

# Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira

Performance evaluation of health systems and management in the Brazilian public administration

## Leonardo Carnut

Universidade de Pernambuco. Arcoverde, PE, Brasil.  
E-mail: leonardo.carnut@upe.br

## Paulo Capel Narvai

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, SP, Brasil.  
E-mail: pcnarvai@usp.br

## Resumo

Em saúde, a lógica da nova gestão pública considera os serviços sanitários como atividades públicas não-estatais, portanto executáveis por entes privados. Nesse cenário, a função de *controle* alcança o pros-cênio na discussão sobre a consolidação do Estado Regulador. Assim, este estudo se utilizou da técnica da revisão narrativa descrita por Rothers para tecer uma crítica inicial ao conteúdo em que o controle administrativo do Estado vem delineando no setor saúde. O foco recaiu sobre a forma direta como a contratualização de resultados vem sendo expressa em avaliações de desempenho dos sistemas de saúde. Como contra-argumento, reforça-se a atenção à complexidade do campo tanto do ponto de vista do intenso dissenso sobre termos fundamentais como dos problemas metodológicos no estudo dos sistemas de saúde. Além disso, foram emitidos comentários sobre as perspectivas de atuação para além da função controle e a necessidade de a comunidade científica reorientar o tema.

**Palavras-chave:** Sistema de Saúde; Avaliação em Saúde; Estado; Saúde Pública; Sistema Único de Saúde.

## Correspondência

Leonardo Carnut  
Rua Gumerindo Cavalcanti, s/n. São Cristóvão, Arcoverde, PE,  
Brasil. CEP 56512-600.

## Abstract

The logic of the new public administration considers health services as non-state activities, and therefore executable by private entities. In this scenario, the control function reaches the proscenium in the discussion about the consolidation of the Regulatory State. Thus, this study used the narrative review technique, described by Rothers, to create the web of an initial critique regarding the content that the administrative control of the State has been outlining in the health sector. The focus was on the direct way of contracting results, expressed in the performance evaluation of health systems. As a counterargument, we turned our attention to the complexity of the field, both from the point of view of the intense disagreement regarding key terms, as well as the methodological problems in the study of health systems. Furthermore, we have comments about the acting perspective that goes beyond the control function and the need for the scientific community to refocus on the topic.

**Keywords:** Health System; Health Evaluation; State; Public Health; Unified Health System.

## Introdução

As transformações no Estado contemporâneo têm levado, no Ocidente, à hegemonia do denominado Estado Regulador, cuja influência vem se espalhando por todo o mundo, no contexto histórico da globalização. Com a notável exceção de Cuba, o predomínio desse tipo de Estado, moldado pelas relações de produção capitalistas, consolida-se no período histórico de crise profunda (primeiras décadas do século XXI) do modelo de Estado neoliberal nos Estados Unidos e na Europa, e produz efeitos até mesmo na China - que, sob regime político de partido único, vem lenta, gradativa e firmemente abrindo a segmentos empresariais privados a possibilidade de empreender e produzir sob controle estatal. No Brasil, essa característica do Estado (ademais dos seus efeitos sobre a área econômica) repercute de modo importante também sobre os processos de definição e implementação de políticas sociais, incluindo a saúde pública (Cherchiglia, Dallari, 1999).

O pressuposto, nesse tipo de Estado Regulador, é de que às instituições públicas incumbe, essencialmente, tomar as decisões sobre as políticas e programas de saúde e executar as ações pertinentes apenas em áreas de atuação nas quais sejam indelegáveis, como as de vigilância epidemiológica e sanitária. O instrumento geral criado pelo Estado para regular as ações desenvolvidas por particulares, com ou sem finalidade lucrativa, é a agência reguladora. No âmbito do sistema público de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS) convive com duas agências reguladoras, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e a Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), e com 27 secretarias estaduais e cerca de 5.600 secretarias e departamentos municipais de saúde, que operam no setor saúde como agências reguladoras, uma vez que, ao executarem parte dos serviços sob administração direta, mantêm e ampliam - em ritmo acelerado - parcerias sob formatos variados com organizações sociais e empresas privadas para a prestação de ações e serviços de saúde, buscando atribuir-se papel apenas regulador na institucionalidade da saúde no País.

Nesse contexto, volta a ganhar destaque, no Brasil e no exterior, o papel que o processo de

planejamento (incluindo as funções de controle e avaliação) deve ter no exercício das atividades do Estado, de modo geral, e da saúde em particular. Admitindo-se a tese, vitoriosa na maioria dos países ocidentais, de que não cabe ao Estado prover diretamente assistência à saúde das pessoas, mas que deve financiá-la e fixar normas e condições para que sejam executadas por particulares, resultam de importância estratégica as definições sobre os recursos para executar essas ações, o modo como devem ser alocados, quem pode se habilitar a sua gestão, como os trabalhadores do setor podem participar da gestão dos processos de trabalho nos quais são sujeitos protagônicos e, ainda, como definir o que se deve fazer - ou não fazer - em saúde, como realizar o controle público desses recursos, entre outros aspectos decisivos sobre sistemas de saúde, em regimes democráticos como o brasileiro. O Brasil dispõe, a propósito, de legislação específica (Lei 8.142/1990) sobre o controle que a sociedade deve fazer sobre as políticas públicas de saúde, por meio de conferências e conselhos de saúde, dentre outros.

Em cenários como o do Brasil, em que no setor saúde o Estado se incumba da execução de certas ações e serviços, mas convive com ações realizadas por particulares com (saúde suplementar) e sem (saúde complementar) fins lucrativos, a necessidade de o Estado controlar os investimentos realizados e a eficiência no uso desses recursos ganha destaque. O exercício dessa atribuição (função controle) pelo Estado implica, entre outros aspectos, avaliar o desempenho do conjunto das organizações que constituem o sistema de saúde, além das próprias instituições estatais. No caso brasileiro, não obstante o consenso entre os analistas quanto ao crônico subfinanciamento do sistema, é recorrente a afirmação de que não faltam recursos, e que o problema seria a má gestão no uso desses recursos (Nishijima, Biasoto-Júnior, 2013). A opinião pública, os movimentos sociais, as lideranças políticas e sindicais vêm pressionando o Estado para que “o governo” “avalie o desempenho” do sistema de saúde e “tome as medidas necessárias para melhorar as coisas”, exigindo-se “hospitais padrão-Fifa” (por analogia à qualidade de estádios de futebol impostas ao governo brasileiro pela Federação Internacional

de Futebol, por ocasião da realização no Brasil da Copa do Mundo de futebol, em 2014).

Em resposta a essas expectativas, um novo paradigma de gerenciamento dos recursos públicos emergiu nos anos 1990 (Behn, 1998), no qual a questão dos “resultados” aparece como forma de solucionar o “problema” de uma máquina pública complexa, burocrática e processualista (Garces, Silveira, 2002): trata-se da **nova gestão pública, administração pública gerencial ou paradigma gerencialista**. Embora haja questionamentos quanto à potência do paradigma gerencialista para assegurar uma prestação a contento (Secchi, 2009), a nova administração pública vem se consolidando no Brasil e no exterior. Com essa consolidação, amplia-se a importância da avaliação de desempenho como instrumento indispensável ao exercício da função controle por parte das instituições do Estado.

