

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

Douglas Francisco Kovaleski

**A RELEVÂNCIA COMO CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO DA
QUALIDADE DA GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA**

Tese submetida ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Doutor em Saúde Coletiva
Orientador: Prof. Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas

Florianópolis
2012

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

K88r Kovalski, Douglas Francisco

A relevância como critério de avaliação da qualidade da gestão em saúde pública [dissertação] / Douglas Francisco Kovalski ; orientador, Sérgio Fernando Torres de Freitas. - Florianópolis, SC, 2012.

115 p.: il.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde pública. 2. Saúde pública - Administração. 3. Saúde pública - Qualidade - Avaliação. 4. Políticas públicas. I. Freitas, Sérgio Fernando Torres de. II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. III. Título.

CDU 614

Douglas Francisco Kovaleski

A RELEVÂNCIA COMO CRITÉRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA

Este a Tese foi julgada adequada para obtenção do Título de “Doutor em Saúde Coletiva”, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva

Florianópolis, 02 de março de 2012.

Prof. Dr.^a Karen Glazer Peres,
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Prof., Dr. Sérgio Fernando Torres de Freitas,
Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof., Dr. Jair dos Santos Lapa,
Professor aposentado Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a, Dr.^a. Maria Cristina Marino Calvo,
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof.^a, Dr.^a. Sônia Natal,
Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ – Rio de Janeiro

Prof., Dr. Carlo Botazzo
Instituto de Saúde de São Paulo

Para minha filha Ísis.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Sérgio, pela dedicação, pela confiança, pela amizade e pelo empenho.

À Angaci, minha companheira, pela força nos momentos mais difíceis.

À Professora Maria Cristina Calvo, pelas contribuições fundamentais e pelo apoio no processo de construção da tese.

À Professora Sônia Natal, pelos conselhos, pelo apoio e pela amizade no percurso da tese.

À Professora Claudia Fleming Colussi, pela parceria e pela sólida amizade que construímos.

À Professora Josimari Telino de Lacerda, pelas contribuições e pela solidariedade em todos os momentos.

Aos membros do NEPAS: Angela Blatt, Mirvaine Panizzi, Alex Lamas, Manoela Reses, Karine Pereira, Daniela Alba Nickel e Cristine Garcia Gabriel.

O sucesso de distinguir a verdade do erro
não passa, na verdade, da mera obtenção
de um acordo sobre aquilo que
devemos acreditar.

*Sociologia do Conhecimento (2003, pág. 9) –
Renan Springer de Freitas*

RESUMO

Esta pesquisa tem por objetivo propor a relevância como o critério orientador da avaliação da qualidade da gestão pública em saúde. A relevância tem a intenção de criticar a avaliação normativa, restrita, em grande medida, à análise acrítica do cumprimento de normas governamentais desprovidas de referenciais humanos. A partir da problemática apresentada, o trabalho foi estruturado na seguinte sequência: i) revisão sobre aspectos da avaliação em saúde; ii) justificativa da necessidade de usar o critério de relevância para a avaliação da gestão; iii) contextualização sobre políticas públicas e políticas sociais; iv) apresentação de alternativas teórico-metodológicas para a avaliação da gestão em saúde que consideram a relevância; v) apresentação dos resultados dessa tese sob forma de artigos. O primeiro artigo faz uma releitura do referencial de Benno Sander para a área da saúde; o segundo artigo faz uma revisão dos conceitos de qualidade aplicados aos serviços de saúde e apresenta a proposta do NEPAS/UFSC para avaliação da qualidade da gestão em saúde; o terceiro apresenta o estado da arte da relevância para outras áreas do conhecimento de interesse para a gestão pública em saúde; e o quarto artigo propõe o critério em si, no qual a gestão pública em saúde deve possuir três atributos essenciais para que seja considerada de qualidade sob o critério da relevância: governança, produção da equidade e humanização. A governança é caracterizada por impacto social, legitimidade social e proteção ao meio ambiente; a produção da equidade, por ampliação do acesso e inclusão social; e a humanização, por qualidade de vida e ações intersetoriais de apoio.

Palavras-chave: avaliação em saúde; gestão em saúde; relevância; qualidade da assistência à Saúde.

ABSTRACT

This research aims to propose the relevance as the guiding criterion of evaluation of quality management in public health. The relevance is meant to criticize the normative evaluation, restricted largely uncritical analysis of compliance with government regulations devoid of human reference. From the issue presented, the work was structured in the following sequence: i) review aspects of health evaluation ii) justification of the need to use the criterion of relevance for the evaluation of management, iii) background on public policies and social policies iv) presentation of theoretical and methodological alternatives for the assessment of health management to consider the relevance, v) presentation of the results of this thesis in the form of articles. The first article is a reinterpretation of the standard of Benno Sander for health, the second article reviews the concepts of quality applied health services and presents the proposal of NEPAS/UFSC for evaluation of quality management in health; the third presents the state of the art of relevance to other areas of knowledge relevant to managing public health, and the fourth paper proposes the criterion itself, in which the public management of health must possess three essential attributes to be considered in quality the criterion of relevance: governance, production of equity and humanity. Governance is characterized by social impact, social legitimacy and protection of the environment, the production of equity, by expanding access and social inclusion and humanization, for quality of life and intersectoral support.

Keywords: health evaluation, health management, relevance, quality of health care.

LISTA DE FIGURAS

Artigo 1

Figura 1 – Paradigma Multidimensional de Análise de Sistemas Educativos de Benno Sander	70
--	----

Artigo 3

Figura 1 – Figura esquemática do atributo da Governança	111
Figura 2 – Figura esquemática do atributo da Produção da Equidade	111
Figura 3 – Figura esquemática do atributo da Humanização	112

Artigo 4

Figura 1 – Modelo da Relevância para avaliação da gestão em saúde	123
---	-----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Orientação das dimensões do Paradigma Multidimensional.	52
Quadro 2 – Qualidade da Gestão em saúde NEPAS.	57
 Artigo 2	
Quadro 1 – Síntese das concepções de qualidade na avaliação de serviços de saúde.	84
Quadro 2 – Qualidade da Gestão em Saúde - NEPAS	89

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CHETRE: Center for Health Equity, Training, Research and Evaluation

NEPAS: Núcleo de Extensão e Pesquisas em Avaliação Em Saúde

SUS: Sistema Único De Saúde

WHO: World Health Organization

SUMÁRIO

ESTRUTURA DA TESE	23
1. INTRODUÇÃO	25
2. AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	29
2.1. DA NECESSIDADE DA RELEVÂNCIA PARA A AVALIAÇÃO EM SAÚDE	31
3- PARA A DISCUSSÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS	37
3.1. O ESTADO E AS CLASSES SOCIAIS: CONTRIBUIÇÕES DE OFFE E POUTLANZAS	39
3.2 O ESTADO NEOLIBERAL E AS POLÍTICAS SOCIAIS	43
4. ALTERNATIVAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS.....	51
4.1. PARADIGMA MULTIDIMENSIONAL DE BENNO SANDER. 51	
4.2. PARADIGMA DE SCRIVEN NA AVALIAÇÃO E O CONCEITO DE VALOR.....	53
4.3. MODELO NEPAS	56
5. OBJETIVOS	59
5.1. OBJETIVO GERAL:	59
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	59
6. MÉTODO.....	61
7. RESULTADOS.....	63
8. CONTRIBUIÇÕES DE BENNO SANDER PARA A AVALIAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE.....	65
10. A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NA GESTÃO EM SAÚDE . 79	
11. AVALIAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE: O ESTADO DA ARTE DAS CONCEPÇÕES DE RELEVÂNCIA	95
12. O CRITÉRIO DA RELEVÂNCIA PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA GESTÃO EM SAÚDE.....	117
12. O CRITÉRIO DA RELEVÂNCIA PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA GESTÃO EM SAÚDE.....	117
13. CONSIDERAÇÕES FINAIS	143

ESTRUTURA DA TESE

Esta proposta de tese está sendo apresentada no formato exigido pelo regimento interno do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Dessa forma, ela além de descrever o tema, os objetivos, o método, apresenta quatro artigos. O primeiro, “Contribuições de Benno Sander para a avaliação da gestão em saúde”, está publicado na Revista de Enfermagem da URI – Frederico Westphalen, Qualis da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) Saúde Coletiva B1 e o segundo, “A avaliação da qualidade na gestão em saúde” foi submetido para a Revista da OPAS, Qualis CAPES B2, na área da Saúde Coletiva B1. Os dois primeiros artigos seguem as normas de referencias das respectivas revistas e o restante da tese segue as normas da Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina.

1. INTRODUÇÃO

O interesse central que fundamenta o desenvolvimento deste estudo é a proposição de um critério para avaliação da gestão em saúde. A esse critério denominamos “relevância”. A pergunta que provocou esta investigação foi: *“Qual o critério essencial para avaliar a qualidade da gestão pública em saúde?”*

A pergunta explicita o objeto de pesquisa: a relevância como critério de avaliação da gestão em saúde. Critério que considera a avaliação na sua condição processual, pois as políticas públicas devem ser avaliadas de maneira transversal à gestão (HARTZ, 1997).

Este estudo emerge das dificuldades enfrentadas para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Estes obstáculos, em grande medida, estão localizados na gestão do sistema. Matus (2005), afirma que:

A gestão pública é, em geral, decepcionante. Não aponta para o alvo dos problemas. A qualidade da gestão pública é baixa e estagnada. (...). A ciência não parece ter qualquer impacto sobre o combate dos problemas sociais ou sobre a qualidade da gestão pública. (pág. 21).

Os problemas na gestão pública em saúde no Brasil podem ser mais bem compreendidos se considerado o processo de descentralização do setor no país. A descentralização transformou mais de 5.000 gestores municipais em saúde em agentes decisivos na realização das políticas de saúde, uma vez que são responsáveis por grande parte das ações (NASCIMENTO, 2007).

Este estudo assume o recorte da avaliação da gestão em saúde com o objetivo de trazer uma contribuição para a gestão do SUS. Assume-se a avaliação engajada com as necessidades e demandas sociais, de maneira voltada à tomada de decisão.

A área da avaliação em saúde ocupa significativa abrangência e pode ser observada a partir de três perspectivas: avaliação clínica, avaliação epidemiológica e avaliação para a gestão. A avaliação clínica emite juízo de valor sobre procedimentos, técnicas e biomateriais, e seu objeto de estudo é o indivíduo, parte dele, ou técnicas de atenção direta ou indireta aos pacientes. A avaliação epidemiológica prioriza a medição das condições de saúde das populações por meio de indicadores e índices de saúde e/ou doença. A avaliação para gestão estuda as decisões políticas no sentido de viabilizar o funcionamento do sistema

de saúde.

No conceito de avaliação de Champagne et al (2009), fica explícita a preocupação com a avaliação para a gestão.

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um **juízo de valor** sobre uma intervenção, enquanto um dispositivo capaz de fornecer informações **cientificamente válidas e socialmente legítimas** sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, fazendo com que os diferentes atores envolvidos, onde as lógicas de julgamento são às vezes diferentes, estejam aptos à tomada de decisão sobre a intervenção para que possam construir, individualmente ou coletivamente, um julgamento susceptível de se traduzir em ações. (pág. 215, negrito meu).

Para Penna Firme (1994), “as verdadeiras avaliações são aquelas que subsidiam a tomada de decisões.” (pág. 15)

Para Hartz e Ferrinho (2011, pág. 198), a avaliação cumpre papel fundamental para a gestão, mas que:

... sem um esforço de institucionalização por parte das estruturas governamentais, e instâncias de avaliação capazes de fomentar a informação para a tomada de decisão, todo conhecimento é mero exercício acadêmico, impotente para contribuir na melhoria dos problemas de saúde.

Parte-se do entendimento que a avaliação da gestão deve debruçar-se sobre questões passíveis de intervenção por parte da gestão. Nesse campo, é de utilidade duvidosa realizar estudos que identificam problemas sem atuar no sentido de sua resolução. As avaliações não devem ficar restritas a levantar dados ou situações com conteúdo de denúncia, para concluir que “o governo precisa fazer alguma coisa”, sem especificar minimamente de que maneira ou em que ponto deve ser realizada a intervenção.

A avaliação para a gestão em saúde considerada nesta pesquisa tem como objetivo orientador a consolidação do SUS, atualmente normatizado pelo Pacto de Gestão do SUS, como colocado pela portaria 399/06, que explicita como objetivos do SUS:

Garantir acesso, resolutividade, reduzir desigualdades sociais e territoriais e promover e

equidade, ampliando a visão nacional dos problemas associada à capacidade de diagnóstico e de decisão loco - regional, que possibilite os meios adequados para a redução das desigualdades no acesso às ações e serviços de saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações e promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com direito de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema; potencializar o processo de descentralização fortalecendo estados e municípios para exercerem o papel de gestores e para que as demandas dos diferentes interessados possam ser organizadas na região; racionalizar os gastos e otimizar os recursos, possibilitando ganho em escala nas ações e serviços de abrangência regional. (BRASIL, 2007, p. 13)

Mas, afinal, qual é o entendimento de relevância que move esta pesquisa?

O tema emerge do referencial teórico de Benno Sander adotado pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Avaliação em Saúde da UFSC (NEPAS) em meados de 2003, que será apresentado adiante.

Em sentido comum, “relevante é o que releva, que sobressai ou ressalta, de grande valor, conveniência ou interesse, aquilo que importa ou é necessário” (FERREIRA, 2008).

Em sentido acadêmico, relevância pode ser entendida como:

... critério filosófico e político que orienta do ponto de vista estratégico as ações administrativas, composta por **conteúdos éticos e substantivos**, tem o papel de regular o direcionamento da gestão frente aos velhos desafios atuais de **atender interesses humanos e políticos**, cumprindo as metas planejadas pela política, com otimização de recursos e produtividade adequada.” (SANDER, 1981, p.37, negrito meu)

A escolha de Benno Sander como ponto de partida para estudar a relevância justifica-se; pela instrumentalidade (característica essencial da avaliação para a gestão), pela simplicidade, aplicabilidade e caráter inovador. É notável a proximidade entre as políticas públicas da área da saúde e da área da educação. Afinal, ambas possuem um caráter

societário bastante reconhecido pela sociedade.

