



**Ministério da Saúde
Secretaria Executiva**

Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde

**POLÍTICA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Brasília, Janeiro de 2007.

1 - INTRODUÇÃO

Na etapa atual do desenvolvimento capitalista, que é marcada pela financeirização das relações econômicas, crescem significativamente as desigualdades sociais em todos os países. A expansão da iniquidade no acesso, cada vez mais dependente dos gastos diretos, e a insegurança da obtenção de cuidado responsável em tempo oportuno ampliam as demandas sociais pela presença do Estado na provisão de ações e serviços e na regulação das relações de mercado. Os Sistemas de Saúde, em todo o mundo, têm que lidar com a crescente incorporação de tecnologias e novos recursos diagnósticos e terapêuticos, que encarecem as intervenções, ao mesmo tempo em que experimentam forte crise de financiamento do setor saúde.

Na América Latina, a essas desigualdades do ciclo atual do desenvolvimento capitalista se somam iniquidades estruturais. Desigualdades historicamente construídas se acentuaram com as reformas empreendidas a partir dos anos oitenta, que visavam restringir o acesso aos sistemas públicos de proteção social e de provisão de serviços públicos às populações sem capacidade de obter no mercado a satisfação de suas necessidades de atenção à saúde (focalização). Nos últimos anos do século vinte os resultados negativos das reformas implementadas começaram a ser reconhecidos, inclusive pelas agências que as patrocinaram. Os mecanismos de mercado não foram capazes de reduzir desigualdades e suprimir a pobreza; antes, produziram maior concentração das riquezas e aprofundamento das situações de iniquidade. Em face desses resultados, a revisão das estratégias de reforma passou a integrar a agenda política regional, com o reconhecimento de que o Estado é instância imprescindível de mediação entre interesses sociais e de mercado, de que as políticas sociais são requisito fundamental para processos de desenvolvimento sustentado, como instrumentos redistributivos e de que existem áreas em que a ação estatal é imprescindível, dentre elas a saúde. A política pública passa a representar papel estratégico e Kliksberg (2003) chega a afirmar que **o teste mais elementar do progresso social é assegurar ao conjunto da população o acesso ao direito humano primário que é a saúde.**

Esse reconhecimento da relevância das políticas públicas não impede, contudo, reconhecer, simultaneamente, **a necessidade de mudanças na forma de operação das agências estatais.** As burocracias fechadas e impermeáveis a determinados interesses sociais devem ceder lugar a **processos de gestão mais sensíveis às demandas sociais, com práticas mais eficazes e mais democráticas de gestão das políticas públicas.**

Planejamento, explicitação de objetivos e metas, responsabilização, prestação de contas, aferição de resultados, obtenção de eficiência na alocação do fundo público e de eficácia das ações são demandas à gestão que precisam ser combinadas com processos decisórios mais democráticos, com maior capacidade de respeitar as diferentes necessidades dos grupos

populacionais e de valorizar os diferentes sujeitos envolvidos no processo de implementação das políticas, a começar pelos beneficiários das mesmas.

O sistema de saúde, entendido como o conjunto de recursos articulados para a resolução de problemas sanitários, orientados por diretrizes concertadas no interior de uma sociedade, se constitui em instrumento fundamental para a qualificação da vida. Medir suas realizações se impõe como um desafio ético-humanitário e como uma exigência política das sociedades contemporâneas.

No Brasil o modelo tecnicista e medicalizador também está presente na organização do sistema de saúde. Na década de oitenta a reforma sanitária estruturou o Sistema Único de Saúde para responder a realidade social, política e administrativa caracterizada pelas complexas especificidades regionais excluídas do modelo preponderante. Transcorridas duas décadas, os gestores encontram-se frente ao desafio da efetivação do Pacto pela Saúde e de acordos entre as três esferas de gestão do SUS para reformas significativas na sua própria execução.

Os Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão¹, que resultaram de longo e cuidadoso processo de negociação e pactuação entre gestores do SUS das três esferas de governo, introduziram mudanças significativas no processo de gestão do sistema e nas formas de relação inter-governamental no âmbito da saúde. A substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos Termos de Compromisso de Gestão; a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização; a integração das várias formas de repasse dos recursos federais e a unificação dos vários pactos hoje existentes são mecanismos que fortalecem a gestão do sistema e ampliam a possibilidade de construção da equidade, pelo maior espaço ao respeito às especificidades loco-regionais. Para sua concretização e sucesso, processos regulares de avaliação de desempenho poderão oferecer contribuição inestimável.

2 - Por que avaliar?

Na área da saúde, que lida com situações complexas e com as múltiplas tarefas de prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, produzir saúde, os desafios à gestão e as responsabilidades dos gestores são enormes, porque **a garantia do direito à saúde significa, em última instância, a defesa da vida. E aqui, minimizar erros e potencializar acertos é crucial.**

O processo decisório exige permanente reflexão e crítica, alimentadas por informação adequada para permitir a construção de novos modos de operar. Por essa razão, em quase todos os países, a avaliação na área da saúde vem assumindo prioridade. Seja pela ótica das políticas públicas saudáveis – que afere o impacto sobre a saúde de decisões relacionadas aos

¹ Documento pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006, aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde do dia 09 de fevereiro de 2006 e formalizado por meio da Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.

determinantes da saúde – seja pela de monitorar resultados ou de avaliar o desempenho dos sistemas de saúde, a avaliação vem se tornando um imperativo da gestão pública.

Dessa perspectiva, **a instituição de Política de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde, visando implementar processo regular que permita conhecer e acompanhar os resultados das ações e a adequação dos processos de gestão, poderá trazer contribuição significativa para a gestão do sistema e, como consequência, para o cumprimento do princípio constitucional de garantia do direito à saúde do cidadão brasileiro.**

3 - Avaliação do SUS como prioridade da Política

Na implementação da Política, fez-se opção por **iniciar o processo pela avaliação do desempenho do sistema público de saúde.**

Isso se explica por diversas razões:

- A instituição de mecanismos e processos regulares de avaliação do sistema público de saúde foi reconhecida como necessária e se inscreveu como **prioridade do governo brasileiro no PPA**. A preocupação com a racionalização do gasto público e a obtenção de níveis superiores de eficiência na alocação de recursos, dimensão mais ressaltada, ainda que relevante, não é suficiente para atender às necessidades de informações que o gestor e os profissionais de saúde devem ter à disposição para assegurar que o sistema responda às demandas sociais sobre ele colocadas. **É preciso que todos os envolvidos com o sistema de saúde – usuários, profissionais de saúde, prestadores, gestores - sejam capazes de compreender os problemas que o afetam e que repercutem sobre os resultados de sua ação e possam, assim, construir formas de ação que permitam supera-los.**
- A consolidação do SUS e a garantia de sustentabilidade de seus mecanismos de financiamento exigem, ainda, a **ampliação de sua legitimidade social e o fortalecimento de apoios políticos**. Processos regulares e consistentes de avaliação de desempenho do sistema são instrumentos importantes de *accountability* e, ao mesmo tempo em que permitem aos diferentes sujeitos a percepção dos avanços já alcançados, tornam visíveis para a sociedade as necessidades de reorientação da política, onde se localizam os gargalos e que alternativas podem ser buscadas para sua superação, **subsidiando processos de participação e controle social**. Nesse sentido, a avaliação, ao contrário do que o senso comum costuma considerar, não cria problemas para o avaliado: pode conferir **maior densidade política aos gestores** em processos de negociação com o Legislativo, com organizações da sociedade civil, com prestadores de serviços.