Atribui-se a Jules Henri Fayol, considerado o fundador da Teoria Clássica da Administração, a identificação das cinco funções típicas do administrador de qualquer nível, em qualquer organização, quais sejam: prever e planejar; organizar; comandar; coordenar; controlar, sendo esta definida como a verificação permanente do cumprimento das normas e regras estabelecidas (Fayol, 1990). Neste artigo o foco está direcionado para a função controle, no contexto específico do desempenho de sistemas de saúde, pois o setor saúde vem reproduzindo a tendência geral, na administração gerencial, de se materializar em indicadores de gestão, índices de desempenho e programas de mensuração de qualidade (Andrade, 2012; Brasil, 2011) (ainda que alguns estudos venham considerando a polissemia desses termos e os obstáculos de natureza metodológica em captá-los) (Samico et al., 2010). Busca-se, nesse cenário organizacional, conferir ao respectivo modelo avaliativo do desempenho as condições que o tornem apto a captar a complexidade desses serviços, uma vez que a avaliação é indispensável à função de controle, mas avaliar a produção de parafusos é bem diferente de avaliar desempenho de sistemas de serviços, como saúde e educação, para ficar em apenas dois exemplos relativos ao exercício de direitos sociais.

Assim, quando se trata de objetos complexos como a mensuração de desempenho de **sistemas de saúde** (Roemer, 1991; Lobato; Giovanella, 2012) o problema não recai apenas na dimensão paradigmática-conceitual, mas adentra a seara metodológica (Hoffman, 2012). O próprio entendimento do que é um “sistema de saúde”, para esse propósito avaliativo, requer a configuração de uma abordagem metodológica específica que deve considerar a compatibilidade dos indicadores com o que se entende por sistema nesse contexto (Brouselle, 2011), esperando-se que sua abrangência extrapole, por coerência, o próprio setor saúde. Não obstante, as estratégias com base em incentivos ao desempenho têm se ampliado. Um exemplo é o sistema de ranking implantado na Inglaterra, a partir do ano 2000, em que se atribui estrelas aos hospitais, tornando públicos os resultados e estabelecendo sanções ou benefícios conforme o cumprimento de metas (Conill, 2012). Desse modo, toda a complexidade do processo de avaliação em saúde fica reduzida ao desempenho e, este, a um mero ranqueamento de organizações.

Neste artigo são apresentados e discutidos os resultados de uma revisão narrativa, tal como conceituada por Rother (2007), em uma perspectiva crítica, partindo-se da literatura mundial sobre avaliação de desempenho de sistemas de saúde, tendo em vista o caráter estratégico que tais avaliações assumem na gestão das políticas e programas de saúde no Estado contemporâneo, e também o crescente interesse pelo assunto no Brasil, conforme atesta a iniciativa de criação o Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) no início de 2012 e criticado por alguns analistas (Viacava, 2012).

## **Função controle segundo os paradigmas burocrático e gerencialista no setor público brasileiro**

Governar implica exercer a função de controlar as ações e operações realizadas por organizações de propriedade estatal ou particular, de interesse público. Os graus que tais controles podem assumir variam de uma organização para outra, e de acordo com a

forma de propriedade e a missão da organização. No caso do Estado brasileiro, são bem conhecidos os três modelos de administração pública: o patrimonialista, o burocrático e o gerencial. O patrimonialismo foi hegemônico entre nós até a Revolução de 1930 e a administração burocrática predominou até o advento da Reforma Gerencial do Estado, em 1995, que buscou introduzir o paradigma gerencialista.

A clara separação entre o Estado e o mercado é, para analistas como Bresser-Pereira (1996), essencial para o capitalismo, uma vez que a democracia só pode existir quando a sociedade civil, formada por cidadãos, distingue-se do Estado ao mesmo tempo em que o controla. Por isso, em face às exigências de novos papéis desses agentes econômicos e a impregnação da ciência como organizadora da vida social, tornou-se necessário desenvolver um tipo de administração que partisse não apenas da clara distinção entre o público e o privado, mas também gerasse a separação entre o político e o administrador público. Não há unanimidade, porém, em relação à tese da separação Estado-mercado. Para Mascaro (2013), sob o capitalismo não há como separar Estado e mercado, uma vez que são os interesses deste que o moldam, pois sua forma política só pode ser compreendida como derivação da forma mercadoria. Por essa razão,

A compreensão do Estado só pode se fundar na crítica da economia política capitalista, lastreada necessariamente na totalidade social. Não na ideologia do bem comum, ou da ordem, nem do louvor ao dado, mas no seio das explorações, das dominações e das crises da reprodução do capital [...]. Nesse sentido, deve-se entender o Estado não como um aparato neutro à disposição da burguesia, para que, nele, ela exerça o poder. É preciso compreender na dinâmica das próprias relações capitalistas a razão de ser estrutural do Estado [...] [sendo este] um derivado necessário da própria reprodução capitalista; estas relações ensejam sua constituição ou sua formação (Mascaro, 2013, p. 89).

Na história da organização do setor público, o paradigma racional-legal é herança intelectual de três pensadores: Woodrow Wilson, Frederick Taylor

e Max Weber. De fato, os três construíram a base conceitual na qual a maioria dos Estados até então vigentes organizaram suas administrações. Wilson (1955) afirmava que a administração deveria ser separada da política. Para ele, depois que os responsáveis pelas políticas tomassem as decisões de Estado, sua prática poderia ser delegada àqueles bem versados na “ciência da administração”, que executariam a tarefa da forma mais eficiente possível. Isso seria possível porque, segundo Taylor (1995), entre os vários métodos e implementos utilizados em cada elemento de cada caso, existe sempre um método e um implemento mais ágil e melhor que todos os outros. Weber (1988), por sua vez, afirmava que a burocracia era o mais eficiente mecanismo organizacional; assim, a burocracia seria ideal para executar os princípios científicos aos quais Taylor se referia (Behn, 1988).

O estabelecimento do paradigma burocrático na organização do Estado rapidamente ganhou aceitação, muito motivada por um contexto sócio-histórico no qual se apontava a necessidade de combate ao patrimonialismo oriundo da formação do Estado brasileiro. Como afirma Gilberto Freyre (1998), a origem do Estado Patrimonial brasileiro se localiza na vinculação entre “unidade familiar” e “unidade de produção”, que se confundiam na Casa Grande, e que se consolidou ao longo dos séculos. Por isso, no período pós-Revolução de 1930 (“getulista”), racionalizar a gestão era uma forma de reafirmação dos valores propriamente burocráticos na administração pública (Bresser-Pereira, 1996) visando extirpar qualquer tipo de manifestação do patrimonialismo fortemente entranhado na tessitura social brasileira.

Contudo, no decorrer da consolidação do “modelo burocrático” no âmbito da administração pública brasileira, muitas mudanças significativas foram ocorrendo, em particular as relacionadas ao questionamento da eficiência das ações públicas diante das novas necessidades advindas do avanço das sociedades capitalistas, da agudização das relações conflituosas entre Estado-mercado e da ressignificação do papel dos Estados Nacionais na proteção da vida dos cidadãos (Bresser-Pereira, 1996; Fiori,

1992). Assim, em meados dos anos 1970, as críticas relativas ao tamanho do Estado, à adoção de mecanismos de regulação econômica de inspiração keynesiana<sup>1</sup> e à pouca capacidade de resposta ágil e eficiente do Estado às demandas sociais emergentes se agravaram. *Pari passu* às críticas relativas ao papel do Estado, a crise do petróleo em 1974 e a globalização da economia após a Queda do Muro de Berlim, com o fim da utopia comunista (Hobsbawm, 1995) evidenciaram ainda mais a problemática de um Estado-Interventor. Não obstante, como solução à crise estrutural do capital, apostou-se no recuo do Estado em prol do reaquecimento econômico, como elencado na maioria dos projetos políticos neoliberais adotados em vários países (Laurell, 2002).

