabalho *Measuring Regulatory Performance: evaluating the impact of regulation and regulatory policy* [29], produzido por Cary Coglianese, provê um quadro analítico que pode ser usado pelos países para a avaliação *ex post* das regulações, individualmente, e das políticas regulatórias. O pano de fundo que justifica o esforço em produzir tal sistemática reside na pouca atenção dada pelos governos em analisar as regulações após sua adoção e os impactos do sistema regulatório. O objetivo é oferecer um guia para institucionalizar a prática, o que é necessário para aprimorar o entendimento existente sobre os efeitos da regulação.

O modelo proposto por Coglianese [29] fundamenta-se na seguinte cadeia lógica: a regulamentação implementada leva à mudança de comportamento dos atores alvos ou afetados pela regulação, o que leva, finalmente, a mudanças nas condições do mundo. Dessa forma, o autor propõe três esferas avaliativas. A primeira diz respeito à avaliação da administração regulatória, voltada para compreender o quanto bem as regulações estão sendo gerenciadas, com base nos indicadores de processo. Depois, tem-se a avaliação do comportamento, para verificar a adesão da população-alvo à regulamentação. Finalmente, a avaliação de performance mensura os resultados intermediários e finais alcançados, com base nos indicadores de resultados substantivos (Figura 2).

Assim, o autor propõe três esferas avaliativas. A primeira diz respeito à avaliação da administração regulatória, voltada para compreender o quanto bem as regulações estão sendo gerenciadas, com base nos indicadores de processo. Depois, há a avaliação do comportamento, para verificar a adesão da população-alvo à regulamentação. Finalmente, a avaliação de performance mensura os resultados intermediários e finais alcançados, com base nos indicadores de resultados substantivos [27, 29].

Coglianese [29] destaca o desafio de atribuir causalidade dos resultados medidos ao desempenho regulatório e afir-

Figura 2 - Mapa causa-e-efeito para avaliação do impacto regulatório



Fonte: SILVIA & FONSECA [27]. Adaptado de OCDE [29].

ma que essa atribuição não ocorre na maioria das avaliações, em razão da dificuldade em realizá-la. E propõe que a avaliação e mensuração de resultados sejam sucedidas pela interpretação e comunicação dos resultados para respaldar as futuras tomadas de decisão.

Há diferenciação da regulação económica daquela com foco em saúde, segurança e meio ambiente. Para os autores, a primeira inclui o uso do poder de coerção do Estado para restringir as decisões sobre preços, quantidades, entradas e saídas. Geralmente, estão associadas aos setores de infraestrutura, como transporte, eletricidade, água, telecomunicações, entre outros. Já a segunda, detém-se, primordialmente, na redução dos riscos no meio ambiente, no ambiente de trabalho e de produtos que são consumidos, no esforço de diminuir acidentes e ampliar o bem-estar físico. Destaca-se assim, a particularidade da regulação em saúde e consequentemente sua avaliação de desempenho [27].

Avaliação de desempenho na regulação em saúde

A regulação no setor da saúde assume características específicas uma vez que se baseia tanto no conceito de eficiência, incentivando a redução de custos e a otimização dos recursos, como deve seguir a regras de ética e equidade na prestação dos cuidados de saúde. Entretanto, a regulação

em saúde vai além destas dimensões, eficiência e equidade, passando pela formação e atividades dos profissionais de saúde, acessibilidade aos serviços, tecnologias em saúde, incluindo política de medicamentos [9].

Para Contandriopoulos [17] coexistem quatro lógicas regulatórias, a mercadológica, a tecnocrática/ administrativa, a profissional e a democrática/ participativa. E todas agem nos sistemas de saúde e interagem entre si. A lógica profissional apresenta-se no nível micro, tendo governança no âmbito clínico. A lógica democrática/participativa apresenta-se no nível macro participando da elaboração dos sistemas de saúde e seus valores (universalidade, integralidade, financiamento, acessibilidade, equidade, entre outros). E a lógica mercadológica e administrativa aparece no nível meso, participando da estruturação das organizações e suas relações. Em suas particularidades, as relações de causa e efeito se diferenciam em cada nível e consequentemente o desempenho e impactos se diferenciam. Segundo o autor, o maior poder mudança ocorre ao nível micro.