- É indiscutível **a relevância do SUS na provisão da atenção à saúde da população**: segundo a PNAD 2003, 75% da população têm o acesso assegurado exclusivamente pelo sistema público, e parte importante da população coberta pelo sistema supletivo também utiliza a rede pública para ações de saúde pública e para procedimentos mais complexos e de maior custo.
- **O referencial para avaliação do sistema público está claramente estabelecido e seus princípios estão expressos no texto constitucional**: universalidade do acesso, integralidade da atenção, igualdade de direitos, descentralização e participação social.
- E, finalmente, são enormes **os desafios para tornar efetivos esses princípios**. Na última década, os esforços estiveram direcionados à ampliação do acesso e à redução das desigualdades inter-regionais de oferta de ações e serviços de saúde, tendo o processo de descentralização como estratégia central para a expansão do sistema público, o que permitiu expressiva ampliação da atenção básica à saúde. São inegáveis os avanços obtidos na cobertura, mas os padrões de qualidade são ainda bastante diferenciados, especialmente no que se refere à capacidade do sistema de assegurar a integralidade da atenção e a continuidade do cuidado.

Diagnósticos já realizados permitem antecipar alguns dos problemas que precisam ser enfrentados. O sistema público de saúde permanece burocratizado e verticalizado; a fragmentação da rede assistencial dificulta a complementaridade entre a rede básica e os demais níveis de atenção, sendo precários os sistemas de referência; o modelo de atenção permanece centrado na relação queixa-conduta e as ações ofertadas nem sempre respondem às necessidades da população; a fragmentação do processo de trabalho dificulta as relações entre os diferentes profissionais; a precária interação nas equipes e o despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção resulta em desrespeito aos direitos dos usuários e o controle social é frágil, pouco interferindo sobre os processos de atenção e gestão do SUS.

Todos esses temas merecem um olhar mais cuidadoso, no sentido de compreendê-los melhor e buscar identificar espaços de intervenção possíveis para a superação dos gargalos e o desenho de estratégias mais adequadas para enfrentar o desafio de corrigi-los.

Evidentemente, **avaliar o sistema de saúde no Brasil não pode se restringir à avaliação do SUS**. Há um importante segmento da população que recebe atenção à saúde por meio do segmento privado. O subsistema privado de saúde, no segmento denominado "supletivo", atende a aproximadamente 34 milhões de pessoas (cerca de 19% da população), majoritariamente população residente em centros urbanos das regiões Sudeste e Sul, dos quais 44% são titulares de planos de saúde e 56% seus dependentes. Essa cobertura está fortemente concentrada nas regiões Sudeste e Sul e o acesso aos planos privados é claramente

associado ao nível de renda: na faixa com rendimento familiar acima de 20 salários mínimos, o percentual de população coberta por planos e seguros de saúde se aproxima de 84%, enquanto na faixa de rendimento inferior a um salário mínimo não alcança 3%.

A Agência Nacional de Saúde Supletiva – ANS - vem desenvolvendo um projeto de avaliação, com base em uma perspectiva do processo de regulação do setor suplementar que confere ênfase à qualificação do papel de todos os atores envolvidos (operadoras, prestadores, beneficiários e do próprio órgão regulador). Nesse processo são consideradas todas as dimensões do funcionamento do setor (atenção à saúde, econômico-financeira, estrutura e operação e satisfação dos beneficiários), e registradas informações sobre a qualidade da atenção ofertada, a satisfação dos usuários, a sustentabilidade das operadoras, dentre outras.

Subsiste, contudo, um importante segmento do subsistema privado que precisa ser incorporado ao processo de avaliação, o que provê serviços diretamente ao cidadão sem a intermediação do Estado ou de empresas de planos e seguros de saúde. Sobre esse sub-setor pouca informação está disponível e sua avaliação dependerá de inquéritos específicos, junto à população e aos prestadores. Sua incorporação ao processo de avaliação ocorrerá a médio ou longo prazo.

Muitas das dimensões a serem avaliadas são as mesmas, seja no subsistema público seja no subsistema privado, e cada um deles deverá também ser avaliado em aspectos que lhes são particulares.

A confluência dessas iniciativas permitirá, no médio prazo, o desenho de um processo de avaliação do sistema de saúde do país que considere os dois subsistemas e permita uma avaliação mais abrangente de questões como equidade e acesso.

4 – Por que uma política de avaliação de desempenho?

A avaliação não é uma ação inexistente no âmbito do SUS. Ao longo da última década, grande número de iniciativas com o objetivo de avaliar programas e políticas foram implementadas. Mas esses esforços ocorreram de forma fragmentada, freqüentemente restritos aos objetivos específicos e processos de gestão de alguns programas e raramente utilizados para redesenhar suas estratégias e formas de operação. Desses esforços resultaram muitos relatórios, muita informação e pouca capacidade de produzir uma visão integrada do desempenho do sistema de saúde.

Torna-se imprescindível a **construção de um espaço para o qual possam convergir os resultados de todos os esforços de produção de dados e informações, de modo a permitir a visão integrada e a análise do desempenho do sistema público de saúde, em todas as esferas de gestão.** Só assim será possível avaliar o SUS sob a ótica da

qualidade, da efetividade e da equidade de suas ações, à luz dos seus princípios e das diretrizes da política de saúde.

A Política de Avaliação que ora se propõe seja implementada no âmbito do SUS diz respeito à **avaliação de desempenho do sistema de saúde**. Não substitui e não suprime a necessidade de realização das avaliações de políticas e programas. Ao contrário. O que se espera é que a implementação do processo de avaliação de desempenho do sistema possa se beneficiar das demais experiências de avaliação, constituindo **um espaço que as articule e para o qual possam convergir os resultados dessas abordagens**. Isso permitirá **uma visão integrada do sistema de saúde** que facultará aos gestores, nas três esferas de governo, identificar com clareza **os avanços obtidos e as intervenções necessárias para corrigir rumos**. Não tem como objetivo punir ou premiar; almeja a construção de um sistema justo e responsável.