No contexto histórico aberto em nível mundial com a Queda do Muro de Berlim, e logo em seguida com o fim da União Soviética (um típico Estado-Interventor), rapidamente a máquina pública adaptou-se, em muitos países, aos moldes do Estado Regulador. Não foi diferente no Brasil, com a redefinição de regras que passaram a reger a administração pública. Para Bresser-Pereira (1996) essas novas regras se apoiam “na proposta de administração pública gerencial, como uma resposta à grande crise do Estado dos anos 1980 e à globalização da economia” (p.1). Para o autor, os dois fenômenos supracitados impuseram, em todo o mundo, a redefinição das funções do Estado e da sua burocracia, com vistas a atribuir-lhe como missão principal a ênfase nos resultados. A despeito dos diferentes significados suscitados pela nova gestão pública, Bresser-Pereira (1996) argumenta com o fato de que a necessidade desse modelo decorria não só da diferenciação de estruturas e da complexidade crescente da pauta de problemas a serem enfrentados pelo Estado, mas também de legitimação da burocracia perante as demandas da cidadania. Behn (1998) assinala que a nova gestão pública é uma nova conceituação da administração pública que “consiste de vários componentes inter-relacionados”, buscando

Fornecer serviços de alta qualidade que os cidadãos valorizem; aumentar a autonomia dos gestores

1 Referente à teoria econômica baseada nas ideias de John Maynard Keynes.

públicos, especialmente dos controles da agência central; **medir e premiar organizações e indivíduos com base no cumprimento das metas exigidas de performance**; tornar disponível recursos humanos e tecnológicos que os gestores necessitam para desempenharem bem suas tarefas; e, reconhecendo as virtudes da competição, manter uma atitude aberta a respeito de quais propósitos públicos devem ser desempenhados pelo setor privado, e não pelo setor público (p. 39, grifo nosso).

Trata-se, em suma, de uma reestruturação das organizações públicas para atribuir-lhes flexibilidade administrativa e responsabilização (Garces, Silveira, 2002). Para materialização dessa proposta, a “contratualização de resultados” é uma das ferramentas mais utilizadas, tornando-se, portanto, um mecanismo cada vez mais incorporado às políticas públicas. Daí então, os resultados se tornam o alvo em potencial das organizações públicas que passam a focar na melhoria de seus desempenhos, para isso tentando equacionar adequadamente os requisitos de autonomia (de gestão) e controle (de resultados) (Pacheco, 2009).

No decorrer da implantação do paradigma gerencial, a contratualização de resultados foi tomando distintos significados nas administrações públicas, o que Kettl (1997) identificou como duas correntes de contratualização diferentes. Por um lado, tem-se a corrente chamada *make managers manage*, reunindo países que criaram incentivos visando influenciar comportamentos e, por outro, *let managers manage*, expressando a visão de que há inúmeras barreiras a serem removidas, regras, procedimentos e estruturas rígidas que impedem o administrador público de administrar. No primeiro caso, a contratualização de resultados representa uma **nova forma de controle** e vem acompanhada do estabelecimento de sanções positivas e negativas; o país que levou mais longe tal perspectiva foi a Nova Zelândia, com a primeira geração de reformadores. No segundo caso, o acordo de resultados é visto como instrumento de coordenação, ajuste e aprendizado organizacional. A experimentação, e não o controle, é a aposta para a melhoria do desempenho. Essa tem sido a marca das reformas na Austrália e Suécia.

Claramente identificada com a primeira proposta de contratualização, a administração pública brasileira vem desenvolvendo uma gestão na qual o alcance dos resultados vem acompanhado de mecanismos de ganhos/perdas de incentivos. Mesmo sabendo-se que a maior restrição da administração pública brasileira é a rigidez de procedimentos administrativos e uma execução orçamentária legalmente difícil (ao qual se aplicaria a segunda proposta), a aposta da vertente brasileira repousa na modificação do estilo de trabalho do servidor; ou seja, na aquisição de um comportamento empreendedor dos gerentes públicos, inseridos em um ambiente organizacional tradicionalmente burocrático (Garces; Silveira, 2002) de modelagem clássica.

Pode-se reiterar, portanto, que o objetivo geral da reforma administrativa conduzida em âmbito brasileiro foi fomentar a passagem de uma administração pública burocrática para uma administração pública gerencial. As características da administração gerencial podem ser elencadas como: (1) descentralização do ponto de vista político, transferindo recursos e atribuições para os níveis políticos regionais e locais; (2) descentralização administrativa, por meio da delegação de autoridade para os administradores públicos transformados em gerentes crescentemente autônomos; (3) organizações com poucos níveis hierárquicos, em vez de piramidal, (4) pressuposto da confiança limitada e não da desconfiança total; (5) administração voltada para o atendimento do cidadão, ao invés de autorreferida; (6) controle por resultados, *a posteriori*, em vez do controle rígido, passo a passo, dos processos administrativos (Bresser-Pereira, 1996).

Devido à forte ênfase na execução orçamentária e financeira orientada pelos resultados obtidos (Garces, Silveira, 2002) é que o paradigma gerencialista recomenda atenção ao **planejamento** e à **gestão estratégica**. A estratégia, entendida como uma forma de sobrevivência contemporânea a um mercado cada vez mais competitivo (Touraine, 2000), invade o espaço público gerando concorrência pública entre seus entes. A estratégia se torna a pedra fundamental para o alcance dos resultados e muitas vezes obriga a gestão, em nome de um desempenho, a lançar mão da seletividade e da focalização. Nessa

perspectiva, a introdução de “programas” e um processo de gerenciamento cada vez mais orientado por “pacotes programáticos” adentram o ambiente atual da administração pública engendrando progressivamente novos valores e atitudes empreendedoras características da administração orientada para resultados (Garces; Silveira, 2002), o que faz com que alguns autores (Smith, 2002; Matias-Pereira, 2008) batizem a administração gerencial como um processo de “gestão por resultados” de forma mercantilizada. A especificidade do **resultado** como produto máximo dessa filosofia de gestão deposita nas metas a redução do escopo administrativo, sendo estas representativas de toda cadeia de intangíveis intrínseca aos processos organizacionais, como a qualidade por exemplo. Nessa conjuntura, como refere Busanelo (2011), as metas organizacionais se resumem a um sistema de **controle típico** que envolve quatro passos essenciais: “(i) estabelecer **parâmetros de desempenho**; (ii) **medir o desempenho**; (iii) comparar o desempenho com os parâmetros e determinar desvios; e (iv) tomar medidas corretivas (na maior parte das vezes, nos comportamentos dos indivíduos)” (p. 2, grifo nosso).

## Lógica meritocrática e função controle: resultado, desempenho e premiação

No senso comum, o desempenho do ente que se pretende avaliar goza de certo consenso. Contudo, do ponto de vista científico, o termo detém diversos sentidos e formas de aplicação que se diferenciam, basicamente, a partir ou do que está sendo avaliado ou da ênfase no processo que está sob avaliação (Irwin, 2010).