Em comparação à outros mercados, o consumo de cuidados de saúde pelo utente/cliente é diferente, pois há divergência entre o consumidor e o prescritor e entre consumidor e pagador dos serviços. Noutros mercados é o consumidor que escolhe os produtos ou serviços que quer adquirir, na saúde, o consumidor (paciente) pode fazer a escolha inicial do médico ou serviço de saúde, mas não tem a mesma liberdade de escolha quando a consulta re-

sulta a prescrição de tratamentos, exames, medicamentos ou simplesmente de novas consultas. Isto significa que é o prescritor que escolhe o que vai ser consumido pelo doente. Em linguagem económica diz-se que o médico (ou outro prestador) é um agente do doente, pois faz as escolhas no seu lugar. Uma das partes toma decisões que não são totalmente controláveis pela outra, mas que influenciam os resultados finais [2].

Outra questão que merece destaque é o financiamento. O pagamento por reembolso não dá ao prestador os incentivos certos à contenção de custos nem à racionalização de recursos levando à escolha de uma quantidade de cuidados de saúde superior ao esperado. Por outro lado, o pagamento prospectivo dá todos os incentivos à redução de custos, na medida em que toda a poupança de custos é apropriada pelo prestador. Entretanto, este tipo de pagamento, apesar de contribuir para que os prestadores tenham os incentivos certos na procura de eficiência, não é imune ao aparecimento de outro tipo de distorções, nomeadamente em relação à diminuição da qualidade dos serviços prestados e ao que se denomina de seleção adversa, em que os casos de saúde mais complicados possam ser rejeitados por representarem para os hospitais custos acima da média, gerando-se assim graves problemas de acesso aos cuidados de saúde e colocando-se em causa a equidade no acesso e no tratamento [9].

O Estado desempenha papel de financiador, prestador e regulador e estes entram em conflito. A regulação pelo Estado acaba por trabalhar em uma lógica voltada para o controle e com uma dinâmica própria, restringindo-se às ações de controle do setor privado conveniado, isolando-se do conjunto das ações assistenciais e dos serviços próprios. Ainda que haja contratação de entidades privadas como prestadoras, é necessária, neste contexto, a existência de uma entidade reguladora independente, que desempenhe um papel de árbitro e que contribua para atenuar os eventuais conflitos de interesses, quer entre as várias funções de Estado, quer entre Estado e privados [12].

O mercado da saúde, especificamente a prestação de cuidados em saúde, possui características no que tange à eficiência, uma vez que inúmeras características tornam este mercado tendencialmente ineficiente e não competitivo. Assimetrias de informação em diferentes níveis, questões relacionadas com a seleção pelo risco e o risco moral (sobre o consumo e comportamentos oportunistas), são problemas agravados pelo contexto de incerteza em que decorre a prestação de serviço, pela multidimensionalidade do produto final e por dificuldades na mensurabilidade do produto (*output*) e dos resultados (*outcomes*). Tornando assim a avaliação da qualidade uma tarefa difícil, bem como a monitoramento do desempenho [9].

A regulação em saúde apresenta complexos desafios, principalmente relacionados à eficiência, bem como a normativa relativa à equidade, em um cenário que favo-

rece fracassos de mercado e fracassos de Estado. Ademais, problemas relacionados com a informação (confiabilidade principalmente) são particularmente limitativos da eficácia da própria regulação para garantir menores ineficiências e mais equidade.

A avaliação do desempenho é mais clara quando existe um produto concreto derivado do processo de trabalho. A causalidade é conhecida, o desempenho pode ser definido em indicadores, os produtos são uniformes e o ambiente estável [31]. No entanto, considerando apenas o serviço na área da saúde, a medição do desempenho necessita considerar alguns atributos. Isso porque a natureza do trabalho em saúde já lhe confere, por si só, características diferenciadas como coletividade, interdependência e mercado pela incerteza da demanda [32].