A avaliação de desempenho de um sistema de saúde se refere à aferição e julgamento sobre o grau de alcance dos objetivos que se propõe atingir. Em outras palavras: os resultados observados e os processos/estratégias adotados são compatíveis com os objetivos propostos? Para responder a essa pergunta é necessário, antes de qualquer outra coisa, que se especifiquem quais os parâmetros que serão adotados para balizar o julgamento. Esses parâmetros devem estar referidos a objetivos socialmente definidos e institucionalizados mediante textos legais e outras formas de expressão de intenções governamentais (planos, programas de ação etc.). Padrões de eficiência (relação entre o produto da intervenção e os recursos utilizados) ou de efetividade (grau com que assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados) *per se*, não são mais que pontos de partida para a avaliação de desempenho, que busca verificar em que medida o sistema tem sido capaz de produzir o resultado que dele se espera, assegurando o cuidado à saúde, contribuindo para a construção da equidade, garantindo o direito à saúde.

Para a esfera federal, a avaliação de desempenho será de extrema relevância para a efetividade do exercício de suas atribuições de coordenação e de regulação do sistema de saúde. A função de coordenação, que é eminentemente política, pressupõe a capacidade de produzir convergência entre as ações de diferentes sujeitos, para além da articulação das dimensões técnicas. Da mesma forma, a função de regulação, envolve ações que facilitam ou limitam a produção de bens e serviços e refere-se às relações entre diferentes sujeitos sociais de um determinado setor econômico-social.

Para o exercício dessas atribuições, os gestores federais necessitam de informações que permitam a construção de cenários e a identificação de tendências de médio e longo prazo que são possíveis apenas a partir de uma macro visão do sistema de saúde. Um processo regular de avaliação de desempenho do sistema de saúde propiciará o acesso a esse tipo de informação.

Para além do âmbito setorial, outras áreas do Executivo, bem como o Poder Legislativo, se beneficiarão dos resultados de um processo de avaliação, pela possibilidade de obter elementos que orientem as articulações interinstitucionais e a integração de políticas públicas, na direção de maior eficiência e eficácia da gestão pública.

A amplitude e natureza das variáveis de um processo direcionado a informar o gestor nacional certamente serão diferentes das usualmente destinadas à gestão de políticas, programas e projetos no âmbito das esferas subnacionais. Nestas, o processo de monitoramento e avaliação, ademais da análise dos resultados alcançados e da magnitude de seus impactos, deverá permitir contemplar dimensões operacionais, tais como a adequação e funcionalidade dos processos de implementação, de modo a permitir a reorientação das ações e o aperfeiçoamento de processos de trabalho. Produzidas regularmente e apropriadas pelos gestores, essas informações poderão repercutir em mudanças de rumo da política ou adequação de processos em sua implementação.

Nos níveis subnacionais, a possibilidade de cotejar resultados com expectativas de eficiência, eficácia e efetividade, bem como com os compromissos expressos em objetivos e metas a serem alcançados, se transforma em potente ferramenta para a reorientação de ações e adequação de programas. **Alimenta o processo decisório em âmbito local e regional e qualifica os processos decisórios compartilhados com as demais esferas de governo. Pode ser potente ferramenta para a adequada implementação dos compromissos assumidos no Pacto pela Saúde.**

Dada a complexidade da tarefa de desenhar módulos adequados às necessidades de cada esfera de governo, a **proposta é de que seja enfrentada de forma gradativa, privilegiando-se variáveis e indicadores que possam ser mais facilmente construídos a partir de dados já disponíveis nos sistemas de informação de abrangência nacional.** À medida que se viabilize a disponibilidade de novos dados, **outras variáveis e indicadores poderão vir a ser incluídos.** Da mesma forma, ao módulo básico **cada gestor terá a liberdade de incorporar dados e variáveis que sejam de seu interesse, adequados aos objetivos do sistema em seu âmbito de gestão e aos compromissos assumidos em decorrência do Pacto pela Saúde.**

5 – Objetivos e Diretrizes para a Avaliação de Desempenho do SUS

O Sistema Único de Saúde é uma construção sócio-histórica que afirma a saúde como bem público e como direito social de todo cidadão brasileiro. Para tanto, **o sistema de saúde deve ser organizado de forma a garantir o acesso universal e eqüitativo de cada cidadão a um conjunto de serviços e ações que garantam a integralidade, resolubilidade e a qualidade da atenção.**

O sistema público de saúde brasileiro, sob as diretrizes e princípios do SUS, representa um novo marco jurídico-legal dotado de expressivos conteúdos éticos, sociais e políticos. **A saúde é, a um só tempo, concebida como um resultado das profundas desigualdades sócio-econômicas da sociedade brasileira, que produzem realidades sanitárias complexas e contraditórias, e como uma produção social condicionada pela organização da rede de atenção e sua capacidade de realização de ações e serviços.** Responder, nesse contexto, às necessidades de saúde da população exige distintas ofertas tecno-assistenciais, fator decisivo para a produção de intervenção equitativa na saúde.

A lógica sob a qual foi se constituindo, ao longo da história, o sistema de saúde brasileiro, produziu desequilíbrios estruturais, desorganização na composição e articulação entre serviços, profundas **iniquidades no acesso** e uma **cultura sanitária assentada na concepção restrita de que a saúde equivale à assistência médica,** notadamente ao acesso a profissionais especializados, a serviços de média e alta complexidade e ao consumo de serviços e insumos biomédicos.

A concretização dos princípios do SUS se apresenta como um grande desafio que impõe **a superação da lógica organizativa do sistema que por décadas fomentou a segmentação entre níveis de atenção e suas distintas composições tecnológicas, bem como estimulou a ampliação da participação privada com baixo controle e regulação precária.** Dessa forma, uma das tarefas político-sanitárias da sociedade brasileira e das autoridades sanitárias continua sendo a busca por transformar o sistema de saúde no País, aproximando-o o mais possível do conteúdo discursivo expresso na Constituição Federal e nas Leis Orgânicas da Saúde.

A tarefa de recriar o sistema de saúde demanda tempo, esforços técnicos e políticos e o enfrentamento de interesses de todas as ordens incrustados por décadas na organização e na ofertas de ações de saúde.

É nesta perspectiva que a avaliação das realizações do SUS se apresenta como uma tarefa imprescindível, pois a mensuração dos resultados possibilita apontar de forma clara, objetiva e transparente os resultados da ação sanitária do sistema de saúde como um todo e, de outro lado, indicar a construção de medidas capazes de corrigir e intervir sobre distorções, contradições e dificuldades apontadas.

A tarefa de **avaliar o desempenho do sistema de saúde** se apresenta, nesta perspectiva, como atividade dotada de uma **dupla dimensão: política,** porque avaliar é analisar a partir da emissão de juízos de valor e porque visa à introdução de mudanças e inovações institucionais, organizativas e gerenciais; e **técnica-operativa,** porque requisita a produção de métodos e instrumentos de aferição. Avaliar resulta, desta forma, da combinação de vontade política com capacidade de realização (Campos, 1994).