O vocábulo “desempenho” apresenta diversas significações a depender do autor e da seara científica na qual se localiza o termo. No sentido *lato*, pode-se dizer que desempenho (ou performance) é um conjunto de características ou capacidades de comportamento e rendimento de um indivíduo<sup>2</sup>, de uma organização (Corrêa; Horneaux Júnior, 2005) ou grupo ou de seres humanos (Reifschneider, 2008), de animais<sup>3</sup> ou de outros seres vivos (Ling, 1977), de máquinas ou equipamentos (Porto; Creppe, 2002), de produtos<sup>4</sup>, sistemas<sup>5</sup>, empreendimentos (Lourenzani; Quieroz; Souza Filho, 2008) ou processos<sup>6</sup>, em especial quando comparados com metas, requisitos ou expectativas previamente definidos. Em sentido mais estrito, Bergamini e Beraldo (1988) definem desempenho como uma ação, atuação, ou comportamento qualificados a partir de uma expectativa. Para Siqueira (2002), o desempenho é uma defasagem a ser mensurada a partir de uma expectativa criada sobre determinado comportamento. Misoczky e Vieira (2001) identificam alguns significados para o termo desempenho, presentes na literatura sobre organizações: a) como desempenho “dramático” e “cultural” na interação entre gerentes e outros membros da organização no processo de construir o sentido da identidade organizacional; b) como resultado de atividades quantificáveis por meio de medidas como o lucro contábil ou o retorno do investimento, por exemplo, sendo sinônimo de eficiência; c) como o que é atingido dos objetivos formais. Como se vê, é consenso que o desempenho está relacionado a uma expectativa de cumprimento comportamental previamente estabelecido.

O desempenho está relacionado à lógica de superação de expectativas que atribuem um mérito funcional àquele que executou algo além do esperado. Não obstante, desempenho pode ser entendido como

2 PROCÓPIO, M. L. *Reflexões sobre a avaliação individual de desempenho*. Portal Guia RH. Disponível em: <<http://www.rh.com.br/Portal/Desempenho/Artigo/3163/reflexoes-sobre-aavaliacao-individual-de-desempenho.html>>. Acesso em: 10 nov. 2010.

3 RINK, B. *Equitação e liderança*. Palestra de Bjarke Rink para os alunos do Curso de Instrutor de Equitação/2004 na Escola de Equitação do Exército, em 16/03/2004. Disponível em: <[http://www.desempenho.esp.br/noticia/get\\_noticia.cfm?id=1176](http://www.desempenho.esp.br/noticia/get_noticia.cfm?id=1176)>. Acesso em: 10 nov. 2010.

4 CROW, K. *Product development metrics*. DRM Associates. Disponível em: <<http://www.npdsolutions.com/pdmetrics.html>>. Acesso em: 10 nov. 2010.

5 HILL, J. *System performance management moving from chaos to value*. Disponível em: <<http://www.walker-institute.ac.uk/~swsellis/tech/solaris/performance/doc/blueprints/0701/SysPerfMgmt.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2016.

6 JESUS, L. *Medição de desempenho de processos*. Disponível em: <[http://blog.bpmglobaltrends.com.br/download/abpmp\\_medicao\\_desempenho\\_processos\\_vo6o8o8.pdf](http://blog.bpmglobaltrends.com.br/download/abpmp_medicao_desempenho_processos_vo6o8o8.pdf)>. Acesso em: 24 mar. 2016.

uma gradação de resultados conceitualmente relacionados à busca de um prêmio por mérito atingido e, portanto, compõe a lógica da meritocracia. Contudo, no paradigma gerencial, o desempenho ficou associado apenas à produtividade e à quantidade de trabalho (Barbosa, 1996). Contudo, toda organização necessita ser avaliada por meio de um sistema que possibilite, por processos de retroalimentação, rever suas estratégias e métodos de trabalho. Assim ela se recicla, oxigena-se e torna-se capaz de sobreviver em ambientes turbulentos e mutáveis (Souza, 2002). Bons desempenhos, sob a lógica meritocrática, são incentivados pela premiação. O foco de abordagem de um processo que avalia o desempenho de determinado ente é a relação entre contribuição versus retribuição. Constata-se que, dependendo da época, do tipo e da forma pela qual foi conduzida a avaliação, a relação contribuição-retribuição sofrerá alterações (Neto; Gomes, 2003).

O desempenho, ainda assim, pode ser entendido de diversas formas a depender do suporte teórico em que a avaliação organizacional repousa. No **modelo do alcance das metas** (mais utilizado pelos analistas e pelos técnicos em organizações) corresponde à conceituação funcionalista, racional, da organização, que foi e continua sendo a perspectiva dominante na teoria das organizações. Segundo essa abordagem, uma organização existe para cumprir objetivos específicos e a avaliação do seu desempenho consiste então em avaliar em que medida a organização atinge seus objetivos (Sicotte; Champagne; Contandriopoulos, 1998).

Um segundo modelo frequentemente utilizado é o **modelo dos processos internos** segundo o qual uma organização com alto desempenho é aquela que funciona sem solavancos, de acordo com as normas estabelecidas, sem tensões excessivas. Valoriza-se então a estabilidade e o controle. Esse modelo coloca a medida do desempenho organizacional ao nível dos processos internos de produção.

Quando as organizações são trabalhadas no **modelo de sistemas abertos**, dá-se uma grande importância às relações estabelecidas entre a organização e seu ambiente. A aquisição e a manutenção de um nível de recursos adequado tornam-se então alguns dos principais desafios

organizacionais. Esse modelo da aquisição dos recursos representa, para vários gestores, a definição operacional do objeto da organização, sugerindo que o sucesso reside na aquisição de recursos, no crescimento e na adaptação. Mesmo sob o surgimento de ideias mais avançadas como a de **condição traçadora** que considera, além dos procedimentos, os resultados, desfechos e efeitos terapêuticos (Tanaka; Espírito Santo, 2008), esse modelo defende que a capacidade para uma organização de se apossar dos recursos necessários ao seu bom funcionamento e a sua sobrevivência no ambiente são, em absoluto, critérios importantes para avaliar seu desempenho (Sicotte; Champagne; Contandriopoulos, 1998).

No **modelo das relações humanas** (que está baseado numa visão orgânica ou natural das organizações), coloca-se a ênfase nas atividades necessárias à manutenção de um clima satisfatório de colaboração dentro da organização e na satisfação das necessidades das pessoas que nela trabalham. Isso sugere que uma organização com alto desempenho é aquela que consegue funcionar enquanto ambiente de trabalho saudável. A estabilidade, o consenso, a motivação, o ambiente de trabalho são valores fundamentais.

Um quinto modelo que conforma a ideia de desempenho organizacional é o **modelo político** (*strategic constituencies model*) segundo o qual uma organização com alto desempenho é aquela que consegue satisfazer os objetivos internos e externos. Esse modelo está fundamentado numa visão política ou estratégica segundo a qual as organizações constituem arenas políticas nas quais os atores interagem em função dos seus próprios interesses estratégicos. Aqui, a ênfase está colocada na negociação e no compromisso.

O **modelo da legitimidade social** (*social legitimacy model*), que se insere numa perspectiva ecológica do funcionamento das organizações, considera que uma organização é eficiente na medida em que ela se mantém e sobrevive conciliando os processos e os resultados com valores sociais, normas e objetivos. Reputação, prestígio e imagem constituem, então, os indicadores de desempenho (Lobato; Giovanella, 2012).