A partir da problemática apresentada, o trabalho foi estruturado na seguinte sequência: i) revisão sobre aspectos da avaliação para a saúde; ii) a justificativa da necessidade de usar o critério de relevância para a avaliação da gestão em saúde; iii) contextualização sobre políticas públicas de saúde e iv) apresentação de alternativas teórico-metodológicas para a gestão em saúde que consideram a relevância.

Tendo em vista a grande variação dos conceitos utilizados no campo da avaliação, optou-se por defini-los em seguida para melhor compreensão do leitor no escopo deste escrito.

Dimensão é o recorte que o avaliador escolhe para avaliar determinado objeto. Por isso, tem caráter mais abrangente que o critério e está em posição mais distante em relação ao objeto de análise se comparada ao critério.

Critério é o princípio que se toma como referência, utilizado para avaliação e delimita o aspecto do objeto em análise. Concretiza-se com a escolha de seus respectivos indicadores.

Indicador é um fator qualitativo ou quantitativo, empiricamente ligado ao critério, que estabelece um meio simples e confiável de medição. O conceito adotado de indicador retorna ao seu caráter mais amplo, e pode ser apenas um aspecto que “indique” a presença ou ausência de determinada política de saúde.

Medida é a verificação empírica de um indicador utilizado para avaliação da qualidade em saúde. É o aspecto, dentre os listados, que está mais próximo do objeto em análise. Verifica aquilo que o indicador definiu.

Parâmetro é a referência que determina o julgamento de valor de cada medida.

Numa sequência lógica, a **dimensão** fundamenta o **critério** que se traduz em um ou vários **indicadores**, aferidos, cada um, por sua respectiva **medida**. O julgamento que define o juízo de valor é dado a partir de um **parâmetro**. A qualidade de uma avaliação é definida pela coerência interna exercida entre todos estes elementos.

2. AVALIAÇÃO EM SAÚDE

O período pós-guerra é caracterizado por uma substantiva mudança no papel do Estado em sua relação com a sociedade. A necessidade de reconstrução e de promoção de políticas públicas, socialmente legítimas e minimamente onerosas aos cofres públicos, ganha importância neste contexto (RUA, 2000).

Com a reforma do Estado exigindo resultados com recursos cada vez mais escassos (PEREIRA, 1998), a avaliação assume papel estratégico no ciclo da gestão pública. Este ciclo que compreende o planejamento, a formulação, a negociação, o acompanhamento da implementação, os possíveis ajustes e até mesmo a interrupção de determinada política, quando necessário. A avaliação também é essencial para o controle interno e a transparência das ações, bem como do impacto social da ação, verificado por meio da satisfação dos envolvidos (RUA, 2000).

Segundo Hartz (1997), os processos avaliativos já vinham sendo institucionalizados nos países desenvolvidos, mas no Brasil ainda não estava consistentemente sistematizada a avaliação como ferramenta de gestão.

A avaliação de políticas públicas começou a se desenvolver no Brasil somente a partir da década de 80 (BOSI; UCHIMURA, 2007) e, desde então, diversas iniciativas vêm sendo progressivamente desenvolvidas na saúde. Desde pesquisas acadêmicas - voltadas para a avaliação de serviços de saúde, até a incorporação, pelo Ministério da Saúde, de pesquisas avaliativas que subsidiem a elaboração de políticas e programas setoriais (FELISBERTO, 2006).

No caso das políticas de saúde, a avaliação adquire importância nas organizações, com ênfase nas mudanças de procedimentos legais e administrativos na gestão do Sistema Único de Saúde, como o processo de descentralização das responsabilidades, ações e recursos; a complexidade do perfil epidemiológico que exige novas abordagens mais abrangentes e novas tecnologias; a exigência de cortes crescentes nos gastos públicos exigidos pelas esferas de governo e organismos financiadores internacionais (FIGUEIRÓ; THULER; DIAS; 2008).

Apesar dos avanços percebidos de maneira crescente na arena da avaliação em saúde, percebe-se a inexistência da aplicação do critério de relevância na avaliação da gestão no Brasil.

Para avaliação da qualidade em saúde, o autor mais importante é Donabedian, cujos primeiros trabalhos sobre o tema datam dos anos 60, mas que ganhou maior notoriedade mundial a partir do final dos anos

80.

Donabedian desenvolveu um quadro conceitual, fundamental para o entendimento da avaliação da qualidade a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado (DONABEDIAN, 1982). Ele considera como estrutura, os recursos físicos, humanos e os recursos financeiros necessários para a boa assistência médica. Considera ainda como condições pra garantir um julgamento com credibilidade: uma informação rigorosa e de qualidade, a representação de diferentes pontos de vista, e de consistência no desenvolvimento do argumento.

Devido aos limites e ao uso inadequado da tríade de Donabedian, o próprio autor concentra esforços na definição do que estará sendo considerado qualidade, pois essa não se constitui em um atributo abstrato, mas deve ser construída em cada avaliação por meio dos, por ele denominados, sete pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (Donabedian, 1990).

As organizações de saúde vêm utilizando diversas abordagens metodológicas prescritas por autores como Deming, Juran e Donabedian, que tem influenciado de forma positiva a avaliação em saúde. Vários sistemas, ferramentas e métodos provenientes de outros setores da produção ou da prestação de serviços, vêm sendo utilizados na saúde em nosso país e no mundo, como por exemplo Gestão da Qualidade Total, Melhoria Contínua da Qualidade, 5S, Seis sigmas e outros.

Outras propostas de avaliação em saúde foram estudadas, como a de Silva e Brandão (2003), onde questões semelhantes à relevância são abordadas, mas sem o enfoque proposto. O Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (2011) trabalha na lógica “Donabediana” de estrutura, processo e resultado, embasado em indicadores epidemiológicos; desta forma, ele não tem como objeto principal a avaliação para a gestão e não se preocupa com a relevância das ações estudadas.

Na proposta do PRO-ADESS (Programa de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde) (2004) a avaliação é realizada sob quatro grandes dimensões: os determinantes de saúde, as condições de saúde, a estrutura do sistema de saúde e o desempenho dos serviços de saúde. No entanto, não se percebe o uso de um critério orientador da avaliação da gestão como nossa proposta da relevância.

A proposta de Viacava et. al. (2004) propõe avaliar o desempenho do SUS com amplitude e fundamentada em determinantes sociais, mas, da mesma forma que as demais correntes de avaliação, não

considera a relevância.

Esta breve aproximação com algumas propostas de avaliação não pretende conhecer a totalidade dos estudos desse campo, mas nos permite afirmar que, nos limites do conhecimento posto, não há estudos que considerem a relevância na área da avaliação para a gestão em saúde no Brasil.

Vale fazer uma ressalva, pois o NEPAS/UFSC (Núcleo de Extensão e Pesquisa em avaliação em Saúde), grupo do qual este autor faz parte, já utiliza o critério da relevância na Avaliação da Gestão da Atenção Básica em Saúde no Estado de Santa Catarina, processo institucionalizado que ocorre desde 2008, e está em sua quarta coleta de dados em todos os municípios do estado. Entretanto, a relevância tem sido utilizada com base no conceito de Benno Sander e as discussões no âmbito da universidade e da Secretaria de Estado da Saúde, faltando, até o momento, uma discussão teórica desse critério. Desta forma, o estudo da relevância emerge de uma necessidade tanto do serviço quanto da academia, donde pretende contribuir para a supressão desta lacuna.

2.1. DA NECESSIDADE DA RELEVÂNCIA PARA A AVALIAÇÃO EM SAÚDE

É consenso que avaliar é emitir um juízo de valor. São pressupostos deste estudo que: só há qualidade na gestão em saúde se houver valor; e só há valor se houver relevância. Nesta concepção, a relevância é componente do valor.

No entanto, o conceito de relevância não está claro, o que compromete a adoção de dimensões, critérios, indicadores, medidas e parâmetros adequados de avaliação, prejudicando, em última análise, a qualidade da gestão em saúde.

Apesar da pouca clareza com relação ao conceito de relevância, sua importância é percebida em documentos e discussões, dos quais foram selecionados três:

- i) Constituição Brasileira de 1988.
- ii) Teoria de Sistemas, segundo Mário Chaves.
- iii) Concepções de avaliação da gestão segundo Carlos Matus.

i) Constituição Brasileira de 1988;

Na Constituição Federal Brasileira de 1988, a relevância aparece no artigo 197. que define “São de relevância pública as ações e serviços de saúde...”. Orientada pelo artigo 196, onde:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

Essa elaboração jurídica da relevância é debatida por vários juristas que discutem a relevância a partir da constituição federal em documento analisado no primeiro artigo (anexo 2) deste estudo.

ii) Teoria de Sistemas;

Com o intuito de abordar a teoria dos sistemas de maneira suficiente, sem a intenção de esgotar o tema, elegeu-se Mário Chaves como interlocutor de referência. Pois foi ele um dos primeiros autores a sistematizar a Teoria dos Sistemas no Brasil.

Segundo Chaves (1978), um sistema pode ser definido como um todo complexo e organizado; uma reunião de coisas ou partes formando um todo. A relação entre as partes faz que com o todo reúna características próprias diferentes, que não estão em cada parte nem no simples somatório das partes, mas constituem uma nova entidade.

Todo sistema pressupõe a existência de um plano, método, ordem e/ou arranjo. Essa organização pretendida pelo sistema nega o caos, que é a lei natural do universo, pela tendência constante do aumento da entropia ou desordem (CHAVES, 1978).

A existência de um sistema, de uma ordenação no sentido da entalpia (negação do caos), exige um dispêndio significativo de energia. Neste sentido, criam-se focos ou ilhas onde a organização produz a vida e a civilização. “A consciência da morte não impede o homem de agir, atuar, viver em busca de seus próprios desígnios.” (CHAVES, 1978, pág. 9).

A teoria geral dos sistemas, apresentada por Chaves (1978), classifica os sistemas em teleológicos, que são dirigidos para um objetivo final; e não-teleológicos, que não possuem este direcionamento.

No contexto dos sistemas, é necessária uma orientação para que o gasto de energia negue o caos. No caso do Sistema Único de Saúde não é diferente. Está claro que o SUS é um sistema teleológico, pois necessita de uma intencionalidade clara e objetiva em cada ponto do sistema, de maneira a alcançar o objetivo maior que necessariamente deve estar vinculado ao bem-estar humano e à qualidade de vida.

A discussão que envolve a teleologia ou não-teleologia do SUS remonta às concepções de gestão. Na perspectiva, aqui denominada

pragmática, ou não-teleológica, o gestor apenas responde às demandas rotineiras sem planejar ou pensar estrategicamente. Esta perspectiva tem como consequência uma gestão de baixa qualidade. Muitas vezes, esta não-direcionalidade estratégica da gestão pode ser ingenuamente interpretada como despreparo do gestor e seu *staff*, no entanto, a concepção pragmática percebe a gestão, e seu conjunto de políticas como uma função meramente burocrática que deve apenas manter a harmonia social. A partir deste entendimento, é mais importante a passividade das comunidades, supostamente “satisfeitas”, do que a conquista de melhorias na saúde e na qualidade de vida da população.

Na perspectiva de um Estado provedor, ou teleológico, o papel assumido pela gestão é diretivo, necessita de planejamento e de uma orientação política clara, sendo insuficiente a resposta às demandas cotidianas que chegam ao gestor.

No caso do SUS, considerado como um sistema teleológico, o dispêndio de energia traduz-se em recursos financeiros e em empenho de sujeitos e organizações, providos de intencionalidades. Esse conjunto de interesses e de recursos necessita de uma orientação comum que vise o bem-estar humano, a solidariedade e a democracia. A relevância pretende orientar a condução do SUS, pensando estrategicamente a consecução dos objetivos citados.

iii) Concepções de avaliação da gestão segundo Carlos Matus.

Carlos Matus Romo desempenhou funções como assessor do Ministro da Fazenda e como Ministro da Economia do Governo de Salvador Allende de 1965 a 1970. Atuou no Instituto Latinoamericano de Planejamento Economico e Social (ILPES), organismo autônomo criado sob a égide da Comissão Economica para América Latina (CEPAL), em Santiago do Chile e dirigiu importantes missões na América Central e na América Latina.

Em meio a sua vasta produção bibliográfica sobre o Planejamento Estratégico Situacional, deve-se considerar os livros: “Estrategia Y Plan”, publicado em 1969; “Planificación de Situaciones” em 1980; “Política y Plan”, em 1984, texto que reelabora e estende, posteriormente, em “Política, Planificación y Gobierno”. Mais recentemente em 2005 foi lançada uma coletânea do pensamento de Carlos Matus organizada pela sua filha, pois o autor faleceu em dezembro de 1998. Esta obra foi utilizada como referência fundamental nesta discussão, pois consolida, em um texto atualizado, os diversos espaços de construção intelectual desenvolvidos em suas obras

anteriores convergindo para uma Teoria da Ação de governar, tema de interesse para a gestão pública.

Segundo Carlos Matus (2005), ao tratar do tema avaliação da gestão, é necessário discutir o conceito de governo, pois é comum referir-se à gestão a partir do poder executivo, considerado sinônimo de comando, orientação, coordenação e condução. No contexto democrático, governo é “sinônimo de condução desde qualquer posição a partir de algum centro de poder.” (pág. 444).

O autor afirma ainda que “... o governo é produto da intencionalidade coletiva de um grupo social.” (MATUS, 2005, pág. 443). Estes conceitos auxiliam na construção da relevância, pois esta não deve estar presente apenas na gestão ou nos gestores, mas em todos os envolvidos direta ou indiretamente na política social em questão.

O padrão de direcionalidade do governo se dá a partir de uma imagem-objetivo democraticamente construída, daí as ações podem se aproximar ou se afastar dessa imagem-objetivo, que é a tradução de valores sociais. Para Matus (2005, pág. 445) “O homem não persegue, apenas, objetivos que satisfaçam a sua individualidade. Age também motivado por valores, sentimentos e tradições.”