Avaliar o desempenho do SUS significa **perceber e pôr em discussão aqueles aspectos, dimensões, realizações etc. em relação aos quais a mudança ainda tem de avançar para patamares superiores**, ao mesmo tempo em que evidencia **as conquistas já alcançadas** ao longo de seu processo de implementação. Implica na **construção de uma ação integrada entre todas as esferas de governo e os principais sujeitos que nele atuam e que dele não podem prescindir para a defesa de sua vida**.

O desempenho diz respeito aos resultados obtidos por meio de um processo de realização de ações/atividades direcionadas ao alcance de objetivos. Logo, interessa conhecê-lo sempre. **Todos os gestores precisam saber que resultados seus esforços foram capazes de produzir**.

Se **avaliar é um processo destinado a melhorar a qualidade e a direcionalidade da ação governamental**, deve contemplar as dimensões mais relevantes associadas aos princípios/objetivos do sistema e permitir o monitoramento permanente dos indicadores que as expressem. **O que distingue**, fundamentalmente, a **avaliação de desempenho** dos demais processos de avaliação em curso no âmbito do SUS é **o olhar para o conjunto do sistema**, tendo como referência as necessidades da população que o sistema deveria ser capaz de atender.

No caso do SUS, ademais de aspectos relacionados à **eficiência e eficácia** das ações, a avaliação de desempenho deverá ser instrumento para monitorar a **equidade no acesso e na utilização de serviços de saúde no país**, em todos os níveis de atenção; a **qualidade da atenção ofertada** e a **satisfação da população** com a mesma; a **equidade na captação e na alocação de recursos para financiar o sistema**. Permite, ademais, identificar intersecções entre áreas de políticas públicas, de modo a **orientar a articulação intersetorial**.

E, acima de tudo, para que seja útil à gestão do sistema, **da avaliação de desempenho devem derivar "policy recommendations"**, ou seja, a indicação de melhorias ou reformulações necessárias e possíveis para assegurar o cumprimento dos objetivos da política.

5.1 – Diretrizes Metodológicas

Para o desenho metodológico da política de avaliação de desempenho deverá ser considerada, como ponto de partida, a proposta elaborada pelo Projeto Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro – PRO-ADESS². O PRO-ADESS foi realizado sob a coordenação técnica do Departamento de Informações em Saúde do CICT/FIOCRUZ e contou com a participação de profissionais vinculados a diversas instituições acadêmicas e de pesquisa: Faculdade de Medicina da Santa Casa de São Paulo, UFBA (ISC),

² O Relatório do PROADESS está disponível em <http://www.proadess.cict.fiocruz.br/>

UERJ (IMS), UNICAMP (FCM), USP (FM, FSP e FMRP) e FIOCRUZ (ENSP e CICT), envolvendo diretamente 21 pesquisadores, além do apoio técnico de consultores internacionais com experiência com os sistemas de avaliação do Canadá e Reino Unido. Foi desenvolvido, durante dois anos, com o apoio financeiro do MS e da FINEP.

Com base em uma revisão dos marcos conceituais que constituem a base das propostas de avaliação de desempenho formuladas por organismos internacionais (OMS, OCDE e OPS) e dos sistemas adotados por alguns países membros da OCDE (Reino Unido, Canadá, Austrália e EEUU), foi elaborada proposta de metodologia para monitoramento e avaliação de desempenho do sistema de saúde no Brasil. Essa proposta, que inclui a formulação de um marco conceitual sobre avaliação de desempenho do sistema de saúde, tomou como eixo central o princípio da equidade referido a aspectos fundamentais de acesso, utilização e financiamento do sistema. Também inclui sugestões de indicadores para monitorar a equidade no acesso e na utilização de serviços de saúde no país e na alocação de recursos financeiros para o Sistema de Saúde.

A proposta metodológica do PROADESS compreende a avaliação de aspectos relacionados ao contexto socioeconômico e político (relevantes para determinar a saúde), à estrutura do sistema (envolvendo condução, recursos disponíveis, financiamento etc.), considerando seus componentes público e privado, e a oito dimensões do desempenho, a saber:

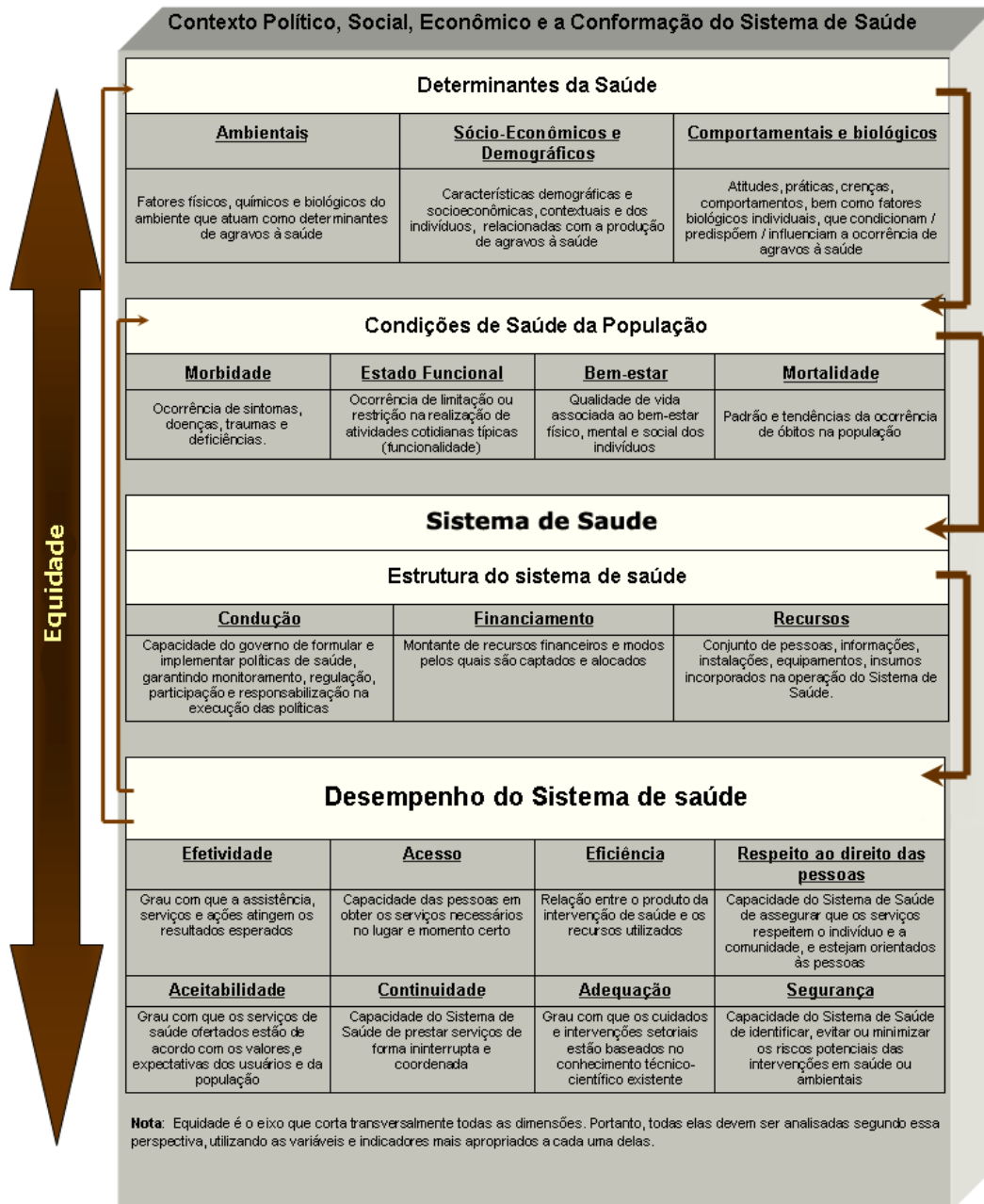
- a) **acesso** – capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e no momento certos;
- b) **efetividade** – grau com que a assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados;
- c) **eficiência** – relação entre o produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados;
- d) **respeito ao direito das pessoas** – capacidade do sistema de assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade e estejam orientados às pessoas;
- e) **aceitabilidade** – grau com que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e expectativas dos usuários e da população;
- f) **continuidade** – capacidade do sistema de saúde de prestar serviços de forma coordenada e ininterrupta;
- g) **adequação** – grau com que os cuidados e intervenções ofertados estão baseados no conhecimento técnico científico existente; e
- h) **segurança** – capacidade do sistema de saúde de identificar, evitar ou minimizar riscos potenciais das intervenções em saúde ou ambientais.