Considerações finais

O aumento da regulação e conseqüentemente de seu impacto na economia e sociedade, tem crescido igualmente a necessidade de avaliação da mesma, seja de custos e benefícios, seja considerando as particularidades do setor saúde. A questão central é como avaliar o desempenho da regulação em saúde considerando critérios de eficácia e eficiência e no caso da saúde, garantindo a equidade.

O desempenho é definido em relação ao cumprimento de objetivos e funções das organizações. Assim, cabe pontuar a dificuldade em avaliar o desempenho da regulação em saúde uma vez que a mesma apresenta objetivos e metas diversas.

A regulação em saúde apresenta complexos desafios, principalmente relacionados à eficiência, bem como a normativa relativa à equidade, em um cenário que favorece fracassos de mercado e fracassos de Estado.

Pelo mesmo facto da regulação em saúde não ser como a regulação da economia, que se pauta restritivamente em corrigir falhas de mercado, também não pode aplicar modelos de avaliação oriundos destes mercados. Isso porque, assim, como é considerada na regulação em saúde, sua avaliação deve considerar fatores políticos e sociais, para além dos técnicos e mercadológicos. Além disso, a regulação em saúde é um processo político, e assim, sujeito a pressões de diferentes grupos, e em que o papel dos utentes deve ser valorizado, de modo a garantir equilíbrio de poderes, maior transparência e a minimização do perigo e do envolvimento do regulador pelo ambiente do regulado.

Frente ao exposto, deve-se questionar como pensar um modelo de avaliação de desempenho para a regulação em saúde, que como já mencionado, vai além destas dimensões, eficiência e equidade, passando pela formação e atividades dos profissionais, acessibilidade aos serviços e tecnologias em saúde.

O modelo do Mapa de Causa-e-Efeito e geração de indi-

cadores de resultados apresentado pela OCDE não dá conta da regulação em saúde. Talvez, este modelo se aplique às tecnologias em saúde, em que o processo regulatório bem conduzido, aquele aderente às boas práticas de regulamentação. Entretanto, quando se caminha para a eficiência e equi-

dade dos serviços de saúde, a relação causa-efeito não se aplica, principalmente devido a própria natureza do trabalho em saúde. Cabe assim, uma reflexão da adaptação dos modelos já existentes para avaliação dos serviços e sistemas de saúde como já apresentado, e se necessário, união dos mesmos.