Esses modelos de avaliação do desempenho organizacional são baseados em diversas representações conceituais do desempenho. Outros autores escolheram renunciar a definir (no nível conceitual) o desempenho e propuseram modelos que se poderia qualificar de “metodológicos” da avaliação do desempenho. O **modelo zero defeito** (*fault-driven model*) estima que uma organização seja considerada de alto desempenho se ela não cometer erros ou se não existir sinais de ineficiência. Em vez de definir o que poderia ser o desempenho, trata-se aqui de avaliá-lo identificando os momentos de mau desempenho. O **modelo comparativo de desempenho** (*comparative high performance mode*) é um outro modelo metodológico, segundo o qual uma organização é avaliada em comparação com outras organizações semelhantes. Geralmente, o critério de desempenho é então escolhido em função dos dados disponíveis para as diversas organizações que estão sendo comparadas. Finalmente, o modelo metodológico mais popular da avaliação do desempenho das organizações de serviços de saúde é o modelo normativo do sistema de ação racional. Inspirando-se nas teorias da ação em sociologia (Weber, Parsons, Simon e outros), Donabedian (1996) propôs que a qualidade dos cuidados ou, mais geralmente, o desempenho pode ser avaliado utilizando normas não apenas de resultados, mas também, de processo e de estrutura conforme os cuidados relacionados em determinada rede regional em construção.

## Função controle e dificuldades em avaliar o desempenho de sistemas de saúde como objeto complexo

Na indústria, a aferição do desempenho é possível uma vez que há um produto concreto derivado do processo de trabalho. A avaliação do desempenho do sistema é feita sob duas circunstâncias basicamente: quando a produção de uma dada organização é orientada pelo produto ou quando há um processo de produção de um determinado bem, de modo isolado de outros processos. Nesse tipo de arranjo, a causalidade é conhecida, o desempenho pode ser definido em indicadores, os produtos são

uniformes e o ambiente estável (Champagne, 2003; Klazinga, 2010).

Contudo, considerando apenas o **serviço** de saúde como foco de mensuração, a medição do desempenho já necessita levar em consideração diversos atributos. A natureza do **trabalho em saúde** já lhe confere, por si só, características que não cotejam com a noção de controle característica dos processos industriais. O trabalho em saúde é essencialmente: a) coletivo; b) compartimentalizado; c) interdependente e d) marcado pela incerteza da demanda (Ribeiro; Pires; Blank, 2004). Uma vez que o **serviço** é um **processo de trabalho** (Meirelles, 2006), os **serviços de saúde** podem ser considerados como um **trabalho em saúde em processo**.

Segundo as características elencadas por Meirelles (2006), os **serviços em geral** têm algumas características que são: (1) intangibilidade: ele não pode ser tocado, ou seja, não é dotado de base material; (2) inestocabilidade: não pode ser estocável, ou seja, não possui uma base material que possa fazer que seja guardado na espera do seu consumo; (3) irreversibilidade: o serviço uma vez iniciado não pode ser desfeito - ele pode até parar no meio de sua execução, mas não pode ser retroagido, ou ainda, ele não pode retroceder; (4) ele é dependente de recursos humanos: não há como prestar um serviço sem pessoas que o executem; (5) é dependente de informação: devido à interface prestador-usuário, a informação é fundamental para que haja entendimento sobre o serviço que se está prestando; (6) indistinguibilidade: o processo e o produto são indistinguíveis, ou seja, o produto é consumido no ato de sua execução.

Os serviços de saúde, além de todas essas características (apenas por serem **serviços**) ainda possuem mais quatro (próprias do fato de serem de saúde): (1) não são passíveis de padronização: mesmo com uso de protocolos que guiam as ações, os serviços de saúde são praticamente incapazes de serem replicados identicamente (Spiller et al., 2009; Nogueira, 1997); (2) são altamente dependentes das relações interpessoais: vínculo, escuta, paciência, tolerância e outros atributos próprios da psicologia humana no tratamento do outro; (3) dependem de recursos humanos muito qualificados: todos os

profissionais de saúde requerem no mínimo segundo grau completo e ainda dois anos (no mínimo) de formação na área específica de saúde (Mendes, 2011); (4) apresenta fragmentação organizacional: um paciente muitas vezes depende da prestação de vários serviços em organizações diferentes para resolver seu problema de saúde, pois nem todas as organizações possuem os recursos suficientes para resolver todos os problemas de um usuário (Nusbaumer, 1984).

Para os autores contemporâneos os serviços de saúde podem ser classificados como: a) serviços finais, relacionados ao bem estar e à qualidade de vida dos consumidores (Marshall, 1988); b) serviços de suporte às necessidades pessoais (Walker, 1985); c) serviços governamentais devido ao fato de o Estado promover esses serviços, visto que não tem valor agregado (Conill, 2006); d) **serviço** do tipo **puro**, ou seja, aquele que é único e exclusivo - o resultado do processo de trabalho é o próprio trabalho sem necessariamente um produto resultante (Meirelles, 2006), sendo este externo ao processo.

Logo, comparada às condições industriais e todos os aspectos relativos à especificidade da saúde como serviço, fica evidente a complexidade do tema quando se trata de sistemas de saúde. Estes lidam com organizações que tem obrigações centradas nos usuários com a produção de múltiplos “produtos”, têm uma orientação fortemente focada no processo e sua produção é geralmente confundida com a de outros coprodutores de saúde. Ainda, os produtos dos sistemas de saúde são entrelaçados de causalidades desconhecidas. Há dificuldades em definir padrões de qualidade nos indicadores de desempenho e os desafios aumentam à medida do aumento dos serviços e pela dinâmica do ambiente (Klazinga, 2010).

Fora isso, como afirma Conill (2006), quando se busca analisar comparativamente os sistemas de saúde, o foco tende a recair sobre os “sistemas de serviços e cuidados”. Entretanto reduzir os sistemas de saúde aos sistemas de serviços e cuidados em saúde é um dos problemas mais grosseiros da área. Os primeiros são muito mais abrangentes e se referem à saúde em um sentido ampliado a qual é resultado de uma interação complexa de um conjunto de fato-

res e ações de diversos sistemas sociais. Os sistemas de saúde incluem o conjunto das intervenções que têm como meta problemas específicos, sociais ou de saúde; cobrem toda a gama das intervenções, dos serviços preventivos aos serviços paliativos, passando pelos serviços de diagnósticos e curativos. Compreendem as grandes funções da saúde pública (vigilância, proteção e promoção da saúde, prevenção das doenças, avaliação do sistema dos serviços de saúde, desenvolvimento das competências em saúde pública) (Levesque, Bergeron, 2003), mas os sistemas de saúde não têm responsabilidades diretas, ou governabilidade, sobre o conjunto das condições sociais, econômicas, culturais, demográficas que afetam a capacidade das pessoas de viver bem e por muito tempo.