A **equidade** é considerada, no modelo de avaliação proposto, como uma dimensão transversal.

Para a avaliação do SUS, considerados os seus princípios orientadores e as suas atribuições, torna-se necessária a ampliação conceitual dessas dimensões, concebidas para a avaliação das ações de assistência à saúde, de forma a permitir **a incorporação da avaliação das funções de vigilância à saúde e de regulação sobre o sistema privado e o complexo produtivo da saúde**, que o sistema deve exercer em razão do caráter de relevância pública atribuído à saúde pelo texto constitucional.

PROADESS

MATRIZ DE DIMENSÕES DA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE



5.2. Princípios, diretrizes e objetivos do SUS como orientadores da análise das dimensões de desempenho do sistema de saúde.

A análise das dimensões que categorizam o desempenho do sistema de saúde, aplicadas ao SUS, deverá ser orientada pelas prerrogativas, diretrizes e princípios consolidados em sua base jurídico-legal.

A Constituição Federal estabelece que a saúde é direito do cidadão, assegurado por políticas sociais e econômicas e pelo acesso universal aos serviços de saúde, implicando na responsabilidade do Estado de promover a inclusão, a dignidade e o desenvolvimento das pessoas e comunidades, atuando sobre os determinantes, e articular e ofertar cuidados integrais à saúde.

Segundo o Artigo 5º da Lei 8.080/90, cabe aos SUS (1) identificar e divulgar fatores condicionantes e determinantes da saúde; (2) formular políticas para reduzir agravos e estabelecer condições que assegurem acesso universal e igualitário a ações e serviços de saúde para a sua promoção, proteção e recuperação; e (3) realizar atenção integral, articulando ações assistenciais e de prevenção.

Dessa forma, a base jurídico-legal do SUS e a intencionalidade do legislador condicionam a produção de saúde tanto à ordem societal, à capacidade da sociedade de realizar justiça social e econômica, como à capacidade de realização dos serviços e das práticas sanitárias, decorrente, entre outros, das formas de organização do sistema e serviços de saúde.

Esta compreensão de saúde traz um conjunto complexo de questões para a avaliação de desempenho do SUS. Em primeiro lugar, se o objetivo e finalidade das políticas sociais e econômicas é produzir justiça social, por que delas resultam condições concretas para se produzir saúde, e sendo o SUS uma política de Estado, **há que se medir seu próprio desempenho como política pública, primeiro eixo de análise.**

Ao SUS é demandada, também, a responsabilidade **pela estruturação e organização de redes de atenção**, que em conformidade com a Constituição Federal, devem ser hierarquizadas e regionalizadas. A introdução do conceito de região de saúde impõe a instauração de processos de concertação entre os entes federados, que possuem prerrogativas derivadas da autonomia política, administrativa e financeira.

O conceito de autonomia como suficiência, particularmente no que se refere ao campo da saúde, toma ao mesmo tempo o sentido de capacidade própria de oferta, regulação e controle, mas imediatamente agrega a idéia de dependência, de complementaridade, de cooperação, visto que as responsabilidades de um gestor só podem ser plenamente realizáveis mediante articulação com os demais³. Processos de regionalização exigem, necessariamente, articulação

³ Esta constatação paradoxal (autonomia com dependência) se deve a fato que mais de 70% dos municípios brasileiros têm população menor de 20 mil habitantes, o que implica reconhecer que não serão capazes de esgotar em seus

política e institucional entre as três esferas de governo, pois a implementação de ações sanitárias sobre territórios, nos mais distintos recortes (local, regional, interestadual, de fronteiras etc.), pressupõe que sejam consideradas as prerrogativas legítimas de cada gestor e as competências e responsabilidades de cada uma das esferas de governo em sua relação com as demais.

Considerando que o desenho federativo brasileiro não estabelece hierarquia, mas autonomia dos entes, a construção de um novo âmbito de gestão, o regional, pressupõe o encontro de interesses entre gestores que, nos processos de gestão territorial, devem definir suas formas de atuação considerando os pressupostos do SUS. A superação do paradoxo entre a sobreposição e a indistinção de responsabilidades passa, necessariamente pela ampliação da responsabilização sanitária, entendida como a capacidade de contração de responsabilidades e o desenvolvimento de competências.

Desta forma, um **segundo eixo** de análise na avaliação de desempenho é **a estrutura e a organização das redes de atenção à saúde**, tanto em territórios municipais como no âmbito regional, cuja performance propicia e permite a obtenção de cuidado integral e ampliação do acesso com equidade.

Para que uma determinada rede opere com eficiência, eficácia e efetividade se faz necessário, entre outros, a qualificação dos processos de planejamento e de gestão. Planejamento é um recurso da gestão em que, grosso modo, se busca articular um conjunto de recursos técnicos, tecnológicos, políticos, organizativos, cognitivos, financeiros etc, a determinadas orientações de governo e força de trabalho para o enfrentamento de problemas de saúde. Os planos de ação que dele decorrem prestam-se à orientação da ação político-institucional na medida em que ofertam visibilidade ao agir intencionado. Gestão, termo polissêmico, indica um conjunto de tarefas de coordenação e condução de sistemas de saúde. Além disto, pressupõe a regulação, controle, auditoria e avaliação, bem como provimento de serviços e aporte financeiro compatível. A esse conjunto de tarefas denomina-se "macro funções de gestão", às quais devem ser adicionadas a capacidade de formulação de projetos de intervenção no campo da saúde, explicitando as estratégias para a efetivação das diretrizes e princípios constitucionais do sistema público de saúde nos espaços territoriais da nação, dos estados e dos municípios.