A gestão também é ação humana. Para isso, recorremos a Weber, que faz uma diferenciação entre a ação racional com base em fins e com base em valores, considerando também a ação afetiva e a tradicional:

Como toda a ação, a ação social pode ser: (1) racional com base em fins: determinada pelas expectativas no comportamento tanto de objetos do mundo exterior como dos outros homens, e utilizando essas expectativas como condições ou meios para alcançar os próprios fins, racionalmente sopesados e perseguidos; (2) racional com base em valores: determinada pela crença consciente no valor ético, estético, religioso ou de qualquer outra forma que se interprete, próprio e absoluto de uma determinada conduta, sem qualquer relação com o resultado, ou seja, puramente segundo o mérito desse valor; (3) afetiva: especialmente emotiva determinada por afetos, estados sentimentais atuais; e (4) tradicional: determinada por um costume arraigado. (WEBER, 1944, pág. 20).

A satisfação de valores é uma gratificação individual e pessoal-coletiva que se consegue por meio do cumprimento dos deveres e dos

princípios admitidos. A satisfação dos valores só é possível mediante o conhecimento do outro e suas necessidades; e tal reconhecimento envolve o conceito de pessoas e de coletividade social que ultrapassa o de indivíduo (MATUS, 2005).

O debate sobre a satisfação dos valores na sociedade é vasto e não se pretende abordá-lo suficientemente neste estudo, apenas perceber sua complexidade e pertinência na gestão em saúde, a partir do critério da relevância. Optou-se, então, por abordar a relevância essencialmente na condição de um critério de avaliação da gestão em saúde.

Essa delimitação parte do entendimento de que a gestão do sistema é o *locus* privilegiado para reorientar os serviços. Apesar de concordar com as construções de caráter participativo, que trabalham a partir do princípio da horizontalidade entre os atores envolvidos em determinada política, este estudo parte da conjuntura atual da gestão do SUS e percebe a atuação nela como uma iniciativa primeira e pragmática para iniciar um processo de reorientação dos serviços de saúde. Esta abordagem não se esgota, pois a relevância parte de uma construção ampla que envolva outras políticas públicas e outros sujeitos, também numa perspectiva cultural.

Apesar da necessidade de ampliar os horizontes, a gestão, segundo Matus (2005), requer um adequado processamento tecnopolítico dos problemas, a fim de fundamentar uma ação direta eficiente, eficaz, viável e aceitável. Desse modo, este estudo propõe o critério relevância e seus atributos para orientar a prática da avaliação da gestão.

Mas afinal, para que é necessário o critério da relevância para a avaliação da gestão na saúde pública?

O critério da relevância pretende, além de avaliar os serviços, e, em sentido mais amplo, as políticas de saúde, bem como influenciar no direcionamento das decisões tomadas pelos milhares de gestores pelo Brasil. Essa pretensão, que também motiva este estudo, parte do pressuposto de que os gestores, bem como os trabalhadores em saúde, têm suas ações guiadas, considerando variações regionais e individuais, pela maneira como são avaliados. Se o raciocínio exposto tiver base com o cotidiano dos serviços, o critério da relevância irá interferir no direcionamento das políticas de saúde.

Mas haveria uma intencionalidade política neste trabalho, ao direcionar as políticas de saúde em determinado rumo? A resposta é sim, e essa intencionalidade não é nova, é tendenciosa no sentido da consolidação do Sistema Único de Saúde como um direito de cidadania.

A preocupação com a proposição da relevância parte de dois

pressupostos: o primeiro é do despreparo de grande parcela dos gestores no setor, que estariam, portanto, “desorientados” com relação aos rumos das políticas de saúde; e o segundo é que a lógica economicista, justificada pelo pragmatismo, tornou-se uma ideologia, que pesa contra o SUS e o bem-estar humano.

É preciso considerar os limites do que este estudo pretende, pois uma boa política de saúde não se realiza se não houver financiamento suficiente. Essa construção é ainda restrita, pois nem o orçamento suficiente garante políticas de saúde adequadas e promoção de qualidade de vida para a população. É necessário que se atinja desenvolvimento econômico capaz de viabilizar acesso a bens de consumo e que as políticas sociais como: educação, habitação, saneamento básico, transportes, emprego e lazer, desenvolvam-se conjuntamente com o setor saúde. Tal compreensão presta contas com o conceito ampliado de saúde citado pela Lei 8080/90, que regulamenta o SUS, e explicita os limites desse estudo, bem como da contribuição que pretende: restrita ao setor saúde e dependente de uma política geral que priorize o bem-estar das pessoas.

Apesar dos limites apresentados, a relevância vem para auxiliar no caráter humanístico, societário e subjetivo da gestão em saúde. Ela nasce com o intuito de criticar a avaliação normativa, restrita, em grande medida, à análise acrítica do cumprimento de normas governamentais desprovidas de referenciais humanos.

É preciso ficar claro que este estudo não recusa os critérios propostos pelas esferas de governo, a exemplo do Pacto de Gestão do SUS. É preciso, no entanto, melhorar os critérios de avaliação, que, apesar dos avanços, têm se mostrado insuficientes.

A avaliação normativa em saúde não ultrapassa a análise do mérito das ações - eficácia (cumprimento de metas) e eficiência (produtividade a menores custos) – e precisa ser superada. Avalia-se o mérito sem, no entanto, avaliar a relevância como componente do valor nos programas e políticas e saúde.

3- PARA A DISCUSSÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Este estudo trata do tema avaliação em saúde. Entretanto, não seria factível proceder a este estudo sem sistematizar minimamente os referenciais escolhidos para o entendimento de políticas públicas e do papel do Estado.

O Estado não é uma entidade localizada em um ponto, mas sim em múltiplos, nele estão não apenas os dominadores, mas também os dominados e o governo é apenas a manifestação das políticas de estado em um determinado momento histórico (BOTAZZO, 1999).

Do ponto de vista da sociedade política, de acordo com Dallari (1982), o Estado é o instrumento para que (...) *os indivíduos e demais sociedades possam atingir seus respectivos fins particulares*, concluindo que a finalidade do Estado é o bem comum.

Na concepção de Chauí, o Estado

trata-se da sociedade que vive sob direito civil, isto é, sob o direito positivo na forma das leis promulgadas e aplicadas pelo soberano. Feito o pacto ou o contrato, os contratantes transferem o direito natural ao soberano e com isso o autorizam a transformá-lo em direito civil, ou direito positivo garantindo a vida, a liberdade e a propriedade privada dos governados (CHAUÍ, 2004, p. 373-4).

Para Groppali (1962), o *Estado é a pessoa jurídica soberana constituída de um povo organizado sobre um território sob comando de um poder supremo, para fins de defesa, ordem, bem-estar e progresso social* (Apud DALLARI, 1982, p.52).

Tais conceitos estão ligados ao que se pode chamar de Estado liberal moderno. O desenvolvimento da teoria do Estado liberal está baseado nos direitos individuais e na ação coletiva humana de acordo com o “bem comum”. A coerção e a repressão, conforme Foucault (1988) substituíram a força e foram colocadas como principais meios de controle por um Estado e uma sociedade.

Com base nos clássicos da discussão conceitual do Estado, visões diferentes fundamentam a estrutura do Estado moderno. Hobbes, no *Leviatã*, além de aplicar uma metodologia científica para a interpretação do comportamento do indivíduo, como fundamento de sua teoria política, em vez de se preocupar com a ação do Estado, sustentou que os

apetites e as aversões são o que determinam as ações voluntárias do homem e que o único meio para ele acalmar suas vontades era admitir um poder soberano perpétuo, contra o qual cada um seria impotente.

Locke viu a posse e a propriedade como a base de uma sociedade civil justa e equitativa, enquanto Rousseau considerou que isso foi a origem do mal e da desigualdade. Neste aspecto, mais uma vez, na atualidade, poder-se-ia pensar um Estado – regulador e conciliador de conflitividades: a concepção da posse da propriedade como natural ou como causa das desigualdades e das disputas (SPANIOL, 2009).

Rousseau (1997) percebeu o Estado como criação dos ricos para assegurar a sua posição dominante. Ele sustentou que era impossível separar a desigualdade social da desigualdade política. Para avançar nessa questão, Rousseau idealizou um contrato social onde o Estado garantisse liberdade e igualdade. O fundamento deste contrato social é que o poder do Estado provém do povo, que renunciou a sua liberdade em favor do Estado, que representa, portanto, a vontade geral.

Rousseau (1997) estava ciente das armadilhas do contrato social. Se o Estado tinha de agir para preservar a igualdade necessária para ter legitimidade e um contrato social em vigor, como o sistema – ao mesmo tempo público e privado – ele se resguardaria da degeneração em uma sociedade de classes, marcada pelo conflito? Na prática, constata-se que ao longo da história, a humanidade vivenciou formas de Estado centralizadoras nas mãos de soberanos e formas mais descentralizadoras com a participação da sociedade; formas de intervenção em todos os ambientes da vida privada, especialmente, na área econômica produzindo e realizando serviços; e, formas mais liberais permitindo aos cidadãos e grupos a livre iniciativa. Esta última, na atualidade, vem ganhando espaço, sendo que o Estado delega a “agências independentes” a regulação dessas atividades (produção e distribuição da energia elétrica, produção e universalização dos sistemas de telecomunicações, produção de medicamentos e prestação de serviços de saúde, etc.).

E neste Estado moderno, o conflito entre capital e trabalho existe desde a guerra de posições de caráter ideológico até os confrontos bélicos abertos em diferentes momentos restando ao controle social exercer resistência a este controle com base nas organizações políticas da classe trabalhadora.

De um Estado de classes, cuja abordagem será enfocada a seguir, a partir de Poulantzas (1986) e Offe (1995), passa-se para um Estado regulador, onde a representação de classes ou de corporações permanece. O atual modelo de Estado regulatório é uma das concepções

que passou a ser implantado, praticamente, em todos os países capitalistas, sejam eles ricos ou pobres.

Partindo de diferentes concepções, pode-se caracterizar o Estado como um espaço de conflitos, onde a luta se trava por interesses diversos. No novo modelo de gestão, o Estado repassa muitas atribuições de regulador destes conflitos para o setor privado, por meio da privatização, terceirização e das parcerias.

3.1. O ESTADO E AS CLASSES SOCIAIS: CONTRIBUIÇÕES DE OFFE E POULANTZAS

A discussão do Estado associada a uma compreensão da sociedade dividida em classes sociais, tem como marco teórico alguns autores, como: Marx, Engels, Gramsci, Althusser, Poulantzas, Offe e outros. No entanto, optou-se por apresentar, especialmente, as concepções de Poulantzas e Offe devido ao enfoque desta pesquisa e sua contribuição para a análise das políticas públicas.

Segundo Offe (1995), no estado liberal moderno, os cidadãos são coletivamente os criadores da autoridade estatal e são ameaçados pela força da coerção estatal, sendo ao mesmo tempo dependentes dos serviços e das provisões organizadas pelo Estado.

Poulantzas (1986) faz registro das análises de Engels sobre as relações entre o Estado a sociedade. Segundo ele, Engels denomina o Estado como “resumo oficial”, considerado um produto da sociedade em um estágio determinado do seu desenvolvimento, testemunho de que esta sociedade está envolvida em uma insolúvel contradição. Mas as classes com interesses econômicos opostos não se aniquilem, a si e a sociedade, impõe-se a necessidade de um poder colocado acima da sociedade, com o intuito dissimular o conflito; este poder saído da sociedade, mas que se coloca acima dela e se lhe torna cada vez mais estranho, é o Estado (ENGELS Apud POULANTZAS, 1986).

Carnoy (1986) registra que as idéias de Poulantzas sobre a teoria do Estado se dividem em duas fases: em uma primeira, a partir de 1968, é uma teoria predominantemente estruturalista - o Estado reproduz a estrutura de classes, porque é uma articulação das relações econômicas de classe. A forma e a função do Estado moldam-se pela estrutura das relações de classe; na segunda, a partir de 1978, o Estado é moldado pela própria luta de classes - o Estado torna-se mais que local de organização do poder da classe dominante por parte do grupo dominante.

Nesta concepção o Estado é local de conflito de classes, onde o poder político é contestado. Poulantzas, da primeira fase, na obra *Poder Político e Classes Sociais* entende que o Estado capitalista é parte das relações de classe. Para esse autor, o processo de produção capitalista, na sociedade civil, define a formação das classes e é o Estado que redefine os trabalhadores e os capitalistas, politicamente, como sujeitos individuais. A estrutura jurídica muda a natureza da luta de classes, ao intervir para esconder dos indivíduos que suas relações são relações de classes.

A institucionalização da ordem política, econômica e social é colocada em evidência quando Poulantzas busca resposta para duas perguntas: como a classe capitalista consegue dominar o Estado? E como os capitalistas concorrentes conseguem usar o Estado para seus próprios fins contra a classe operária, também individualizada? É o que ele chama de luta política de classes. A luta política (para escondê-la de seus agentes) é relativamente autônoma da luta econômica. A unidade de classe para os capitalistas serve à reprodução das relações econômicas de classe. Esta unidade se dá através de uma completa operação político-ideológica própria, constituindo seus interesses, estritamente políticos, como representantes do Povo-Nação, um constructo ideológico a agrupar membros de diferentes classes sociais como indivíduos destituídos de sua unidade de classe. O Estado media a luta econômica e a classe dominante domina a própria luta política, relativamente autônoma.

Neste sentido, o Estado passa a ser um moderador da luta de classes na sociedade civil, na visão de Poulantzas. Nesse contexto, o Estado é um meio para a manutenção da hegemonia das classes dominantes.

Carnoy (1986), em seu estudo, diz que em 1975, 1978 e 1980, na segunda fase, Poulantzas reformula e amplia seu conceito de Estado como sendo ao mesmo tempo produto e modelador das relações objetivas de classe: o estruturalismo dialético. Poulantzas (1986) argumenta que o papel dos aparelhos do Estado é manter a unidade e a coesão de uma formação social, concentrando e sancionando a dominação de classes e reproduzindo as relações sociais e de classe. O Estado não é uma entidade, mas uma relação ou uma condensação de uma relação de classe. Não é a hierarquia que produz as classes, mas as classes sociais configuram o poder no aparelho do Estado, que está marcado pela luta de classes, ou seja, as classes agindo dentro do Estado produzem a hierarquia.