Assim, a compreensão do desempenho nos estudos de sistemas de saúde tem recebido muitas críticas negativas pelas suas deficiências. Muitos sistemas de desempenho sofrem de incompletude, no entanto é inevitável que alguns aspectos da prestação do serviço sejam omitidos nas medidas de desempenho. A implicação disso é que alguns aspectos medidos ganham prioridade e os não-medidos são negligenciados, ou seja, o velho ditado de que “o que é medido, é feito” (Exworthy, 2010). Há pelo menos três problemas centrais relativos à mensuração de desempenho de sistemas de saúde: em primeiro lugar, a consistência ao longo do tempo é importante em medidas de desempenho, consistência na visão, na regulação e no uso dos incentivos de mercado. Em segundo lugar, as tensões se encontram entre a automelhora, a autorregulação e as pressões externas. Onde se verificar melhor equilíbrio entre essas formas de regulação haverá margem para outras considerações como o papel dos gerentes, a avaliação pelos pares e os reguladores externos. Em terceiro lugar, há a preocupação de que o uso de metas tende a concentrar-se sobre as áreas que são medidas, enquanto as que não o são tendem a ser negligenciadas, de modo que o que é medido é gerenciado, mas permanecem dúvidas sobre aquilo que não é medido (Smith, 2002). Assim, avaliar o desempenho de sistemas de saúde requer um modelo conceitual claro, no qual se explicita o que se considera desempenho do sistema de saúde, que se

disponha de bancos de dados que disponibilizem os dados necessários à construção dos indicadores e de uma política e um sistema de gestão que use constantemente as informações produzidas nas avaliações, nas tomadas de decisões (Klazinga, 2010).

As pesquisas sobre sistemas de saúde apresentam uma ampla gama de delineamentos e métodos. O *The Methodological Reader* publicado pela *Alliance for Health Policy and Systems Research* em 2012 classifica os desenhos de pesquisa nessa área em duas principais estratégias de pesquisa: desenhos fixos que são estabelecidos antes da coleta de dados, e desenhos flexíveis que evoluem durante o processo de estudo. Estratégias fixas normalmente usam abordagens mais positivistas no desenho do estudo, os dados são geralmente quantitativos e os investigadores procuram principalmente medir o impacto de um fenômeno em condições altamente específicas e controladas. Projetos experimentais e modelagens são acoplados com análise estatística geral. Dentre as técnicas comuns incluem a coleta de dados tipo *surveys*, entrevistas estruturadas, semiestruturadas e pesquisas de opinião. Desenhos flexíveis, por outro lado, são mais de natureza interpretativa e lidam com dados qualitativos primordialmente. Projetos globais incluem estudo de caso, *grounded theory*, etnografias, histórias de vida e métodos fenomenológicos. Entrevistas, grupos focais, diversas modalidades de observação e revisão de documentos são comumente as fontes de dados. Os dados são analisados de forma interativa por processos interpretativos (Hoffman et al., 2012).

Para Hoffman et al. (2012) os desafios na mensuração do desempenho de sistemas de saúde estão relacionados à: a) Generalização: os achados de pesquisas muitas vezes dependem do contexto em particular em que os estudos foram conduzidos, o que torna difícil generalizá-los. Além disso, os métodos para alcançar validade externa e promover a generalização estão sujeitos ao escrutínio de diferentes tradições de pesquisa com diferentes orientações metodológicas; b) Comparabilidade: o número reduzido de sistemas de saúde em todo o mundo (pouco mais de 200) é um problema para o uso de certos métodos empíricos como as análises transversais, além disso, os sistemas de

saúde são muito raramente reformados em grande escala (e estão ainda constantemente experimentando pequenas mudanças); c) Aplicabilidade e transferência: a pesquisa de sistemas de saúde é altamente contexto-específica, isso significa que estudos realizados em uma jurisdição não podem ser aplicáveis ou transferíveis *ipsis litteris* a outra jurisdição; d) Padronização: como visto há uma falta de concordância conceitual em termos-chaves, uma diversidade de quadros teóricos e de paradigmas e discordância quanto ao modo como métodos diferentes dialogam e as circunstâncias nas quais eles podem ser úteis em responder diferentes tipos de questões; e) Priorização: a comunidade de pesquisadores de sistemas de saúde também carece de um processo de consenso amplo sobre as prioridades que dinamicamente são identificadas e o tipo de pesquisa que deveria ser conduzida e financiada. Dado o contexto específico da pesquisa de sistemas de saúde, esse desafio é agravado pela possibilidade de transferência limitada de definição de prioridades de uma jurisdição a outra e, portanto, requer a capacidade supranacional de priorização; f) Diversidade comunitária: na pesquisa em sistemas de saúde a comunidade não é na realidade uma comunidade. Como um campo de investigação que está devotado ao fortalecimento dos sistemas de saúde e entendimento do contexto nos quais eles funcionam (particularmente avançando no debate sobre os aspectos teóricos e desenvolvimento de métodos particulares), os pesquisadores de sistemas de saúde vêm de diferentes lugares, foram treinados em diferentes disciplinas, trazem diferentes tradições, falam línguas diferentes, preferem diferentes métodos e focam em diferentes questões.

## **Desempenho de sistemas de saúde para além da função controle: avaliar com quem e para quem?**

Construir um quadro teórico de desempenho de sistemas de saúde não é uma atividade simples nem um exercício acadêmico neutro, mas deve capturar tanto noções administrativas quanto políticas. Por isso, a construção de muitos quadros de desempe-

nho baseia-se em processos de desenvolvimento que incluem os principais grupos de interessados (*stakeholders*) (Klazinga, 2010).

A medição do desempenho, entendida como um insumo para avaliação na gestão, deve ter por finalidade propiciar um processo de decisão oportuno no tempo, com confiabilidade e abrangência de informações, segundo objetivos dos distintos atores (Tanaka; Melo, 2008). Em Avaliações para Gestão de Serviços de Saúde (AGSS) é importante que todos aqueles que participam ou que serão afetados pelas ações desencadeadas pela tomada e prática da decisão, tornem-se **partícipes** e **interessados** pelos resultados da avaliação. A avaliação tem que convergir para as necessidades dos atores da avaliação, ou seja, não só aqueles que são responsáveis pela tomada de decisão, mas também aqueles que serão responsáveis pela implementação das ações decorrentes da decisão tomada. Pelo fato de constituir uma cadeia de eventos, se um deles não executar a tarefa que lhe é devida, a ação não será concretizada. Por isso é fundamental ter aceitabilidade pelos atores a fim de que os seus resultados sejam legitimados e utilizados pelos gestores e técnicos envolvidos na ação (Tanaka; Tamaki, 2012).

Com fins de caracterizar os atores dos processos de avaliação de desempenho de sistemas de saúde, Andrade (2012) afirma que, nesse sentido, há pelo menos cinco cenários nos quais se localizam os atores interessados na tomada de decisão: 1) o cidadão-usuário; 2) a família; 3) a sociedade; 4) os técnicos e administradores; 5) os gestores. Para Brouselle et al. (2011) os atores envolvidos com o processo de avaliação podem ser indivíduos ou grupos organizados de agentes (organizações, grupos de pressão, sindicatos etc.). Os atores caracterizam-se por: 1) seus valores, suas convicções, seus conhecimentos; 2) seus projetos, suas intenções; 3) pelos recursos que possuem ou que controlam; 4) por suas disposições para a ação. Os atores interagem num jogo permanente de cooperação e de competições para melhorar sua posição, para ter ou controlar os **recursos críticos do sistema de ação** (dinheiro, poder, influência, compromissos em função das normas sociais). As práticas dos atores (gestores, médicos, pessoal para os cuidados, dentre outros) ficam ao

mesmo tempo influenciadas pelas estruturas do sistema e as constituem processualmente.