Assim, um **terceiro eixo** de análise na avaliação de desempenho do SUS é o componente da **gestão, que inclui o planejamento**. Envolve a capacidade de produzir projetos de ação que tenham por norte a **introdução de mudanças no sistema de saúde** (o que implica a introdução de inovações gerenciais e de modos de organizar as redes de atenção, alterando sua lógica de funcionamento e enriquecendo seu "cardápio" de atenção) e a capacidade de promover a **sustentabilidade das intervenções**.

territórios, por razões de escala e de custo-efetividade, a oferta da totalidade das estratégias e formas de atenção. Para assegurar a integralidade da atenção dependem de ofertas consensuadas entre vários gestores.

A responsabilidade atribuída ao SUS pela garantia de **acesso universal** a serviços resolutivos, que respondam às necessidades de saúde da população de forma integral (**integralidade da atenção**) definem o **quarto e quinto eixos** de análise na avaliação de desempenho do SUS e são estratégicos para a avaliação de resultados, uma vez que permitem verificar o grau de justiça incorporado à organização do sistema, expresso pela possibilidade de ingressar nos serviços e deles extrair cuidados de acordo com suas necessidades de saúde.

A universalidade do direito à saúde tem na universalidade do direito de acesso às ações e serviços providos pelo SUS seu correspondente imediato. Acesso pode ser entendido como o conjunto de circunstâncias, de diversas naturezas, que possibilitam o ingresso aos serviços que conformam uma rede de atenção à saúde, em seus diferentes níveis de complexidade e modalidades de atendimento (PROADESS), não se restringindo, à oferta de ações e estratégias individuais, tradicionalmente considerados, mas incluindo a possibilidade de acesso a medidas coletivas, de promoção e de vigilância à saúde. A análise do acesso revela o grau com que o cuidado ou intervenção estão disponíveis para responder às necessidades de saúde de coletivos e indivíduos, apontando dificuldades ou facilidades na obtenção de atenção à saúde. **A universalidade do acesso pressupõe a inexistência de impedimentos, de barreiras, de condicionalidades ou exclusões associadas a renda, sexo, idade etc.** Além da presença física de recursos num dado lugar e tempo, a análise da acessibilidade deve englobar os elementos que facilitam ou obstruem o uso dos serviços por sua clientela potencial. Mas **a universalidade do direito de utilizar o sistema não significa que o sistema não possa ter regras de funcionamento para ordenar o acesso (por ex. adscrição de clientela, protocolos, mecanismos de referência etc.).**

A **integralidade** é um conceito polissêmico, que encerra várias perspectivas e, portanto, vários prismas de mensuração. Da Constituição Federal pode-se extrair a idéia de **interconexão entre ações de promoção, proteção e recuperação**, que pressupõe, *pari passu*, a interconexão entre medidas individuais e coletivas. Outra perspectiva diz respeito à **incorporação no cuidado da complexidade da condição humana**, ou seja, considerando o sujeito em sua inteireza biológica, subjetiva, cultural e social. E um terceiro significado está associado à continuidade do cuidado, à **habilidade de assegurar todas as intervenções necessárias** à resolução do problema de saúde de cada pessoa que utiliza o sistema.

Desses conceitos resulta que não basta verificar se há acesso ao sistema em si, dimensão importante, mas é preciso considerar o acesso a que modalidades de ações e estratégias, averiguar seus conteúdos substantivos, sobretudo a integração e sinergia entre ações promocionais e preventivas e entre ações adequadas de diagnóstico, cura e reabilitação, entre outros. Há, ainda, uma outra questão importante que diz respeito à **redução das desigualdades regionais no acesso à saúde**, verificando-se, por exemplo, em que medida as políticas de saúde têm permitido e favorecido a redução das diferenças que marcam nosso país continental, desigualmente desenvolvido em suas regiões.

O **sexto eixo** de análise na avaliação do desempenho do SUS é a **participação social em saúde** e seus efeitos sobre o acesso e a qualidade da atenção e sobre a gestão do sistema.

A participação social é um pressuposto do sistema de saúde brasileiro, sobre o qual já se construiu acúmulos importantes, sobretudo através das Conferências e Conselhos de Saúde. A participação cidadã na saúde é uma conquista inalienável da sociedade brasileira. Pressupõe a presença ativa dos diferentes segmentos sociais não apenas no controle dos gastos, mas também **no processo de formulação de políticas de saúde**. É importante também poder avaliar **a participação dos cidadãos na gestão dos serviços e práticas de saúde**, na perspectiva de democratização das instituições pela ampliação dos canais de gestão. Da mesma forma, seria importante verificar a **participação dos usuários na construção de seus projetos terapêuticos**, na tentativa de se perceber modificações na relação usuário-equipe, que historicamente tem partido do pressuposto de que os usuários são objetos da ação clínica.

Entre esses seis eixos de análise podem ser discernidos pelo menos dois distintos grupos: aquele que reúne dimensões e indicadores que se apresentam como **determinantes/condicionantes para a obtenção de resultados de desempenho do sistema**; e aqueles que efetivamente se apresentam como **dimensões e indicadores de desempenho propriamente dito, resultados das ações sanitárias**. Há uma relação dialética entre estes dois grupos, e a ação dos fatores determinantes e condicionantes produz impactos decisivos sobre os demais. Em outras palavras: **o desempenho "direto" do sistema de saúde decorre dos efeitos um conjunto de fatores que determinam resultados**.

Aperfeiçoar o sistema para que produza mais e melhores resultados sanitários requer ampliar sua capacidade de gestão, profissionalizando-a e qualificando-a; introduzir métodos eficazes de planejamento, que possam verdadeiramente tratar dos principais problemas sanitários do país; fomentar a produção de uma cultura federativa mais cooperativa e sinérgica; organizar redes locais e regionais de atenção à saúde para a produção de serviços e ações mais condizentes com as necessidades de saúde. São condições *sine qua non*, associadas à ampliação da participação cidadã, para a materialização do SUS de acordo com suas bases discursivas.