Para Poulantzas (1986), a estrutura e a luta de classes são os definidores cruciais das relações em uma sociedade. O Estado moderno separa, com mais êxito, o trabalhador da luta pelos meios de produção, reproduzindo as relações capitalistas de produção com mais sucesso. A partir disso, para Poulantzas, o Estado é uma arena da luta de classes. O capitalismo e a produção separam e individualizam os trabalhadores, e o Estado os reintegra na Nação, sob um conjunto de instituições que os homogeneíza e normaliza, diferenciando-os, sob uma nova série de leis, normas, valores, histórias, tradição, língua e conceitos de conhecimento que emanam da classe dominante e de suas frações.

Após as críticas, Poulantzas (1986) sustentou que as relações capitalistas de produção, a estrutura de classes e o Estado, com o desenvolvimento do capitalismo, são específicos dentro do contexto histórico dado, no modo de produção capitalista. Defende que sua forma e estrutura são moldadas pela luta de classes e pelo papel do Estado nessa luta.

Claus Offe (1995) argumenta que o Estado se compõe de aparelhos institucionais, de organizações burocráticas, de normas e códigos formais e informais que constituem e regulamentam as esferas públicas e privadas da sociedade. Como materialização das relações de dominação, os aparelhos de Estado consistem de um conjunto de estruturas organizacionais complexas e diferenciadas, cuja unidade reside em sua aspiração a legitimar a autoridade e o seu monopólio do uso da força. A análise de Offe enfatiza a autonomia relativa do Estado, baseado nos pontos de vista iniciais de Marx e interpretações de Weber da relação da burocracia com a sociedade civil, na medida em que a burocracia se torna a mediadora independente da luta de classes. As contradições, que surgem dos vários papéis mediadores do próprio Estado, fazem dele a principal arena da crise.

Na abordagem do Estado proposta por Offe, a análise privilegia as funções do aparelho administrativo e suas relações com os vários atores, no palco político, incluindo os próprios burocratas do Estado. Offe apresenta um Estado altamente autônomo, e concentra o funcionamento na burocracia do Estado, relativamente independente.

Offe (1995), em sua teoria, expõe questão fundamental relacionada ao Estado regulador que pode ser adequado com a criação das agências regulatórias para intermediar os conflitos entre as empresas e os usuários. Para Offe, o Estado se desenvolve, nas sociedades capitalistas, como resposta a crises periódicas que surgem da contradição básica da produção capitalista: a crescente socialização da produção e a continuidade da apropriação privada. As crises dão origem

ao desenvolvimento de mecanismo de adaptação, tanto internos no mercado, como pelas funções ampliadas do Estado. O Estado, nesta visão, é um mediador ou um administrador das crises capitalistas.

O autor propõe que o Estado capitalista não é um conjunto de instituições que pode ser facilmente comparado a outras instituições “privadas”, mas uma rede de formalismos jurídicos e institucionais que abrange e condiciona todos, ou quase todos, os processos e interações que ocorrem na sociedade.

Do ponto de vista de Offe (1995), o Estado capitalista pode representar o interesse geral do capital, pela relação entre o Estado e o processo de acumulação. Porém, o Estado não pode representar os interesses capitalistas específicos, sem colocar em perigo sua função global de representar o interesse geral do capital. Nem pode parecer um representante do capital, em detrimento de sua base de apoio de massa, pois poria em risco a legitimidade que é a sua fonte de poder. Referente à segunda questão, no modelo de Offe, os limites às funções do Estado emanam do problema de reconciliar dinamicamente os requisitos da acumulação capitalista de um lado e sua legitimação do outro.

O processo de formação de políticas do Estado é determinado pelas dificuldades concretas de reconciliar estes interesses distintos. A formulação de toda política pública está permeada pelo problema da reconciliação desses elementos em que a tomada de decisões pelo Estado é o processo da reconciliação possível desses elementos.

O Estado é também contestado pelas classes subordinadas. E isto pode torná-lo um espaço disfuncional para o capital. É em torno desta perspectiva de entendimento heterogêneo de Estado, que se pode compreender melhor os conflitos entre governo, empresas, agências e usuários/consumidores.

O Estado é arena da crise em que as contradições que surgem dos múltiplos papéis mediadores se resolvem ou se agravam o Estado também precisa da base de apoio de massa, pois põe em risco a sua legitimidade que é sua fonte de poder. Portanto, nesta concepção do papel do Estado, constata-se a presença de grupos de interesse específicos que podem desestruturar a mediação das crises globais do desenvolvimento capitalista. Assim entendido, os conflitos econômicos e políticos têm no Estado o palco central mediador dos mesmos, em cujo palco, não apenas a fração dominante, mas os diversos segmentos sociais encontram espaço de manifestação. Este debate aplicado para o modelo regulatório brasileiro tem como consequência um cenário onde governo, empresas reguladas, agências e usuários tentam diminuir suas diferenças.

Todo este debate em torno do Estado tem como motivação a sua análise, o mais acurada possível, possibilitando a ação dentro desse aparelho, visando a sua superação num contexto social mais justo.

3.2 O ESTADO NEOLIBERAL E AS POLÍTICAS SOCIAIS

No século XX, o comércio, supostamente regulado pela lei da oferta e da procura, não foi capaz de gerir-se como se supunha. A primeira transformação se deu entre a quebra da Bolsa de Nova York e o final da Segunda Grande Guerra, onde Europa e Estados Unidos adotaram um novo modelo que contava com a intervenção do Estado na economia (ALMEIDA, 2006).

Sobre a política do Estado de Bem-Estar Social, Wieczynski (2003, pág. 1) aponta que tal política de intervenção do Estado, “surgiu nos países europeus devido à expansão do capitalismo”, após as crises geradas pelos abalos das nações industrializadas. Embora o Estado de Bem-Estar Social elaborasse uma política de proteção social para garantir níveis de renda, educação e seguridade, segundo a autora, “o *Welfare State*, fruto da luta de classes, poderia ser compreendido como uma articulação política, possibilitando a redistribuição de renda” (pág. 2) e manutenção da ordem social.

O *Welfare State*, defendido principalmente pela social-democracia, coloca o Estado na condição de promotor de igualdade social e desenvolvimento nos países desenvolvidos. Essa visão keynesiana da economia, que originou o Estado de Bem-Estar Social, encontrou críticas desde sua proposição. Em 1944, Friedrich August von Hayek criticava a política de Bem-Estar Social, colocando-a no mesmo nível do nazismo, segundo Anderson (2003). O problema do Estado de Bem-Estar Social estaria em um suposto nivelamento das possibilidades individuais, para Hayek.

Assim, um componente fundamental de transformação do liberalismo foi o fortalecimento da ideologia neoliberal, um “retorno” aos princípios radicais do liberalismo dos séculos XVIII–XIX. O neoliberalismo entende a desigualdade como um fator positivo para a competição e defende que é inviável o Estado manter ações assistenciais. Ao mesmo tempo, esta política vê a elite capitalista como força motriz do Estado, devendo todo o restante subsidiá-la e protegê-la (ANDERSON, 2003).

A doutrina neoliberal teve como um dos seus principais teóricos o austríaco Friedrich von Hayek que sintetizou este pensamento no período correspondente ao final da Segunda Guerra Mundial. O

neoliberalismo nasceu como uma reação teórica e política ao modelo de desenvolvimento centrado na intervenção do Estado. O enfoque era aniquilar com qualquer limite imposto pelo Estado aos interesses do mercado, apontando essa intervenção como a principal responsável pela crise do sistema capitalista. Hayek consolidou esse pensamento na obra *O caminho da servidão*, na qual enaltece o individualismo e condena o coletivismo e o intervencionismo estatal, considerando este um dos grandes males da sociedade (HAYEK, 1990).

A obra de Hayek não teve grande repercussão, de início, porém, na década de 1970, diante da crise do Estado, o ideário neoliberal torna-se a sustentação teórica do pensamento conservador do Estado mínimo e do mercado máximo (HOBOLD, 2002). Na obra de Hayek supracitada fica explícita a intencionalidade de conter o avanço socialista acima de qualquer outra coisa.

Ainda nos anos 1970, inicia-se a materialização do pensamento neoliberal pelos governos que, alegando a crise fiscal do Estado, encontram o caminho para fortalecer o capital e aniquilar os movimentos sociais, fortalecendo as elites dominantes (HOBOLD, 2002).

Hayek viveu num período em que os países centrais se debatiam em guerras. Seu olhar não fazia qualquer distinção entre os regimes totalitários e nacionalistas de Hitler e Mussolini e o socialista da URSS, quanto aos resultados que produziam de limitação da liberdade humana e de aniquilamento do progresso e da produção plena de riquezas. Nesse período, as correntes intelectuais direcionavam-se para o socialismo. O que predominava era o planejamento econômico com metas de crescimento, políticas de pleno emprego, política global de previdência social e política de redistribuição da renda.

Além da obra já mencionada, outras obras do autor (*Os fundamentos da liberdade* e *Direito, legislação e liberdade*, por exemplo) estabeleceram as bases legais e constitucionais da ordem neoliberal (HOBOLD, 2002).

Importante acrescentar aqui os ensinamentos do historiador Eric Hobsbawm, que expõe em contexto mundial as condições políticas e econômicas em que se formulou e desenvolveu o pensamento neoliberal, época que foi chamada por ele de a “era de ouro”, sendo em si um contrassenso, como descreve:

Essencialmente, foi uma espécie de casamento entre o liberalismo econômico e democracia social (ou, em termos americanos, política do *new deal*

rooseveltiano), com substanciais empréstimos da URSS, que fora a pioneira na idéia do planejamento econômico. Por isso a reação contra ele, dos defensores teológicos do livre mercado, seria tão apaixonada nas décadas de 1970 e 1980, quando as políticas baseadas nesse casamento já não eram salvaguardadas pelo sucesso econômico. Homens como o economista austríaco Friedrich von Hayek (1899-1992) jamais haviam sido pragmatistas, dispostos (embora com relutância) a ser persuadidos de que atividades econômicas que interferiam com o *laissez-faire* funcionavam; embora sem dúvida negassem, com argumentos sutis, que pudessem funcionar. Eram verdadeiros crentes da equação “Livre Mercado = Liberdade do Indivíduo”, e conseqüentemente condenavam qualquer desvio dela, como, por exemplo, *O caminho para a servidão*, para citar o título do livro de Hayek publicado em 1944. Tinham defendido a pureza do mercado na Grande Depressão. Continuavam a condenar as políticas que faziam de ouro a Era de Ouro, quando o mundo ficava mais rico e o capitalismo (acrescido do liberalismo político) tornava a florescer com base na mistura de mercados e governos. Mas entre a década de 1940 e a de 1970, ninguém dava ouvidos a tais Velhos Crentes (HOBSBAWN, 1995, p. 265-266).

Na América Latina, o neoliberalismo inicia-se nos anos 70, com Pinochet, no Chile seguido de Sachs, na Bolívia (1985), Salinas no México (1988), Fujimori no Peru (1990) e, Collor (1990) no Brasil, continuando com Fernando Henrique Cardoso (1995-2002).

Ainda segundo Correa (2010), o neoliberalismo foi mais nocivo ao bem-estar das pessoas na América Latina se comparado aos seus efeitos em países desenvolvidos, pois sequer havia Estado de Bem-Estar Social a ser desmontado na primeira. Desta forma, a indiferença do Estado com relação às políticas sociais, como saúde, educação, emprego e renda produziu situação degradante em grandes parcelas da população.

Segundo Antunes (2004, p. 14),

Foram de grande monta as transformações ocorridas no capitalismo recente no Brasil, particularmente na década de 1990. Mutações políticas, com o advento do receituário neoliberal,

desencadeando uma onda enorme de desregulações nas mais distintas esferas sociopolíticas.

Na contracorrente do neoliberalismo, em 1988, o Congresso Nacional brasileiro aprova a Constituição Federal vigente, instituindo a legislação compatível com o Estado de Bem-Estar Social.

Segundo Rizzoto (2005), em seu artigo “As propostas do Banco Mundial para as reformas do setor de Saúde no Brasil nos anos 1990”, a Constituição Federal de 1988 foi vista pelo Banco Mundial (BM) como um retrocesso devido ao seu caráter universal e integral, que seguia na contramão das orientações do BM.

Com base nesse mesmo artigo, o BM defende a participação da iniciativa privada na prestação dos serviços de saúde no Brasil, com duras críticas à preferência dada, pela Constituição Brasileira, às instituições filantrópicas e sem fins lucrativos.

Além dos conceitos fundamentais de Estado, na sua perspectiva histórica, necessitamos abordar, ainda que de maneira breve, as políticas públicas e as políticas sociais, para que se perceba o papel da relevância.

Segundo Viana (1998, pág. 48) as políticas públicas são:

...tentativas de regular situações que apresentam problemas públicos, aqueles que interferem na repartição de meios entre os atores sociais, situações essas afloradas no interior de uma coletividade ou entre coletividades.

As políticas públicas podem ser classificadas de acordo com o setor/segmento da sociedade no qual intervêm (educação, saúde, criança, adolescente, cambial, monetária) e podem ser agrupadas em duas linhas: sociais (aquelas que têm como objetivo organizar a sociedade civil e a política) e econômicas (as que visam o funcionamento do mercado) (CORREA, 2010).

Apesar dessa classificação, sumamente didática, tanto as políticas econômicas quanto as sociais estão intrinsecamente ligadas por serem dimensões diversas de uma mesma totalidade, definida por posicionamentos e compreensões políticas da sociedade representada por partidos políticos e grupos de interesse em constante disputa.

Segundo Demo (1994), quanto maior for o grau de separação entre os interesses do mercado e os interesses societários, mais as políticas econômicas tornam-se prioritárias sobre as políticas sociais, por vezes opondo-se a estas últimas, que, neste contexto, assumem um papel emancipatório e fomentador da cidadania.

Nos países democráticos, a cidadania é o atributo central que preconiza acesso aos direitos sociais fundamentais que possibilitam uma vida plena de direitos e deveres. Na saúde brasileira, estes direitos se materializam a partir da Reforma Sanitária, pelos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade nos serviços de saúde, colocando as políticas de saúde como condição para o exercício pleno da cidadania.