As práticas dos atores organizam os processos por meio dos quais os recursos do sistema são mobilizados e utilizados para produzir os bens e serviços necessários para alcançar as metas almejadas (organizacionais, pessoais, de grupo). Os atores são, portanto, interdependentes (Brouselle et al., 2011), e se poderia dizer que essa interdependência é a base da dinamicidade dos sistemas de saúde. A dinâmica dos sistemas de saúde pode ser caracterizada por funções e relações que se estabelecem entre seus componentes. Resultam em políticas, ações e serviços, contribuem para os resultados - negativos ou positivos - e determinam o desempenho dos sistemas de saúde (Lobato; Giovanella, 2012).

A dinâmica dos sistemas de saúde pode ser entendida como um **sistema de ação organizado**. Como todo sistema de ação organizado, o sistema dos serviços de saúde está situado num contexto concreto, num determinado momento. Sua estrutura é constituída pela interação de uma estrutura física particular (prédios, arquitetura, níveis técnicos, orçamentos), uma estrutura organizacional (governança) e uma estrutura simbólica específica (representações, valores, normas coletivas). Ela delimita um espaço social no qual interagem quatro grandes grupos de atores (profissionais, gestores, mundo mercantil e mundo político), num jogo permanente de concorrência e de cooperação, orientado ao mesmo tempo pelas finalidades do sistema, no intuito de conseguir ou de controlar os recursos. O próprio sistema dos serviços de saúde, enquanto sistema de ação organizado, está formado por vários subsistemas de ação organizados e interdependentes, cada qual com certo grau de autonomia (Hoffman et al., 2012), especialmente no Brasil onde subsistemas regionais são ordenados legalmente pela diretriz da regionalização e são empiricamente determinados pela articulação entre decisões políticas e nível de institucionalidade das ações (Lima et al., 2012).

Reconhecer a existência dessas relações políticas e incorporá-las ao estudo dos sistemas é identificar quem são os atores importantes no processo de decisão ou realização de uma determinada diretriz do sistema; o que pensam, quais seus projetos, que

recursos detêm, que estratégias adotam (Lobato; Giovanella, 2012). Em alguns sistemas, as fortes influências político-partidárias com grande rotatividade, descontinuidade e desqualificação técnica da gestão são barreiras clássicas da dinâmica dos sistemas ao desempenho de sistemas de saúde (Conill, 2012), por isso, mais uma vez se justifica a necessidade do olhar desses atores e seus interesses intrínsecos à avaliação de desempenho desses sistemas. Para cada componente ou função dos sistemas de saúde, há um conjunto de relações sociais que interferem em sua dinâmica. É inegável sua presença na condução dos sistemas, daí a necessidade de que os estudos passem a incorporá-los como elementos inerentes à emergência, desenvolvimento e por que não dizer, ao desempenho dos sistemas de saúde (Lobato; Giovanella, 2012). Por isso, em estudos de sistemas de saúde, incorporar as perspectivas dos atores sociais nos processos de avaliação é de suma importância. A valorização da experiência vivencial dos atores sociais, concebendo-os como esse “outro” – sujeito e protagonista de um programa ou serviço, aliada à postura epistemológica de investigação pautada na intersubjetividade da relação sujeito-investigador contemplaria, duplamente, a exigência ética da alteridade na reflexão acerca dos serviços e ações governamentais (Uchimura, Bosi, 2002).

## Considerações finais

Embora recorrente entre gestores e analistas do sistema público de saúde brasileiro, o tema da avaliação do desempenho de sistemas de saúde, por sua complexidade e forte componente político, é abordado escassamente na literatura científica mundial, conforme se constata na revisão empreendida neste ensaio. Há nítida opção, por parte dos estudiosos, por temas pouco abrangentes, e são raros os artigos que abordam a temática do desempenho utilizando delineamentos compreensivos e totalizantes. A maior parte das pesquisas ocupa-se de aspectos parciais, seletivos e focalizados, dirigindo as análises para dimensões que se poderiam classificar como secundárias, considerando-se a relevância desse tipo de estudo para as políticas públicas, em todos os países. Tais restrições das abordagens decorrem,

pode-se admitir, da referida complexidade inerente ao tema, embora não se deva subestimar o papel da dimensão política (e, portanto, ideológica) presente nessas escolhas.

Neste ensaio, com foco na função (não exclusivamente) administrativa do controle, observa-se a relativa utilidade, para esse fim, dos estudos focalizados e restritos a par do insuficiente desenvolvimento teórico-metodológico dessa área de estudos no que concerne às abordagens mais inclusivas e totalizantes. Configura-se, portanto, uma importante lacuna no conhecimento científico sobre o tema, com reflexos significativos sobre as práticas avaliativas, prejudicando-as. Essa constatação é relevante, uma vez que a consolidação do Estado Regulador requer esse desenvolvimento teórico, imprescindível para dotá-lo dos instrumentos e recursos necessários ao cumprimento do seu papel. Fazer avançar esses conhecimentos interessa a governantes, gestores, lideranças sindicais e dos movimentos sociais, entre outros segmentos sociais, para que possam dispor de bases científicas sobre avaliação de desempenho de sistemas de saúde, para nelas apoiar suas ações. Pode-se afirmar, por fim, que o predomínio de abordagens seletivas, combinado com a ausência ou insuficiência de estudos abrangentes, conforme se identifica nesta revisão, indica a necessidade de reorientar a produção de conhecimentos sobre desempenho de sistemas de saúde – e não apenas no Brasil.

## Referências

- ANDRADE, L. O. M. Inteligência de governança para apoio à tomada de decisão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 829-832, 2012.
- BARBOSA, L. Meritocracia à brasileira: o que é desempenho no Brasil? *Revista do Serviço Público*, Brasília, DF, v. 120, n. 3, p. 58-102, 1996.
- BEHN, R. D. O novo paradigma da gestão pública e a busca pela *accountability* democrática. *Revista do Serviço Público*, Brasília, DF, v. 49, n. 4, p. 5-43, 1998.
- BERGAMINI, C. W.; BERALDO, D. G. R. *Avaliação de desempenho humano na empresa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1988.