Bibliografia

- Santos FP, Merhy EE (2006). A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. *Interface* 10 (19): 25-41.
- Castro JD (2002). Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Sociologias* 4 (7):122-36.
- Farias SF, Gurgel JR GD, Costa AM, Brito RL, Buarque RR (2011). A regulação no setor público de saúde no Brasil: os (des) caminhos da assistência médico-hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva* 16(Supl. 1):1043-1053.
- Anjos J (2015). Regulação no Setor da Saúde: Análise de Direito Comparado – Portugal, Reino Unido, França e Espanha. Publicações CEDIPRE Online. Consultado em 20 de agosto de 2017. In: <http://www.cedipre.fd.uc.pt>.
- Vilarins GCM, Shimizui HE, Gutierrez MMU (2012). A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde em Debate* 36 (95):640-647.
- Amador OM (2012). Desafios da Regulação em saúde em Portugal nos Tempos de Crise. *Revista da Concorrência e Regulação* 10: 144.
- Oliveira RR, EliaS PEM (2012). Conceitos de regulação em saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública* 46(3):571-6.
- Magalhães JR HM (2006). O desafio de construir e regular redes públicas com integralidade em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas.
- Ferreira AS (2004). Do que falamos quando falamos de regulação em saúde? *Análise Social* XXXIX (171): 313-337.
- Saltman R (2002). Regulating incentives: the past and present role of the state in health care systems. *Social Science and Medicine* 54:1677-1684.
- Preker A, Harding A (2000). The Economics of Public and Private Roles in Health Care: Insights from Institutional Economics and Organizational Theory. Consultado em 20 de agosto de 2017. In: http://www1.worldbank.org/hnp/pub_discussion.asp (2002-10-14).
- CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. In: *Coleção Para Entender a Gestão do SUS* (2011). Regulação em Saúde. Brasília, Brasil.
- Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, Noronha JC, Novaes HMD, Oliveira ES, Porto SM, Silva LMV, Vilarins GCM, Shimizui HE, Gutierrez MMU (2012). A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde em Debate* 36 (95):640-647.
- Champagne F, Contrandriopoulos AP (2010). Elementos de arquitetura dos sistemas de avaliação de desempenho dos serviços de saúde. In: Contandriopoulos AP, Hartz Z, Gerhir M, Nguyen A, organizadores. *Saúde e Cidadania: as experiências do Brasil e do Quebec*. Editora Saberes: Campinas; 2010. p. 297-340.
- Hartz Z, 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 Sakellarides. Lisboa: Editora Gradiva, pp.58-79.
- Reis AC, Santos EM, Arruda MR, Oliveira PTR (2017). Estudo exploratório dos modelos de avaliação de desempenho em saúde: uma apreciação da capacidade avaliativa. *Saúde em Debate* 41(Especial):330-344.
- Contandriopoulos AP (2008). La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance. *Santé Publique* 2 (20): p. 191-199.
- Champagne F *et al* (2005). Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé: le modèle Egipss. Montréal: GRIS: Université de Montréal, 2005. Consultado em 06 de setembro de 2017. In: <http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/R05-05.pdf>.
- Dobashi BF, Santos AO, Gonçalves CCM, Barros EOM, Barros FCA (2015). Aplicação do modelo Egipss nos hospitais regionais de Mato Grosso do Sul. *Saúde Debate* 40(107): 1162-1172.
- Marchal B, Hoérée T, Silveira VC, Van Belle S, Prashanth NS, Kegels G (2014). Building on the EGIPSS performance assessment: the multipolar framework as a heuristic to tackle the complexity of performance of public service oriented health care organisations. *BMC Public Health* 14:378.
- Moreira EMM, Costa EA (2010). Avaliação de desempenho da Agência Nacional de Vigilância Sanitária no modelo de contrato de gestão. *Ciência & Saúde Coletiva* 15(Supl.3):3381-3391.
- André MA. *Contratos de Gestão, Contradições e Caminhos da Administração Pública*. ERA Executiva 35 (3): 6-13.
- Santos-Filho SB (2008). Articulando planejamento e contratos de gestão na organização de serviços substitutivos de saúde mental: experiência do SUS em Belo Horizonte. *Saúde Debate* 32:172-81.
- Ditterich RG, Moyses ST, Moyses SJ (2012). O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. *Caderno de Saúde Pública* 28(4):615-627.
- Ferreira JBS (2009). Análise de Impacto Regulatório (Air) - Instrumento de Reforma na Regulação do Ambiente e da Energia. Dissertação. Instituto Superior de Economia e Gestão. Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- OCDE (2011). Regulatory management indicators: Brazil. Consultado em 06 de setembro de 2017. In: <https://www.oecd.org/gov/regulatory-policy/47827159.pdf>
- Silva DAVS, Fonseca MVA (2015). Monitoramento para avaliação do desempenho regulatório do Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia (Inmetro). *Rev. Adm. Pública* 49(2):447-472.
- OCDE (2012a). Evaluating laws and regulations: the case of the Chilean Chamber of Deputies. Consultado em 06 de setembro de 2017. In: <http://www.oecd.org/publications/evaluating-laws-and-regulations-9789264176263-en.htm>.
- OCDE (2012b). Measuring regulatory performance: evaluating the impact of regulation and regulatory policy. Consultado em 06 de setembro de 2017. In: https://www.oecd.org/gov/regulatory-policy/1_coglianese%20web.pdf
- Blind K (2008). Regulatory foresight: methodologies and selected applications. *Technological Forecasting & Social Change* 75(4): 496-516.
- Klazinga N (2010). Health system performance management: quality for better or for worse. *Eurohealth* 16 (3):26-28.
- Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG (2004). A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública* 20 (2):438-446.