Segundo Fleury & Ouverney (2009), o modelo de seguridade social, que regula as políticas sociais no Brasil, é baseado no princípio da justiça social que garante a todos um mínimo politicamente estabelecido. O benefício depende da necessidade dos indivíduos, tem caráter igualitário e solidário.

Sobre a justiça social, se faz necessário citar John Rawls, que em sua obra *A theory of justice* desconstrói a postura utilitarista e reforça um posicionamento que fundamenta os direitos sociais viabilizados por meio de instituições sociais, políticas e econômicas. Rawls determina a formulação de parâmetros equitativos de cooperação em uma sociedade como requisito fundamental para a concepção de justiça. Para tanto, o filósofo defende a necessidade de um acordo, efetuado pelos membros que compõem determinada sociedade, pelo qual sejam eleitos princípios reconhecidos por todos como legítimos. Através das mesmas, torna-se possível alcançar a divisão de direitos e deveres em uma democracia constitucional que prima pela autonomia e pela inviolabilidade de cada pessoa.

. . . a ideia de justiça como equidade, uma teoria da justiça que generaliza e leva a um nível mais alto de abstração o conceito tradicional do contrato social. O pacto social é substituído por uma situação inicial que incorpora certas restrições de conduta baseada em razões destinadas a conduzir a um acordo inicial sobre os princípios da justiça (RAWLS, 2000, p.03).

Rawls observa que os princípios da justiça funcionam como uma concepção da economia política, ou seja, como padrões através dos quais é possível analisar as organizações e políticas econômicas em suas instituições básicas.

Uma doutrina da economia política deve incluir uma interpretação do bem público que se baseie numa concepção de justiça. Deve orientar as reflexões do cidadão quando ele considera as

questões da política econômica e social. O cidadão deve assumir a perspectiva da convenção constituinte ou a do estágio legislativo e avaliar como se aplicam os princípios da justiça (RAWLS, 2002, p. 286).

Pode-se dizer que a justiça como equidade estabelece de maneira imparcial uma concepção ideal da pessoa e da estrutura fundamental do Estado na prestação de serviços públicos e promoção da cidadania.

Na lógica da justiça social, são propostas políticas públicas que pretendem reduzir os riscos sociais dos grupos vulneráveis. Isso ocorre a partir da promoção da igualdade de direitos de cidadania, bem como da afirmação de valores humanos na condição de ideais societários a serem perseguidos.

Ainda do texto de Fleury & Ouverney (2009), observa-se um conteúdo que será útil na construção do critério da relevância. Os autores tratam da complexidade e da dinâmica em jogo na gestão pública em saúde, e elencam alguns critérios de relevância a serem considerados no planejamento e implementação de políticas públicas:

- i) a definição de objetivos;
- ii) emprego de estratégias para acompanhar as condições de vida da população e desenhar planos de ação;
- iii) o desempenho simultâneo de papéis econômicos e políticos das políticas de saúde;
- iv) a construção de espaços para democracia nos processos decisórios;
- v) a assimilação, contraposição, compatibilização de diferentes projetos de diferentes atores e grupos envolvidos;
- vi) o desenvolvimento de marcos institucionais que regulam a política;
- vii) a formação de referenciais éticos e valorativos da vida social – que abrange a proposição e a difusão de valores humanos de justiça e igualdade para a sustentação das políticas públicas em saúde.

Apesar da concepção de relevância dos autores supracitados não ir ao encontro da discussão deste estudo, seu último critério possui uma aproximação muito grande com o que se pretende nesta pesquisa, pois é a partir do valor ético e humano socialmente construído, que se alicerçam as políticas sociais e de saúde e se estabelecem relações importantes com o critério da relevância pretendido.

A gama de valores culturais e subjetivos envolvidos nas políticas públicas, justifica, orienta, direciona e relaciona-se estreitamente com a

aceitação e com os efeitos destas políticas. Dito de outro modo, as políticas sociais - qual a saúde - exigem um critério com o escopo da relevância para o avanço da sua compreensão e consolidação.

4. ALTERNATIVAS TEÓRICO-METODOLÓGICAS

4.1. PARADIGMA MULTIDIMENSIONAL DE BENNO SANDER

Compreendendo que a construção conceitual da avaliação em saúde é um processo em permanente desenvolvimento, e entendendo a avaliação enquanto objeto multidimensional e interdisciplinar recorreremos à área da Educação com o intuito de buscar contribuições para a Saúde.

Os textos publicados por Benno Sander nas décadas de 80 e 90 são pouco conhecidos no campo da avaliação, planejamento e gestão de políticas públicas em Saúde.

A teoria proposta por esse autor apresenta aspectos fundamentais para a avaliação em saúde, com consequências diretas no planejamento e gestão dos serviços públicos dessa área, uma vez que ela evidencia um olhar voltado ao homem e à sociedade.

Para Sander,

a efetividade vai além dos critérios de eficiência e eficácia para preocupar-se com objetivos mais amplos de equidade e desenvolvimento socioeconômico, e a relevância seria o conceito norteador fundamental do estudo e da prática da administração pública (SANDER, 1981, p.13).

Na mesma obra, Benno Sander afirma que na discussão da administração da Educação, os critérios técnicos e instrumentais de eficiência e eficácia da administração tradicional são subsumidos pelos critérios de efetividade e relevância. A preocupação com a responsabilidade social, e sua capacidade de responder às demandas e necessidades populares, toma força diante dos inegáveis avanços na lógica neoliberal de diminuição do Estado e corte de gastos em todos os setores.

Em 1982, o autor reforçou a importância do enfoque cultural, que se destaca diante da necessidade de resgatar, à luz da relevância humana, o verdadeiro valor instrumental da eficiência e da eficácia que se reafirmam como critérios definidores da lógica produtivista e competitiva que caracteriza a sociedade atual. A estratégia para atingir elevados níveis de relevância, capaz de resgatar o verdadeiro valor dos demais critérios de desempenho administrativo na gestão da educação, é a participação cidadã no contexto da democracia como forma de

governo (SANDER, 1982).

O Paradigma Multidimensional

Em 1995, Benno Sander utilizou a matriz teórica do Paradigma Multidimensional de Análise de Sistemas Educacionais. Tal proposta foi elaborada por pesquisadores da Universidade de Brasília e da Universidade Federal Fluminense, com estudos publicados na década de 70 e início de 80. A proposta constitui-se num esquema analítico para estudar a delimitação e o funcionamento das instituições e dos sistemas de ensino. Tal matriz teórica é base da discussão sobre as contribuições para a avaliação em saúde.

O Paradigma Multidimensional constitui-se de quatro dimensões heurísticas ou ideais, não observadas na sua forma pura no cotidiano. Para melhor entendimento dessas dimensões, Sander (1995) propõe uma classificação: enquanto as dimensões humana e sociopolítica são substantivas, e compõem uma matriz doutrinária e historicamente consolidada, as outras duas – pedagógica e econômica - são instrumentais, e consideradas ferramentas para a realização das dimensões substantivas. Nesta lógica, as dimensões instrumentais podem ser alteradas segundo os objetivos das políticas públicas e pela conjuntura social e política. Segundo o paradigma proposto, as dimensões instrumentais devem ser reguladas pelas substantivas.

Quadro 1. Orientação das dimensões do Paradigma Multidimensional

Critérios substantivos	Relevância (dimensão humana)
	Efetividade (dimensão política)
Critérios operacionais	Eficácia (dimensão pedagógica)
	Eficiência (dimensão econômica)

Fonte: elaboração do próprio autor.

Essas mesmas dimensões ainda podem ser intrínsecas, quando estão comprometidas com o atendimento dos requisitos fundamentais do ser humano; ou extrínsecas, quando voltadas às consequências sociais e políticas da ação, sem que haja um ordenamento temporal definida, mas enquanto aspectos que devem ser considerados em todos os momentos da avaliação, do planejamento e da execução das ações.

A adequada coordenação das dimensões compete ao gestor do sistema. O paradigma multidimensional está definido por quatro critérios em uma ordenação prioritária: *relevância* (dimensão humana), *efetividade* (dimensão sociopolítica), *eficácia* (dimensão pedagógica) e *eficiência* (dimensão econômica).

Esta ordenação não é hierárquica, do ponto de vista da importância dos critérios, mas da abrangência e da prioridade com que cada critério deve ser utilizado nos diferentes momentos do planejamento, da execução e da avaliação da política pública.

A eficiência e a eficácia são critérios técnicos, e devem ser utilizados como ferramentas para ações orientadas pela dimensão sociopolítica e, sobretudo, pela dimensão humana da administração pública. A eficiência preocupa-se com a otimização dos recursos materiais e a eficácia busca o alcance dos objetivos da política.

A efetividade e a relevância são critérios filosóficos, políticos e antropológicos, vinculados às dimensões substantivas do paradigma multidimensional. Efetiva é a política que se preocupa com o atendimento e com a satisfação das necessidades da população, o que requer amplo diálogo entre gestor e comunidade, com construção conjunta das propostas, consolidação da política e avaliação das ações. A *relevância* é o critério filosófico e político que orienta, do ponto de vista estratégico, as ações administrativas. A relevância é composta por conteúdos éticos e substantivos.

Com base no referencial teórico de Benno Sander, o desafio deste estudo é “traduzir”, ou adaptar, o critério da relevância com a proposição de atributos de relevância para a gestão em saúde.

4.2. PARADIGMA DE SCRIVEN NA AVALIAÇÃO E O CONCEITO DE VALOR

Scriven (2007), em seu texto “*The logic of evaluation*”, faz uma crítica às perspectivas de avaliação, comumente utilizadas, que são isentas de valor. Para Scriven, é inadequado e de utilidade questionável fazer avaliação com o foco apenas nos indivíduos diretamente envolvidos com a execução dos serviços ou programas. A avaliação deve estar voltada para as necessidades das pessoas que utilizam ou dos potenciais usuários do serviço em análise.

Com base no entendimento de que o “valor” é componente principal da avaliação da qualidade, desde 1991, em seu “*Evaluation thesaurus*”, o autor analisa a qualidade de um objeto com base nos atributos *valor* e *mérito*: o objeto de avaliação possui qualidade quando

tiver valor e mérito, quer seja ele um sistema, um serviço ou um programa. O valor é atingido quando são atendidas as necessidades dos seus usuários, ou beneficiários. O mérito é alcançado quando se faz bem o que se propõe a fazer.

Com base nesse entendimento, um programa de saúde pode ter mérito, mas não ter valor se não estiver voltado às necessidades e expectativas dos seus usuários. Disso depende a participação política da comunidade beneficiada e o grau de construção conjunta que as instâncias promotoras das políticas avaliadas estabelecem nas várias etapas de planejamento, gestão e avaliação. O valor deve ser critério definidor da melhor maneira de aplicar os recursos disponíveis.

Todo objeto que não tenha mérito, ou seja, que não cumpre suas metas, não tem valor. Caso um programa de saúde, por exemplo, não realize bem o que se propôs a fazer, não pode estar atendendo às necessidades de seus usuários.

A partir da discussão de avaliação em geral de Scriven, o foco do estudo volta-se à avaliação em saúde para continuar desenvolvendo a categoria valor na avaliação.

Segundo Rua, apesar de variações no conceito de avaliação, é característica comum a atribuição de valor. Com base nisso, é necessário que a sociedade reconheça determinada política para que ela possua valor e, desta forma seja reconhecida pelo governante na tomada de decisão (RUA, 2000).

A avaliação de programas e políticas é uma importante ferramenta para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. De acordo com Barreira, “o valor é fundamental para aferir o grau de eficiência, efetividade e eficácia que os serviços sociais apresentam e em consequência realimentar decisões e ações no campo da política social” (2000, p. 13).

A avaliação envolve um julgamento, a atribuição de um valor, uma medida de aprovação ou não a uma política ou programa público ou privado, de analisá-la a partir de pressupostos do avaliador ou pactuados entre os envolvidos.

Dessa forma, é preciso ter clareza que, no campo da avaliação de políticas públicas, não existe neutralidade. Entretanto, o uso criterioso dos métodos e das ferramentas próprias da avaliação é fundamental para que a opção pessoal do avaliador não se confunda com os resultados de avaliação (ARRETCHE; BRANT, 2006).

Para Fagundes & Moura (2009), é importante ter clareza que o processo de avaliação gera uma tensão entre o dado objetivo e o subjetivo. A avaliação deve trazer a apreensão de que é produto do

conhecimento e, como tal, deve ser coerente na sua utilização para realmente buscar transformações e qualidade nas políticas públicas.

Para as mesmas autoras, é preciso perceber que a avaliação de políticas envolve princípios políticos fundamentais sobre alguma concepção referente ao bem-estar humano, destacando-se entre eles os princípios de igualdade e democracia, bem como a concepção de cidadania.

Os vultosos gastos dos países desenvolvidos com essas políticas é uma das causas da ênfase nos estudos de avaliação de intervenções sociais públicas no período neoliberal (Fagundes & Moura, 2009).

As mesmas autoras afirmam que, devido às exigências das agências financiadoras internacionais, com ênfase no Banco Mundial, são desenvolvidos muitos estudos sobre avaliação de programas sociais na América Latina, a partir dos anos de 1970 e de maneira característica até os dias atuais.

Para esse enfoque cabe a crítica de Fagundes & Moura (2009, pág. 93), que apontam a distorção apresentada:

...avaliação é atribuição de mérito ou julgamento sobre o grau de eficiência, eficácia e efetividade de políticas e programas sociais. Tais termos, no entanto, são utilizados muitas vezes como sinônimos, quando na realidade têm significados bastante distintos.

Neste mesmo sentido, Rizzotto (2005) afirma que a política neoliberal introduziu, na concepção de Estado, elementos da administração gerencial com base na avaliação da eficiência econômica e administrativa.

A superação desse enviesamento economicista, que avalia com base no mérito, calcado sobretudo na eficiência, passa pela consideração do valor como aspecto essencial da avaliação em saúde.

Na busca de conhecer melhor o conceito, estudou-se o conceito de valor a partir da filósofa marxista Agnes Heller, publicado em 1974. Expulsa do partido comunista em 1958, acusada de revisionismo de direita em 1968, ela defendia que o tempo de trabalho não era o valor humano de interesse para a transformação da sociedade, mas sim o tempo livre, dedicado à realização humana e autonomia de ação.