É comum que a avaliação do sistema de saúde seja feita sob a perspectiva de seu desempenho em relação à realização de medidas de assistência à saúde. Mas é importante ressaltar que **o SUS tem um espectro de atuação mais amplo**. Compete ao SUS, segundo o Artigo 200 da Constituição Federal: controlar e fiscalizar procedimentos, produtos, substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos e outros insumos; executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde; participar da formulação e da execução das ações de saneamento básico; incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; fiscalizar e inspecionar alimentos, bebidas e água para consumo humano; - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e

utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; - colaborar na proteção do meio ambiente e do trabalho. **Essas ações se situam em várias áreas e campos de atuação, como o da promoção da saúde, dos "recursos humanos", da vigilância à saúde, da saúde do trabalhador, da ciência e tecnologia, do saneamento básico, entre outros, o que confere uma enorme complexidade para a ação do SUS e, conseqüentemente, para a avaliação de seu desempenho.**

Há que se considerar ainda, na avaliação do SUS, **as prioridades e os objetivos governamentais** expressos no Plano Plurianual (PPA) 2004/2007. O Plano Nacional de Saúde (PNS), aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) e o relatório da 12ª CNS, entre outros, devem também aportar elementos significativos para orientar a avaliação de desempenho. Da mesma forma, em âmbito estadual e municipal, prioridades e objetivos expressos nos respectivos Planos de Saúde devem ser considerados para balizar a avaliação.

6 . Estratégia de Operacionalização

A implementação da política de avaliação de desempenho será feita por meio de um processo que considere o caráter descentralizado do sistema de saúde no país. A gestão do SUS resulta da ação compartilhada das três esferas de governo e a política de avaliação deve ser capaz de produzir análises em âmbito federal, estadual e municipal, adequadas às necessidades da gestão em cada uma das esferas de governo. A metodologia que será utilizada e as estratégias a serem desenvolvidas se orientarão por esse pressuposto.

A viabilidade da implementação da política é reconhecida por todos os atores. Todo o processo de formulação da política, envolvendo discussões realizadas no âmbito do MS e do Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde, que inclui o Conass, Conasems, OPAS, IPEA, ABRASCO e ABrES resultaram em uma consideração muito positiva sobre a oportunidade e elevada viabilidade da implementação da política de avaliação de desempenho, dada a existência de sistemas de informação capazes de suprir a maior parte dos dados necessários e a disponibilidade de ferramentas tecnológicas.

O processo será implementado gradualmente, nas três esferas político-administrativas, com organização modular (federal, estadual e municipal), de forma a que suas **dimensões e indicadores estejam ajustados às necessidades de informação em cada esfera de gestão**. Todas as etapas de desenho da estratégia de implementação serão definidas de modo articulado entre as três esferas do sistema.

6.1 - Quem deve avaliar?

Na implementação da Política é fundamental enfrentar um debate que sempre se coloca quando se trata de avaliação e que diz respeito **a quem deve realizar a avaliação, ou seja, à escolha entre avaliação externa e interna.**

Trata-se de debate que polariza posições⁴. Algumas correntes apontam que a avaliação realizada por pessoas alheias à organização responsável pela gestão do projeto é mais independente e competente, enquanto outras objetam que avaliações externas tendem a dar mais importância ao método do que ao conhecimento substantivo da área avaliada e que raramente são incorporadas ao processo decisório e apropriadas pela gestão como orientadoras de aperfeiçoamentos e mudanças de rumo de programas e políticas.

Por essa razão muitos autores destacam a importância de que a avaliação não seja uma atividade episódica, e ressaltam que **para que seja útil à gestão exige continuidade e organização adequada.** A avaliação deve ser vista como um **processo de produção de conhecimento que fortalece a capacidade de planejamento, que amplia a competência institucional de fazer previsões e de lidar com a incerteza e a complexidade.**

Para minimizar riscos de falta de objetividade ou parcialidade na análise, **na implementação da política de avaliação de desempenho essa atividade deverá ser de responsabilidade de equipes de avaliação "mistas"**, que incluam técnicos de diferentes áreas do Ministério ou das secretarias de saúde, núcleos de estudos e pesquisas e universidades. Isto permitirá combinar diferentes olhares e a emergência e debate de pontos de vista divergentes sobre a execução das políticas ou o desempenho do sistema de saúde.

6.2 – Processo de implementação

O processo de formulação da Política de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde envolveu amplo debate e culminou com a emissão da Portaria MS nº 665/GM, de 29 de março de 2006, que institui o Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde⁵ (**CADSS**) e formaliza o Núcleo de Avaliação de Desempenho do MS, composto por representantes de todas as Secretarias e órgãos do MS. Estes fóruns possuem o papel de contribuir com a formulação da Política Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde e de apoiar sua implementação em âmbito nacional após sua validação nos fóruns decisórios do SUS (CIT e Conselho Nacional de Saúde).

⁴ Para maiores informações, podem ser consultados Cohen e Franco (1994), Arretche (1998), Meldolesi (1996), Garcia (2001)

⁵ O Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde foi instalado no dia 24/04/2006, composto por representantes do MS, do CONASS, do CONASEMS, do IPEA, da OPAS, da ABRASCO e da ABrES.

No processo de implementação, que se iniciará com caráter de **adesão**, será conferida **prioridade às unidades federadas que firmarem o Termo de Compromisso** previsto no Pacto pela Saúde.

A realização da **avaliação do sistema em âmbito nacional é responsabilidade do Ministério da Saúde**, respeitadas as diretrizes emanadas do Comitê Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde. Estados e Municípios realizarão, em seus respectivos âmbitos, a avaliação do desempenho do sistema de saúde.

A implementação do processo nos estados e municípios terá início com **ações de sensibilização e compartilhamento de conceitos e metodologias**. É imprescindível que se construa uma “**cultura de avaliação**” que confira ênfase à articulação entre os processos de avaliação e os processos decisórios, de forma a assegurar que os resultados sejam utilizados na formulação/reformulação de políticas, programas, processos de trabalho. Para tanto é indispensável que todos os sujeitos associados ao sistema estejam informados dos propósitos da avaliação e, tanto quanto possível, participem da construção de seus marcos referenciais. O CADSS promoverá a **elaboração de textos técnicos de orientação** e o MS viabilizará a realização de **reuniões macro-regionais** com esse objetivo.

O MS assegurará a **cooperação técnica descentralizada** e apoiará também a constituição de Comitês de Avaliação de Desempenho nas unidades federadas, promovendo a **articulação entre as equipes das secretarias e centros de excelência acadêmica**. Os **Comitês de AD** deverão constituir **espaço de articulação e confluência de esforços** das várias áreas de avaliação já existentes no MS e nas secretarias de saúde. Para assegurar a disponibilização oportuna das informações necessárias ao processo de avaliação, deverá ser estabelecido canal de comunicação permanente entre as equipes responsáveis pela avaliação e os responsáveis pelos sistemas de informação. Sugere-se que estes integrem os Comitês de AD, em todas as esferas de gestão.

O apoio técnico será de fundamental importância para a qualificação das equipes e o desenvolvimento do processo de identificação de indicadores e de métodos de análise e poderá ocorrer conjugando ações **de assessoria técnica e cursos de formação**.