- BRASIL. Portaria n. 1.654 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 jul. 2011. Seção 1, p. 37.
- BRESSER-PEREIRA, L. C. Da administração pública burocrática à gerencial. *Revista do Serviço Público*, Brasília, v. 47, n. 1, p. 1-28, 1996.
- BROUSELLE, A. et al. (Org.) *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- BUSANELO, E. C. Um panorama dos estudos sobre avaliação de desempenho logístico Indicadores e sistemas de mensuração. In: *XXXV ENANPAD 2011*. Rio de Janeiro: ANPAD, 2011. v. 1.
- CHAMPAGNE, F. *Defining a model of hospital performance assessment for European hospitals*. Barcelone: WHO regional office for Europe, 2003.
- CHERCHIGLIA, M. L.; DALLARI, S. G. A reforma do Estado e o setor público de saúde: governança e eficiência. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p. 65-84, 1999.
- CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 563-613.
- CONILL, E. M. Sobre os impasses dos usos da avaliação para a gestão: não é preciso inventar, nem basta simplificar. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 834-836, 2012.
- CORRÊA, H. L.; HOURNEUAX JÚNIOR, F. A Evolução dos métodos de mensuração e avaliação de desempenho. In: *Anais do XXIX ENANPAD*. Brasília: ANPAD, 2005. v. 1. p. 1-15.
- DONABEDIAN, A. The effectiveness of quality assurance. *International Journal for Quality in Health Care*, London, v. 8, n. 4, p. 401-407, 1996.
- EXWORTHY, M. The performance paradigm in the English NHS: potential, pitfalls, and prospects. *Eurohealth*, London; v. 16, n. 3, p. 16-19, 2010.
- FAYOL, H. *Administração industrial e geral*. 10. ed. São Paulo: Atlas, 1990.
- FIORI, J. L. Para repensar o papel do Estado sem ser um neoliberal. *Revista de Economia Política*, São Paulo, v. 12, n. 45, p. 76-89, 1992.
- FREYRE, G. *Casa-Grande & Senzala*. 34. ed. Rio de Janeiro: Record, 1998.
- GARCES, A.; SILVEIRA, J. P. Gestão pública orientada por resultados no Brasil. *Revista do Serviço Público*, Brasília, DF, v. 53, n. 4, p. 53-77, 2002.
- HOBSBAWM, E. O século: vista aérea: olhar panorâmico: In: \_\_\_\_\_. *Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991*. São Paulo: Companhia das Letras, p. 11-26, 1995.
- HOFFMAN, S. J. et al. *Background paper on conceptual issues related to health systems research to inform a WHO global strategy on health systems research*. Hamilton: WHO, 2012.
- IRWIN, R. Managing performance: an introduction. *Eurohealth*, London, v. 16, n. 3, p. 15-16, 2010.
- KETTL, D. F. The global revolution in public management: driving themes, missing links. *Journal of Policy Analysis and Management*, Storrs, v. 16, n. 3, p. 446-62, 1997.
- KLAZINGA, N. Health system performance management: quality for better or for worse. *Eurohealth*, London, v. 16, n. 3, p. 26-28, 2010.
- LAURELL, A. Avançando em direção ao passado: a política social no neoliberalismo. In: \_\_\_\_\_. *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 151-178.
- LEVESQUE, J. F., BERGERON, P. De l'individuel au collectif: une vision décloisonnée de la santé publique et des soins. *Ruptures - Revue transdisciplinaire en santé*, Montreaux, v. 9, n. 2, p. 73-89, 2003.
- LIMA, L. D. et al. Regionalização da Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. (Org.). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 823-852, 2012.

- LING, G. N. The physical state of water and ions in living cells and a new theory of the energization of biological work performance by ATP. *Molecular and Cellular Biochemistry*, Amsterdam, v. 15, n. 3, p. 159-172, 1977.
- LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org). *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2012. p. 89-120.
- LOURENZANI, W. L.; QUEIROZ, T. R.; SOUZA FILHO, H. M. Scorecard Sistêmico: modelo de gestão para empreendimentos rurais familiares. *Organizações Rurais & Agroindustriais (UFLA)*, Lavras, v. 10, n. 1, p. 1-15, 2008.
- MARSHALL, J. N. *Services and uneven development*. Oxford: Oxford University Press, 1988.
- MASCARO, A. L. *Estado e forma política*. São Paulo: Boitempo, 2013.
- MATIAS-PEREIRA, J. Administração pública comparada: uma avaliação das reformas administrativas do Brasil, EUA e União Européia. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 61-82, 2008.
- MEIRELLES, D. S. O conceito de serviço. *Revista de Economia Política*, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 119-136, 2006.
- MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MISOCZKY, M. C.; VIEIRA, M. M. F. Desempenho e qualidade no campo das organizações públicas: uma reflexão sobre significados. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 5, p. 163-77, 2001.
- NETO, A. S.; GOMES, R. M. Reflexões sobre a avaliação de desempenho: uma breve análise do sistema tradicional e das novas propostas. *Revista Eletrônica de Ciência Administrativa (RECADM)*, Campo Largo, v. 1, n. 1, p. 1-24, 2003.
- NISHIJIMA, M.; BIASOTO-JUNIOR G. Análise de eficiência técnica em saúde entre 1999 e 2006. *Planejamento e Políticas Públicas*, Brasília, DF, v. 40, p. 45-65, 2013.
- NOGUEIRA, R. P. O Trabalho em Serviço de Saúde. In: SANTANA, J.P. et al. *Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília, DF: Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos, 1997. p. 183-186.
- NUSBAUMER, J. *Les services: nouvelle donne de l'économie*. Paris: Economica, 1984.
- PACHECO, R. S. Mensuração do desempenho no setor público: os termos do debate. *Cadernos de Gestão Pública e Cidadania*, São Paulo, v. 14, n. 55, p. 149-161, 2009.
- PORTO, L. G. C.; CREPPE, R. C. Modelo matemático para análise de desempenho de motores elétricos em máquinas de processamento de arroz. In: *Anais do IV Encontro de Energia no Meio Rural*, 2002.
- REIFSCHNEIDER, M. B. Considerações sobre avaliação de desempenho. *Ensaio: avaliação e políticas públicas em educação*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 58, p. 47-58, 2008.
- RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.
- ROEMER, M. *National Health Systems of the World. (Vol.1: The Countries)*. Oxford: Oxford University Press, 1991.
- ROTHER, E. T. Editorial: Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, 2007.
- SAMICO, I. et al (Org.). *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro. IMIP MedBook. 2010.
- SECCHI, L. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. *Revista de*

*Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 347-369, 2009.

SICOTTE, C.; CHAMPAGNE, F.;

CONTANDRIOPOULOS, A. C. La performance organisationnelle des organismes publics de santé. *Ruptures - Revue Transdisciplinaire en Santé*, Montréal, 1998; v. 6, n. 1, p. 34-46, 1998.

SIQUEIRA, W. *Avaliação de desempenho: como romper amarras e superar modelos ultrapassados*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

SMITH, P. C. Performance management in British health care: will it deliver? *Health Affairs*, Philadelphia, v. 21, n. 3, p. 103-15, 2002.

SOUZA, V. L. *Gestão do desempenho: julgamento ou diálogo*. Rio de Janeiro: FGV, 2002.

SPILLER, E. S. et al. Fundamentos da gestão dos serviços em saúde. In: \_\_\_\_\_. *Gestão dos serviços em saúde*. Rio de Janeiro: FGV, 2009. p. 19-44.

TANAKA, O. Y.; ESPIRITO SANTO, A. C. G. Avaliação da qualidade da atenção básica utilizando a doença respiratória da infância como traçador, em um distrito sanitário do município de São Paulo. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 8, n. 3, p. 325-332, 2008.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Avaliação de serviços e programas de saúde para a tomada de decisão.

In: ROCHA, A. M.; CESAR, C. L. M. (Ed.). *Saúde pública: bases conceituais*. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 119-131.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.

TAYLOR, F. W. *Princípios de Administração Científica*. São Paulo: Atlas S.A., 1995.

TOURAINÉ, A. *Igualdad y diversidad: Las nuevas tareas de la democracia*. México, DF: Fondo de Cultura Económica, 2000.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, 2002.

VIACAVA, Francisco et al. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, abr. 2012.

WALKER, R. Is there a service economy? *Science and Society*, New York, v. 49, n. 1, p. 42-83, 1985.

WEBER, M. *Economia e sociedade*. Brasília, DF: EdUNB, 1988, v. 1.

WILSON, W. *O estudo da administração*. Rio de Janeiro: FGV, 1955.

---

### Contribuição dos autores

Carnut escreveu a revisão crítica sobre o conteúdo do artigo e Narvai fez a leitura crítica e correção dos conteúdos apresentados pelo primeiro autor.

Recebido: 07/01/2015

Reapresentado: 30/11/2015

Aprovado: 10/12/2015