O conceito de Heller leva em conta a subjetividade na questão da mudança social. Para Heller, valor é tudo aquilo que faz parte do ser humano e nunca é objeto de escolha dos homens e das mulheres. Suas escolhas acontecem sobre atitudes e finalidades concretas, mas é preciso

considerar que estas “estão relacionadas com sua atitude valorativa geral, bem como de sua visão de mundo.” (HELLER, 2000, pág. 34).

Valor é, portanto, uma categoria ontológica e social; é objetivo, mas sua objetividade é social: “Por outro lado, é independente da avaliação dos indivíduos, pois seu lugar de expressão é o conjunto das relações sociais.” (HELLER, 2000, pág. 7).

O valor, que se pretende trabalhar no contexto da avaliação em saúde, vem dos conceitos de Heller (2000), de Scriven (1991) e dos critérios de gestão de Fleury e Ouverney (2009).

O valor deve estar na base do planejamento e da avaliação das políticas públicas e sua legitimação, no seio da sociedade, pois o valor é humano, político e cultural. É a preocupação com o devir histórico, com o tipo de sociedade e as relações sociais que se pretende produzir a partir das políticas públicas, neste caso, em saúde.

A discussão sobre relevância está estreitamente relacionada com o valor; do ponto de vista etimológico, a primeira deriva da segunda; e do ponto de vista do marco teórico, que será apresentado na sequência, a relevância é um dos critérios do valor na avaliação da gestão.

4.3. MODELO NEPAS

Desde 2005, com o desenvolvimento de proposta de avaliação para o PROESF, o NEPAS (Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde) vem aperfeiçoando a aplicação dos conceitos de Benno Sander e Michael Scriven na Avaliação da Gestão em Saúde. São exemplos do desenvolvimento acadêmico da proposta, os trabalhos de Scaratti (2007), Nickel (2009) e Colussi (2010), onde o entendimento de qualidade parte dos atributos valor e mérito dos serviços de saúde associados aos critérios de avaliação da qualidade da gestão de Sander, como apresentado no Quadro 2.

Nessa linha associativa, a construção do NEPAS toma a mesma direção do trabalho de Davok (2007), que propôs este modelo para a Avaliação da Gestão em Educação. Valor e mérito são condições necessárias para um serviço ou programa exibir qualidade, sendo efetividade e relevância condições necessárias para ele ter valor; e eficiência e eficácia condições necessárias para ele ter mérito. Assim, para um serviço de saúde ter valor, ele precisa exibir relevância e efetividade; para ter mérito ele precisa exibir eficácia e eficiência. Por conseguinte, se um serviço de saúde não tiver relevância, efetividade, eficácia ou eficiência, ele não tem qualidade.

Quadro 2: Qualidade da gestão em saúde - NEPAS

Qualidade	Valor	Relevância
		Efetividade
	Mérito	Eficácia
		Eficiência

Fonte: elaboração do próprio autor.

O “Mérito” analisa o cumprimento das metas planejadas e é comumente utilizado nas avaliações normativas. Nele são avaliadas: **i) Eficiência** - critério econômico que revela a habilidade do gestor tomar decisões voltadas à produção do maior volume de serviços de saúde possível com os recursos disponíveis (otimização da capacidade instalada); e **ii) Eficácia** - critério sanitário que revela a habilidade do gestor tomar decisões voltadas ao cumprimento das metas estabelecidas nos planos e pactos de saúde e dos protocolos clínicos estabelecidos para o provimento da atenção à saúde (realização das metas quantitativas e qualitativas)

O “Valor” é atingido quando são atendidas as necessidades dos usuários, ou beneficiários, respeitando os valores políticos e culturais da sociedade e representando protagonismo reconhecido na coletividade. Nele são avaliadas: **i) Efetividade** - critério social e político que reflete a habilidade do gestor tomar medidas voltadas a satisfazer as necessidades e expectativas individuais quanto ao recebimento de atenção à saúde (maximização dos resultados); e **ii) Relevância** - critério que reflete a habilidade do gestor tomar decisões voltadas ao atendimento das expectativas coletivas da sociedade, em particular das partes interessadas e dos grupos sociais integrantes do SUS (maximização dos impactos).

Dos critérios apresentados, o menos explorado nas avaliações em saúde é a relevância. Dado seu caráter inovador para o campo da avaliação em saúde, sua utilização e conceituação demandam estudos teóricos e aplicados, para que possa consolidar-se como um critério para os estudos de avaliação.

Compreende-se a subsunção dos critérios, de maneira que a relevância orienta a efetividade, a eficácia e a eficiência, tanto na avaliação *ex post* como na avaliação *ex ante*. Esta concepção considera o valor característica prioritária a ser perseguida nas políticas de saúde e é ele que deve orientar a tomada de decisão do gestor, tanto quando atende às demandas populares, como quando maximiza impactos com base social, cultural e política. O valor de determinada política vai direcionar a eficácia e a eficiência conservadas em uma função

instrumental da gestão.

Essa perspectiva avaliativa nega a desorientação ou o direcionamento prioritariamente econômico que pauta a gestão pública em saúde na atualidade no Brasil. A orientação pela relevância prioriza a qualidade de vida acima do cumprimento de metas e da responsabilidade fiscal.

Os modelos teórico-lógicos de avaliação são fundamentados nas dimensões de interesse dos objetos em análise, tal como preconizado pelos reconhecidos autores na área de avaliação em saúde. Dessa forma, ao adotar esse marco teórico para avaliação da gestão em saúde, os indicadores para cada dimensão devem ser selecionados tendo como pressuposto a inclusão dos quatro critérios – eficiência, eficácia, efetividade e relevância – para identificar a qualidade da gestão em cada dimensão do objeto. Eventualmente, pode haver interesse em avaliar apenas o mérito de políticas, situação na qual os indicadores serão representativos apenas dos aspectos de eficiência e/ou eficácia.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GERAL:

Propor a relevância como critério orientador na avaliação da qualidade da gestão em saúde.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Apresentar e fazer uma releitura do referencial teórico de Benno Sander, originário da área da Educação, para a área da Saúde.
- Levantar o estado da arte da relevância, a partir da análise de seu desenvolvimento em alguns campos da ciência cujas interfaces são de interesse para a gestão em saúde.
- Revisar e discutir os conceitos de qualidade nos serviços de saúde e apresentar o referencial teórico utilizado pelo NEPAS/ UFSC.
- Propor os atributos de relevância para a avaliação da gestão em saúde.

6. MÉTODO

Foi realizado um estudo teórico sobre a relevância, utilizando-se da metodologia hermenêutica, com base na literatura de interesse. Segundo Ayres (2005), as ciências hermenêuticas são campos do conhecimento validados por meio do acordo entre sujeitos sobre a coerência e sentido de proposições.

A construção hermenêutica do conhecimento depende de significado e interpretação, perfaz um saber compreensivo, orientado pelo raciocínio conectado com a realidade e motivado por interesses práticos, considerando os conhecimentos prévios do pesquisador (AYRES, 2005).

Para Gadamer (1997), o presente e os interesses que direcionam o investigador. O contexto e seus questionamentos, é que evidenciam o objeto de pesquisa. O pesquisador então volta sua atenção para o passado e as tradições, sendo na fusão de passado e presente que emerge o objeto de estudo.

A hermenêutica é a arte de compreender, interpretar e traduzir conhecimentos que não estejam totalmente claros. Surgiu com a função de fornecer aos profanos o sentido de um oráculo e progressivamente foi sendo introduzida no domínio das ciências humanas e da filosofia (BESSE, BOISSIÈRE, 1998).

Para Abbagnano (1982), em seu *Dicionário de Filosofia*, hermenêutica consiste em qualquer técnica de interpretação; o termo significa “interpretação de um pensamento”.

A hermenêutica não cumpre o papel de propor o novo, mas de reinterpretar o que já está colocado, neste caso - a política de saúde brasileira - que completa agora 21 anos, à luz da avaliação da gestão.

Esta proposta de tese tem uma estrutura prevista para ser desenvolvida em artigos. O primeiro apresenta o referencial teórico de Benno Sander e sua potencial aplicação para a área da saúde; o segundo apresenta um apanhado da relevância em outras áreas do conhecimento; o terceiro faz uma revisão sobre os conceitos de qualidade e apresenta o modelo NEPAS de avaliação para a gestão em saúde, já em uso na Avaliação da Gestão na Atenção Básica em Saúde no Estado de Santa Catarina; o quarto propõe atributos de relevância para a avaliação da gestão em saúde.

7. RESULTADOS

De acordo com o regimento do PPGSC, o capítulo de resultados deve ser apresentado sob a forma de Artigos, cuja estrutura está explicada a seguir.

O primeiro artigo, que compõe esta tese, faz uma apresentação, e ressignificação do referencial teórico de Benno Sander, originário da área da Educação, para a área da Saúde. Isso se dá por meio do estudo de sua obra, em uma cronologia conceitual, que permite a compreensão dos pressupostos com que o autor trabalha, para posteriormente, utilizando-se da interpretação e confronto (dialética) da discussão entre as áreas da Educação e Saúde, adequar seus conceitos fundamentais para a avaliação da gestão em saúde.

Na elaboração da pesquisa este é o ponto de partida, a evidenciação da relevância como critério de avaliação para a gestão e uma primeira aproximação com um construto historicamente mais consolidado na avaliação da gestão, que é a educação em relação à saúde.

O segundo artigo faz uma revisão sobre os principais conceitos de qualidade em saúde, onde propõe um quadro que descreve de maneira evolutiva as principais tendências. Num segundo momento é colocado o referencial teórico utilizado pelo NEPAS/ UFSC (Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação e Saúde). Esse referencial estabelece um diálogo entre as concepções de Benno Sander e Michael Scriven para compor outra perspectiva teórica.

O terceiro artigo apresenta o estado da arte da relevância, a partir da análise de seu desenvolvimento em alguns campos da ciência, cujas interfaces são de interesse para a gestão em saúde. Este artigo realizado por meio da técnica da metassíntese, que tem como aplicação possível o conhecimento das diversas áreas sobre determinado tema (SANDELOWSKY & BARROSO, 2003). A busca é por textos que tragam concepções do termo relevância, na área do Direito, da Sociologia Política, da Educação, da Economia e da Saúde.

O produto deste artigo é uma aproximação do produto final da pesquisa, pois pretende apresentar uma síntese de critérios de relevância levantados nas áreas supracitadas que possuam utilidade, aos olhos do pesquisador, para a construção da relevância como critério de avaliação da gestão de políticas públicas em saúde.

O quarto artigo parte dos atributos da relevância, levantados no terceiro artigo, onde é realizada uma síntese conceitual de cada de cada atributo, sempre com um objetivo de aplicabilidade na avaliação da

gestão em saúde. Ao final deste artigo os atributos da relevância são organizados por ordem de prioridade, constituindo uma possível ferramenta de avaliação tanto dos indicadores, como das políticas de saúde.

8. CONTRIBUIÇÕES DE BENNO SANDER PARA A AVALIAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE

Texto publicado: KOVALESKI, Douglas Francisco ; COLUSSI, C. F. ; FREITAS, Sérgio F T de ; CALVO, M. C. M. . Contribuições de Benno Sander para a avaliação da gestão em Saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem** (UFRGS. Impresso), v. VI-VII, p. 56-64, 2011.

RESUMO

O artigo tem por objetivo introduzir o referencial teórico de Benno Sander, da Administração da Educação, adaptado à Saúde Coletiva. O enfoque dado pelo autor distancia-se da administração comercial para colocar ênfase no componente humano da gestão. Benno Sander trabalha com base no Paradigma Multidimensional de Análise de Sistemas Educacionais construído por pesquisadores da Universidade de Brasília e da Universidade Federal Fluminense, com estudos publicados nas décadas de 70 e 80. O paradigma multidimensional é constituído de quatro dimensões heurísticas ou ideais: duas são substantivas, a humana e a sociopolítica; e duas são instrumentais, a pedagógica e a econômica. As dimensões instrumentais (eficiência e eficácia) devem ser reguladas pelas substantivas (efetividade e relevância). As discussões aqui apresentadas buscam contribuir com novas perspectivas para a avaliação em saúde, introduzir o conceito de relevância como critério-chave para a gestão em políticas públicas de saúde, e apresentar outra conceituação para eficácia e efetividade.

Palavras chave: avaliação em saúde; gestão em saúde; relevância.

CONTRIBUTIONS OF BENNO SANDER FOR ASSESMENT OF HEALTH MANEGEMENT

ABSTRACT

The article aims to introduce the theoretical framework of Benno Sander from educational management , adapted to public health. The approach given by the author distances from business administration to emphasize the human component of management. Benno Sander works on the Multidimensional Paradigm for the Analysis of Educational Systems built by researchers at the Universidade de Brasilia and Universidade Federal Fluminense, with studies published in the 70 and 80. The multidimensional paradigm consists of four heuristics dimensions: two are substantial, the human and socio-political, and two are instrumental,

the educational and economic. The dimensions of instrumental (efficiency and efficacy) should be governed by the substantive (effectiveness and relevance). The discussions presented here seek to bring new perspectives to the health evaluation, introducing the concept of relevance as a key criterion for the management of public health policies, and presenting a different concept for efficacy and effectiveness.

Key words: health evaluation, health management, relevance.

INTRODUÇÃO

A avaliação de políticas públicas começou a se desenvolver no Brasil somente a partir da década de 80 (BOSI; UCHIMURA, 2007) e, desde então, diversas iniciativas vêm progressivamente sendo desenvolvidas na saúde. Elas ocorrem desde a realização de pesquisas acadêmicas - mais voltadas à avaliação de serviços de saúde, até a incorporação, pelo Ministério da Saúde, da necessidade de pesquisas avaliativas que subsidiem a elaboração de políticas e programas setoriais (FELISBERTO, 2006).

No caso das políticas de saúde, a avaliação vem ganhando centralidade nas organizações, com ênfase nas mudanças de procedimentos legais e administrativos na gestão do Sistema Único de Saúde, como o processo de descentralização das responsabilidades, ações e recursos; maior complexidade do perfil epidemiológico necessitando novas abordagens e novas tecnologias; exigência crescente de cortes de gastos pelas esferas de governo e organismos financiadores internacionais (FIGUEIRÓ; THULER; DIAS; 2008).