Na fase inicial da implementação do processo de AD poderá haver **apoio financeiro do MS** a estados e municípios para a realização de **estudos específicos e levantamento de informações**, especialmente em relação a dimensões não cobertas pelos sistemas regulares de informação existentes. Quando necessário, poderá também apoiar as UF com a disponibilização de **softwares** ou financiamento de **equipamentos**.

6.3 - Produtos esperados e Periodicidade

Espera-se que o processo de avaliação permita a produção **regular de informações sobre as diferentes dimensões do desempenho do sistema de saúde**, com base em um conjunto de indicadores que será definido para acompanhar cada uma delas. A identificação das variáveis e dos indicadores será feita, para a avaliação em âmbito nacional, por comitês técnicos e aprovada pelo Núcleo de AD do MS e pelo CADSS. Estados e municípios promoverão, através de comitês constituídos em seu âmbito e com o apoio do CADSS e do MS, a identificação de variáveis e indicadores e a implementação de processo de monitoramento dos mesmos. O elenco de indicadores será definido, inicialmente, com base nas informações disponíveis nos sistemas regulares do SUS e IBGE, e revisto periodicamente, com vistas a seu aperfeiçoamento.

Com base nesse processo de monitoramento deverão ser produzidos:

- **Notas técnicas regulares para orientar o processo decisório**, sem periodicidade definida, contemplando a análise de questões específicas, particularmente as associadas a aspectos relacionados à estrutura, organização e gestão do sistema bem como indicações de intervenções necessárias para enfrentamento de questões específicas e de reorientação de políticas.
- **Estudos pontuais** para caracterização ou qualificação de condições ou situações não apreendidas pelos sistemas regulares de produção de informações do SUS
- Produção regular, com periodicidade definida, de **Relatório de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde**. Esses Relatórios deverão ter, inicialmente, periodicidade anual e focalizar, a cada ano, uma ou mais das dimensões. Por proposta do CADSS, o processo se **iniciará pela avaliação da dimensão Acesso a ações e serviços de saúde**, com ênfase na análise da universalidade do acesso, equidade e integralidade da atenção.

6.4 – Divulgação dos resultados

Os **Relatórios de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde**, em todas as esferas de gestão terão caráter de documento público e seus resultados deverão ser amplamente divulgados, utilizando-se de diferentes meios (publicações impressas, disponibilização através da Internet, meios de comunicação).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Qualificação da Saúde Suplementar**: uma nova perspectiva no processo de regulação. -- Rio de Janeiro: ANS, 2004.
2. ARRETCHE, Martha - "Tendências no estudo sobre avaliação". In: Rico, Elizabeth (org.) **Avaliação de Políticas Sociais - uma questão em debate**. Ed. Cortez/IEE-PUC, São Paulo, 1998.
3. BARROS, Elizabeth. **Nota Técnica 01**: Considerações sobre a instituição de um processo de monitoramento e avaliação do SUS. CGAPS/DAD/SE/MS, Brasília, fevereiro de 2004.
4. BARROS, E. e PASCHE, D. - Diretrizes para a constituição de um Marco Teórico e Metodológico para uma política de avaliação de desempenho do sistema de saúde, MS/OPAS/, Brasília, setembro de 2005.
5. BARZELAY, Michael - Instituições Centrais de Auditoria e Auditoria de Desempenho: Uma análise comparativa das estratégias organizacionais na OCDE - London School of Economics and Political Science, Londres, (tradução autorizada pelo autor, realizada por Adriana Monteiro Vieira e Marcelo Barros Gomes, do TCU, 2002)
6. BRASIL. Senado Federal. **Constituição Federal**. Brasília, Senado Federal, 1988.
7. BRASIL, Ministério da Saúde, Lei Federal nº 8080/90, Criação do Sistema Único de Saúde
8. BRASIL, Ministério da Saúde, Lei Federal nº 8142/9990, participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS).
9. BRASIL, Ministério da Saúde, Portaria nº 1565/94, Criação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.
10. BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei de Responsabilidade Sanitária**: um novo caminho para o Brasil (Versão preliminar para consulta pública). Brasília, julho de 2005.
11. CAMPOS, Gastão W. de Sousa. "Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde". In: CECÍLIO, Luis Cecílio de Oliveira (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.
12. CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. "Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada". **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 13(3): 469-478, jul-set, 1997.
13. COHEN, Ernesto; Franco, Rolando - **Avaliação de projetos sociais** - Ed. Vozes, Petrópolis/RJ, 1994.
14. CONILL, Eleonor Minho. "Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde". In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 20(5): 1417-1423, set-out, 2004.
15. FRANCO, Túlio Batista e MAGALHÃES JR, Helvécio Miranda: "Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado". In: MERHY et. all. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**"; São Paulo:Unicamp/Hucitec, 2003. pp 125-
16. GARCIA, Ronaldo C. - **Subsídios para Organizar Avaliações da Ação Governamental**. IPEA, Texto para Discussão Nº 776, Brasília, janeiro de 2001
17. HAM, C. **Health Policy in Britain** – The Macmillan Press Ltd, Basingstoke, UK, 1993
18. KEMM, John. **Health Impact Assessment**: a tool for Healthy Public Policy – Health Promotion International, vol. 16, nº 1 Oxford Univ. Press, 2001
19. KLIKSBERG, Bernardo - **Hacia una Nueva Vision de la Política Social en America Latina: Desmontando Mitos**. Biblioteca Digital de la Iniciativa Interamericana de Capital Social, Etica y Desarrollo - www.iadb.org/etica, 2003.
20. MEHRY, Emerson. "O SUS e um de seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo)". In: FLEURY, Sonia. **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

21. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Regulação no setor saúde:** em direção aos seus fundamentos públicos: Departamento de Regulação Avaliação e Controle de Sistemas (DERAC) - Secretaria de Atenção a Saúde, 2004.
22. MS/SE/DAD/Coordenação-Geral de Apoio à Implementação de Políticas de Saúde/Núcleo de Coordenação da Avaliação de Desempenho do SUS. Oficina sobre Avaliação de Desempenho do SUS. **Relatório Final.** Brasília, agosto de 2004.
23. NOGUEIRA, Roberto Passos. **A saúde pelo avesso.** Natal/RN: Seminare Editora, 2003.
24. NOVAES, HMD. **Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde.** Revista Saúde Pública 2000;34(5):547-59 - www.fsp.usp.br/rsp
25. PROADESS - <http://www.proadess.cict.fiocruz.br/>
26. RIOS, Terezinha Azeredo - Avaliar: Ver mais claro para caminhar mais longe, in **Avaliação de Política Sociais: uma questão em debate** - Rico, Elizabeth (org.) - São Paulo, Cortez Ed.: Instituto de Estudos Especiais -PUCSP - 1998
27. UGÁ, Maria Alicia; SANTOS, Isabela Soares. **Uma análise da equidade do financiamento do sistema de saúde brasileiro.** Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2005 (Relatório de Pesquisa).