Compreendendo que a construção conceitual da avaliação em saúde é um processo em permanente desenvolvimento, e entendendo a avaliação enquanto objeto multidimensional e interdisciplinar, o presente artigo recorre à área da Educação com o intuito de buscar contribuições para a avaliação em saúde.

O desafio deste estudo é trazer a proposição teórica de Benno Sander da administração escolar para a área da avaliação em Saúde Coletiva, com aplicação específica. Os textos publicados pelo autor nas décadas de 80 e 90 são pouco conhecidos no campo da avaliação, planejamento e gestão de políticas públicas em saúde.

A teoria de Benno Sander apresenta aspectos fundamentais para a avaliação em saúde, com consequências diretas no planejamento e gestão dos serviços. Trata-se de um ponto de partida que evidencia um olhar voltado ao homem e à sociedade.

SOBRE A TEORIA DE BENNO SANDER PARA ADMINISTRAÇÃO DA EDUCAÇÃO.

Na abordagem da Administração, percebe-se uma associação recorrente com preceitos da administração comercial em autores como Chiavenato (2002). Entretanto, a administração da “*res*” pública diferencia-se diametralmente da administração comercial porque tem como finalidade o bem da sociedade e dos indivíduos nela inseridos, e o

lucro não está envolvido. A Administração, assim como qualquer ramo da ciência, não deve ser assumida como um método neutro e universal, aplicável em qualquer organização da mesma maneira.

Especialmente em duas obras - Administração da Educação no Brasil (1981) e Gestão da Educação na América Latina (1995) – Benno Sander apresenta princípios da administração da educação, cuja concepção permite orientar uma proposta de avaliação com possível aplicação em saúde coletiva.

Para o autor, sob um olhar histórico, a sociedade capitalista contemporânea assiste a um gradual acréscimo das desigualdades sociais e concomitante queda do poder aquisitivo de grandes contingentes da população, acentuando a demanda social por políticas públicas com mais e melhores serviços sociais. Para enfrentar esse paradoxo, numerosos governos vêm ensaiando novas concepções políticas e soluções organizacionais e administrativas em diferentes setores da atividade humana, baseadas nos conceitos de eficiência e produtividade, visando melhorar o desempenho e reduzir custos.

Entretanto, o uso dessas ferramentas na administração pública requer um estudo detalhado sobre sua aplicabilidade, a fim de não comprometer suas atividades-fim, sua missão política e seus objetivos sociais e culturais (SANDER, 1995).

Em 1981, Benno Sander referiu uma crescente utilização da sociologia e da ciência política nos estudos de administração pública. Nesse entendimento, a função administrativa seria eminentemente sociológica, antropológica, e fundamentalmente política. O sucesso ou insucesso da administração estariam determinados pelas variáveis políticas e sociológicas, e apenas secundariamente pelas variáveis técnicas e jurídicas.

Tendo em vista a necessidade da ampliação dos horizontes da administração pública, o autor indica o surgimento de novas abordagens teóricas, como: a administração para o desenvolvimento, a ecologia administrativa e a abordagem contingencial. Essas abordagens gerariam novos critérios definidores dos atos e fatos administrativos. Juntamente com os critérios técnicos de racionalidade administrativa de eficiência e eficácia, emergem a efetividade e a relevância como critérios políticos e filosóficos da administração (SANDER, 1981).

O Brasil possui sistemas públicos de educação e saúde com características peculiares que necessitam de instrumentos metodológicos próprios voltados à realidade social, à realidade política e à realidade cultural, brasileiras e latino-americanas.

Para Sander,

... a efetividade vai além dos critérios de eficiência e eficácia para preocupar-se com objetivos mais amplos de equidade e desenvolvimento socioeconômico, e a relevância seria o conceito norteador fundamental do estudo e da prática da administração pública. (SANDER, 1981, p.13).

Na mesma obra, Benno Sander afirma que na discussão da administração, os critérios técnicos e instrumentais de eficiência e de eficácia da administração tradicional são subsumidos pelo critério da efetividade. A preocupação com a responsabilidade social, e sua capacidade de responder a demandas e necessidades populares, toma força diante dos inegáveis avanços na lógica neoliberal de diminuição do Estado e corte de gastos de todos os setores.

Em 1982, o autor reforçou a importância do enfoque cultural, que se destaca diante da necessidade de resgatar, à luz da relevância humana, o caráter instrumental da eficiência e da eficácia que se reafirmam como critérios definidores da lógica produtivista e competitiva que caracteriza a sociedade atual. A estratégia para atingir elevados níveis de relevância, capaz de resgatar o verdadeiro papel dos demais critérios de desempenho administrativo na gestão da educação, é a participação cidadã no contexto da democracia como forma de governo (SANDER, 1982).

O Paradigma Multidimensional

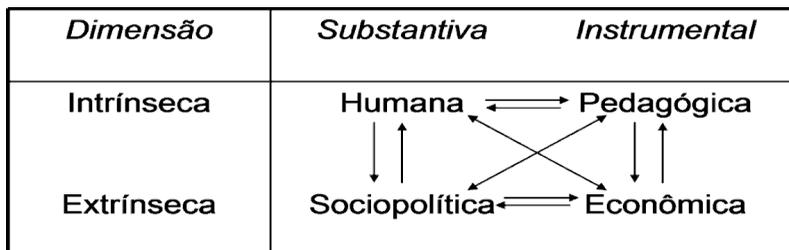
Em 1995, Benno Sander utilizou a matriz teórica do Paradigma Multidimensional de Análise de Sistemas Educacionais. Tal proposta foi elaborada por pesquisadores da Universidade de Brasília e da Universidade Federal Fluminense, com estudos publicados na década de 70 e início de 80. A proposta constitui-se num esquema analítico para estudar a delimitação e o funcionamento das instituições e dos sistemas de ensino. Tal matriz teórica é base da discussão sobre as contribuições para a avaliação em saúde.

O Paradigma Multidimensional constitui-se de quatro dimensões heurísticas ou ideais, que o autor considera não serem observadas na sua forma pura no cotidiano. Para melhor entendimento destas dimensões, propõe uma classificação: enquanto as dimensões humana e sociopolítica são substantivas, e compõem uma matriz doutrinária e historicamente consolidada, as outras duas – pedagógica e econômica – são instrumentais, e consideradas ferramentas para a realização das

dimensões substantivas. Nesta lógica, as dimensões instrumentais podem ser alteradas segundo os objetivos das políticas públicas e pela conjuntura social e política. Segundo o paradigma proposto, as dimensões instrumentais devem ser reguladas pelas substantivas.

Estas mesmas dimensões ainda podem ser intrínsecas, quando estão comprometidas com o atendimento dos requisitos fundamentais do ser humano; ou extrínsecas, quando voltadas às consequências sociais e políticas da ação, sem que haja uma relação temporal definida, mas enquanto aspectos que devem ser considerados em todos os momentos da avaliação, do planejamento e da execução das ações.

Figura 1 - Paradigma Multidimensional de Análise de Sistemas Educacionais de Benno Sander.



Fonte: Administração da Educação no Brasil, Benno Sander, 1981, UFC, pág. 33.

A adequada coordenação das dimensões compete ao gestor do sistema. O paradigma multidimensional está definido por quatro critérios em uma ordenação prioritária: *relevância* (dimensão humana), *efetividade* (dimensão sociopolítica), *eficácia* (dimensão pedagógica) e *eficiência* (dimensão econômica).

Esta ordenação não é hierárquica, do ponto de vista da importância dos critérios, mas da abrangência e da prioridade com que cada critério deve ser utilizado nos diferentes momentos do planejamento, da execução e da avaliação da política pública.

A eficiência e a eficácia são critérios técnicos, e devem ser utilizados como ferramentas para ações orientadas pela dimensão sociopolítica e, sobretudo, pela dimensão humana da administração pública. A eficiência preocupa-se com a otimização dos recursos materiais e a eficácia busca o alcance dos objetivos da política.

A efetividade e a relevância são critérios filosóficos, políticos e antropológicos, vinculados às dimensões substantivas do paradigma multidimensional. Efetiva é a política que se preocupa com o atendimento e com a satisfação das necessidades da população, o que

requer amplo diálogo entre gestor e comunidade, com construção conjunta das propostas, consolidação da política e avaliação das ações. A *relevância* é o critério filosófico e político que orienta, do ponto de vista estratégico, as ações administrativas. A relevância é composta por conteúdos éticos e substantivos.

Após 15 anos de publicação do Paradigma Multidimensional proposto para a administração escolar, Benno Sander amplia suas possibilidades para a gestão pública. No contexto das políticas neoliberais ocorridas no Brasil durante esse período, o autor reforça o papel das políticas públicas em regular o direcionamento da gestão frente aos "velhos desafios atuais" de atender interesses humanos e políticos, em contraposição ao economicismo dominante nos anos 90. A relevância é o critério-chave à luz do qual devem ser analisadas a eficiência, a eficácia e a efetividade (SANDER, 1995).

O referencial teórico de Benno Sander na área da saúde pode ser localizado em trabalhos do NEPAS – Núcleo de extensão e pesquisa em avaliação em saúde da UFSC, a partir dos estudos de Calvo (2002), que analisou a eficiência de hospitais públicos e privados no estado do Mato Grosso; Scaratti (2007), que propôs modelo para avaliar a qualidade da atenção básica, e Colussi (2009), que avaliou a qualidade da atenção em saúde bucal em Santa Catarina. Destaca-se ainda a proposta desenvolvida por esse mesmo núcleo para avaliação da atenção básica à saúde no estado de Santa Catarina, em uso desde 2005.

SOBRE A TEORIA DE BENNO SANDER APLICADA À SAÚDE.

Dimensão Econômica: a eficiência

A dimensão econômica do sistema de saúde envolve recursos financeiros e materiais, estruturas, normas burocráticas e mecanismos de coordenação e comunicação. Nessa dimensão, a administração prevê e controla recursos, organiza estruturalmente a instituição, fixa papéis e cargos, divide o trabalho, determina como o trabalho deve ser realizado e por que tipo de pessoal, e estabelece normas de ação. O critério definidor da dimensão econômica é a eficiência na utilização de recursos e instrumentos tecnológicos, sob a lógica econômica. À luz dessa lógica, os conceitos de eficiência e racionalidade econômica presidem as diversas atividades organizacionais e administrativas, como a preparação e execução orçamentária, o planejamento e a destinação de espaços físicos, a contratação de pessoal e a provisão de equipamentos e instrumentos materiais e tecnológicos. A administração será eficiente na

medida em que ela for capaz de minimizar a utilização de recursos financeiros e instrumentos tecnológicos e produzir o máximo possível, dados os insumos existentes.

Dimensão Sanitária: a eficácia

Sander denomina dimensão pedagógica da administração da educação aquela comprometida com a consecução eficaz dos objetivos do sistema educacional. Na aplicação do paradigma no campo da saúde, o termo dimensão pedagógica tornou-se inadequado e foi substituído por dimensão sanitária. É esta a dimensão que define a especificidade do seu objeto, no caso a saúde humana.

A dimensão sanitária se relaciona estreitamente com as demais dimensões do paradigma, oferecendo os elementos e instrumentos necessários para a consecução dos objetivos da saúde. Nessa dimensão, o sucesso da gestão em saúde é avaliada em termos da realização das metas estabelecidas nos serviços ou programas de saúde, em processos de trabalho no interior de hospitais, unidades de saúde ou no alcance de índices e indicadores de saúde planejados.

Dimensão Política: a efetividade

A dimensão política engloba as estratégias de ação organizadas de profissionais, gestores e usuários do sistema de saúde. Este papel político ganha importância quando se percebe que todas as ações desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por exemplo, são influenciadas em maior ou menor medida por decisões políticas externas ao setor saúde, mas que repercutem no orçamento, nas práticas e nas concepções de promoção de saúde em questão. O movimento de reforma sanitária é um exemplo claro do peso da dimensão política no Brasil. Nessa dimensão, o sistema de saúde busca a efetividade, um critério essencialmente político, de acordo com o qual o sistema de saúde deve atender às necessidades e demandas sociais da comunidade a que pertence. Nesse sentido, a política de saúde será tanto mais efetiva quanto maior for sua capacidade de atender às necessidades sociais e às demandas políticas da comunidade.

Dimensão Cultural: a relevância

A dimensão cultural envolve os valores e as características filosóficas, antropológicas, biopsíquicas e sociais das pessoas que

trabalham e utilizam o sistema de saúde. A característica básica medida pela relevância é a visão de totalidade que ela permite sob os mais variados aspectos da vida humana. À luz dessa dimensão, cabe às políticas de saúde promover qualidade de vida humana do ponto de vista coletivo e individual, contribuindo para a realização do ser humano.

Desta forma, as políticas de saúde devem considerar as crenças e valores dos atores envolvidos, suas orientações filosóficas e suas características sociais e políticas. Nessa perspectiva, a relevância é o critério básico de uma política de saúde comprometida com a promoção da qualidade de vida e do desenvolvimento humano.

O capitalismo contemporâneo é caracterizado pela escassez de recursos públicos associada à crescente demanda por políticas sociais na América Latina, assim como nos países capitalistas periféricos (DALLARI, 1995) (FREITAS; KUPEK; PERRARO, 2001) (VIANA, 2001). Esta situação tem como consequência geral o aprofundamento de iniciativas típicas da administração comercial nos sistemas públicos, reduzindo a gestão pública a um ato empresarial. Ocorre uma predominância do papel econômico da administração desvirtuando a função maior das políticas públicas.

Sander é enfático ao afirmar que

... cabe à administração a responsabilidade de conceber espaços, métodos e técnicas capazes de preservar os fins da educação e os objetivos do sistema educacional em seus esforços para cumprir adequadamente seu papel econômico social e político na sociedade. (SANDER, 1981, p.25).

O período de cerca de vinte anos, iniciado na década de 1980, foi marcado pelo predomínio da concepção de estado mínimo e crescente demanda por governos mais eficientes. Para Benno Sander, a consequência foi uma perigosa atrofia do papel do Estado em todo o mundo ocidental. Simultaneamente, acentuou-se a demanda social por mais programas e melhores serviços por parte dos governos. Para enfrentar esse paradoxo, os governos vêm ensaiando novas perspectivas e soluções organizacionais e administrativas baseadas nos conceitos de eficiência e produtividade, visando melhorar o desempenho e reduzir os custos (SANDER, 2003).

O Brasil não é exceção nessa matéria. Evidência disto são as diversas reformas constitucionais e administrativas promovidas em numerosos setores da administração pública. Observa-se que, em geral,

as reformas destinam-se a aumentar a eficiência, principalmente pelo corte de gastos, mais para atender a imposições externas do que para melhorar o desempenho das instituições locais e ampliar seus benefícios para a população. No âmbito interno, a prática governamental de cortar custos tem significado cortar benefícios sociais e diminuir o já limitado poder aquisitivo dos assalariados, tanto no setor público como na iniciativa privada. Ou seja, é o povo que passa a pagar a conta de uma política econômica estabelecida para atender aos interesses multinacionais. A pressão internacional por estados mínimos é, na realidade, um produto da pressão neoliberal para privatizar muitas das atividades que, por sua natureza social e de utilidade pública, deveriam estar nas mãos do Estado ou sob sua supervisão direta, como a segurança, a saúde, a previdência social e a educação (SANDER, 2003).

A concepção do paradigma multidimensional aqui exposto parte de uma definição compreensiva e totalizadora, segundo a qual as dimensões instrumentais (eficiência e eficácia) são subsumidas pelas dimensões substantivas (efetividade e relevância). Estas estão diretamente relacionadas, no nível intrínseco, com os valores e aspirações fundamentais do ser humano historicamente engajado em seu meio cultural e político. Essa orientação epistemológica não se coaduna com as posturas individualistas e funcionalistas desprovidas de compromisso social. Nesta perspectiva, a liberdade de eleição e ação por parte do ser humano implica responsabilidade e adesão social no setor saúde e na sociedade como um todo.

Na perspectiva do paradigma multidimensional, a liberdade de eleição e ação por parte do ser humano implica responsabilidade e adesão social na educação e na sociedade como um todo. No entanto, da mesma forma que não tem acolhida um sistema comportamentalista e funcionalista de administração da educação, baseado no utilitarismo e na competitividade funcional desprovida de transações interpessoais substantivas, o paradigma multidimensional de administração da educação tampouco se coaduna com soluções políticas e educacionais inspiradas no estatismo que inibem a liberdade de opção e ação humana e dificultam a criação de espaços diversificados para possibilitar a plena realização do ser humano como sujeito individual e social. (SANDER, 1995 pg. 58)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em linhas gerais, Benno Sander propõe uma teoria da administração pública como um reflexo invertido da administração comercial. A valoração parte do ser humano, e é a partir disso que todos os demais elementos se desenvolvem.

Com base em Freire e Oliveira (2009), que afirmam a impossibilidade de haver neutralidade na educação, uma vez que esta deve ser diretiva, propõe-se a necessidade das políticas públicas em saúde não postarem-se neutras, mas voltadas ao ser humano.

É preciso construir políticas públicas com harmonia entre critérios de eficiência, eficácia e efetividade, tendo por base a relevância, na condição de pressuposto ou critério orientador de todas as ações.

Benno Sander agrega aos conceitos de gestão em saúde a possibilidade de incluir o paradigma multidimensional em suas análises de políticas públicas. Além disso, permite a reflexão a respeito dos conceitos de eficácia, efetividade e relevância.

A eficácia diferencia-se da conceituação usual de “impacto ou efeito de uma ação levada a cabo em condições ótimas ou experimentais” (SILVA, 2004) (MARINHO, FAÇANHA, 2001), para “capacidade administrativa para alcançar os fins e objetivos estabelecidos” (SANDER, 1981, P.18).

A efetividade ultrapassa os aspectos técnicos e sanitários, para incluir os aspectos políticos relacionados às expectativas individuais e coletivas em relação à saúde.

Quanto à relevância, introduz o conceito:

critério filosófico e político que orienta do ponto de vista estratégico as ações administrativas, composta por conteúdos éticos e substantivos, tem o papel de regular o direcionamento da gestão frente aos "velhos" desafios atuais de atender interesses humanos e políticos, cumprindo as metas planejadas pela política, com otimização de recursos e produtividade adequada (SANDER, 1981, p.37).

O conceito de relevância ainda está em sua forma original, voltado à educação, e necessita uma releitura, um direcionamento e aplicação para a área da saúde, tema que remete a pesquisas futuras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOSI, M.L.M., UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa dos cuidados à saúde? **Rev. de Saúde Pública, São Paulo**, vol.41, no.1, 150-53. Feb. 2007.
- CALVO, M.C.M. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Hospitais públicos e privados no Sistema Único de Saúde do Brasil: o mito da eficiência privada no estado de Mato Grosso em 1998.** 223 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Florianópolis, 2002.
- CHIAVENATO, I. **Teoria geral da administração.** 6. ed. rev. São Paulo: Makron Books, 2002. v2.
- COLUSSI, C.F. **Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal em Santa Catarina.** 298 p. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Florianópolis, 2010.
- DALLARI, S. G. **Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde.** São Paulo: Ed. Hucitec, 1995.
- FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. Rio de Janeiro, vol.11, n.3, p. 553-563. Jul/Set. 2006.
- FIGUEIRÓ, A.C., THULER, DIAS A.L.F. **Padrões internacionais dos estudos de linha de base.** In HARTZ, Z., FELISBERTO E., SILVA L.M.V. (orgs). Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2008, p.47-70.
- FREIRE, P.; OLIVEIRA, W. F. de. **Pedagogia da Solidariedade: América Latina e educação popular.** Indaiatuba: Valle das Letras, 2009.
- FREITAS, S.F.T.; KUPEK, E.; M.C. PERRARO. Distribuição de recursos de saúde no Estado de Santa Catarina, Brasil: um subsídio para discussões sobre financiamento em saúde. **Revista Panamericana de Salud Publica.** v10, n.2, p.102-15, Aug, 2001.
- MARINHO, A., FAÇANHA, L.O. **Programas Sociais: Efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais da avaliação.** Texto para discussão n.787. Rio de Janeiro: IPEA, 2001. 22p.
- SANDER, B. **Administração da Educação no Brasil: evolução do**

conhecimento. Fortaleza, Edições UFC, 1981. Série Cadernos de Administração Escolar.

_____. **Administração da educação no Brasil: é hora da relevância.** Educação brasileira, Brasília. 1982. v. 4, n. 9, 207p.

_____. **Gestão da educação na América Latina: construção e reconstrução do conhecimento.** Campinas, SP: Autores Associados, 1995. 220p.

_____. **O estudo da administração da educação na virada do século.** In MACHADO, Lourdes Marcelino & FERREIRA, N.S. (Orgs.), **Política e gestão da educação: dois olhares.** Rio de Janeiro: DP&A Editora/ANPAE, p. 55-68, 2002.

_____. Políticas públicas e gestão da educação no contexto da globalização: o papel das organizações internacionais. **Anais do Segundo Congresso Português de Administração Educacional.** Lisboa, Portugal: Fórum Português de Administração Educacional, CD-Rom, 2005.

_____. Educação na América Latina: identidade e globalização. In SISSON, Marta Luz & WERLE, Flávia Obino (Orgs.), **Educação Comparada: construindo identidades.** Porto Alegre: SBEC, EDC 2005a.

SCARATTI, D. **Um modelo para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde no Brasil : uma aplicação a municípios catarinenses.** Florianópolis. 315 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, 2007.

SILVA, M. G. C. **Introdução à economia da saúde.** Fortaleza: UECE, 2004.152p.

VIANNA, S. **Medindo as desigualdades em saúde no Brasil: uma proposta de monitoramento;** in: VI Encontro Nacional de Economia de Saúde – ABRES. Rio de Janeiro, 2001. p.65-6.

10. A AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NA GESTÃO EM SAÚDE

RESUMO

O estudo busca contribuir para o desenvolvimento da avaliação da qualidade da gestão em saúde. Para tal, são sistematizadas concepções da qualidade em saúde, a partir das bases Lilacs, Medline e Scielo, com as palavras-chave “qualidade”, “saúde”, “avaliação da qualidade”, “avaliação para gestão”, e seus equivalentes em inglês, sem restrição de data. Após essa análise, as concepções teóricas de Benno Sander para avaliação da gestão da educação - eficiência, eficácia, efetividade e relevância - e de Michael Scriven - valor e mérito - são reinterpretadas para aplicação em saúde: o mérito consiste em cumprir suas atribuições, aferido por meio de eficiência e eficácia; o valor consiste em realizar bem suas ações, aferido em efetividade e relevância. Apesar de tais atributos já serem utilizados na avaliação em saúde, a proposta apresentada incorpora todos eles, transversal e simultaneamente, em uma matriz de fácil aplicação. A definição desses quatro critérios mínimos de qualidade conduz à identificação de indicadores que superam a lista das medidas clássicas de produtividade, epidemiológicas e normativas.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde; Organização & administração; efetividade; eficiência; eficácia.

EVALUATION OF QUALITY MANAGEMET IN PUBLIC HEALTH

ABSTRACT

This study aims to contribute to the development of quality assessment in health management. To do so, some conceptions of quality in health are systematized, from Lilacs, Medline and Scielo, with the keywords "quality", "health", "quality assessment", "assessment for management," and its equivalents in Portuguese, without date restriction. After this analysis, the theoretical conclusions of Benno Sander for evaluation of educational management - efficiency, effectiveness, efficacy and relevance - and Michael Scriven - value and merit - are reinterpreted for application in health: the merit is to fulfill its duties, as measured by efficiency and efficacy, the value is to conduct and their actions, measured in effectiveness and relevance. Despite these attributes are already used in health evaluation, the proposal incorporates all of them, and simultaneously cross in an array of easy application. The definition

of these four minimum criteria of quality leads to the identification of indicators that go beyond the list of classic measures of productivity, epidemiological, and normative.

Keywords: Health Evaluation, Quality of Health Care; Organization & administration, effectiveness, efficiency, efficacy.

INTRODUÇÃO

Ao tratar do tema avaliação em saúde no Brasil, dispõe-se de significativa produção de caráter atual com contribuições substantivas, a exemplo de Silva e Formigli¹, Hartz² e Furtado³, entre outros. Todavia, segundo Felisberto⁴, a prática avaliativa tem se constituído de iniciativas pontuais e pouco articuladas às necessidades da gestão.

A avaliação da qualidade em saúde tem sido acompanhada pela preocupação quanto ao conceito de qualidade, considerado complexo e relativo. De acordo com Frias et al.⁵, “a compreensão de seu significado varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico e cultural de cada sociedade, além dos conhecimentos científicos acumulados”. Além disso, a qualidade assume diferentes significados dependendo do foco de interesse do serviço ou programa, se está voltado para os resultados, para a produção ou para os consumidores⁵.

O objetivo deste estudo é contribuir para o desenvolvimento teórico da avaliação da qualidade voltada para a gestão em saúde, de acordo com a complexidade conceitual que o tema suscita. Para tanto, são sistematizadas concepções da qualidade em saúde nas últimas décadas, incluindo as contribuições de Sander⁶ e Scriven⁷ para a avaliação. Ao final, apresenta um exemplo de aplicação da sistematização teórica dos dois autores para Avaliação da Qualidade da Gestão em Saúde.

A opção por tratar de “avaliação da qualidade na gestão” e não apenas “avaliação da qualidade”, delimita a área de interesse dos autores. Este estudo está voltado para a avaliação da qualidade tendo como alvo a saúde das coletividades, orientado para a gestão pública, sem focar especificamente a avaliação clínica, epidemiológica e tecnológica em saúde. Tais aspectos, quando incluídos, representam aproximações de análise da gestão em saúde.

Qualidade na Gestão em Saúde

Para resgatar as concepções de qualidade na gestão em saúde, foi realizada uma revisão da literatura nas bases de dados Lilacs, Medline e Scielo, utilizando-se como palavras-chave “qualidade”, “saúde”, “avaliação da qualidade”, “avaliação para gestão”, e seus equivalentes em língua inglesa, sem restrição de data. A partir da leitura dos trabalhos selecionados, foram identificadas várias abordagens do tema em diferentes contextos. Com base no agrupamento de algumas características comuns, foi proposta uma classificação das concepções

da qualidade em saúde. Estas concepções foram sintetizadas no Quadro 1, a partir dos fatores ênfase, métodos, responsáveis, conceito de qualidade implícito e forma de avaliação predominante.

Embora tenham surgido temporalmente na sequência em que aparecem no quadro, essas concepções coexistem e se sobrepõem, num emaranhado de conceitos, técnicas, interpretações, representando paradigmas dominantes, que são identificáveis na maioria dos estudos de avaliação da qualidade em saúde. Este quadro, portanto, não objetiva reduzir a uma classificação estanque a complexidade que envolve o objeto em questão.

A primeira concepção, denominada “Técnica”, surge nos anos 1950, num cenário mundial em que a qualidade era compreendida enquanto conformidade com padrões. Nas empresas e indústrias, a qualidade era alcançada por meio de inspeções ao processo de produção e das auditorias⁸. Na saúde, as auditorias de fichas clínicas e prontuários se configuraram como método utilizado para aferir a qualidade, que se voltava para o cuidado médico. A avaliação da qualidade, portanto, visava controlar e reduzir a alta variabilidade dos procedimentos clínicos e dos consequentes resultados terapêuticos desses procedimentos. Importante destacar que a auditoria hoje institucionalizada no Sistema Único de Saúde, embora mantenha o caráter de conformidade com normas e padrões, apresenta outras perspectivas, constituindo-se numa ferramenta de avaliação não somente técnica, mas científica, contábil, financeira e patrimonial do SUS⁹.

De acordo com Serapioni¹⁰, o monitoramento e avaliação da qualidade numa abordagem técnica também incluem a acreditação e os protocolos clínicos (*guidelines*), representando um conjunto de ferramentas voltadas ao desempenho profissional e às práticas adotadas. A avaliação da qualidade nesse enfoque se dá a partir de avaliações normativas, que consistem no julgamento de uma intervenção a partir da comparação com critérios e normas definidos².

A partir do final dos anos 1980, o foco da qualidade em saúde amplia-se e se desloca da dimensão técnico-profissional para uma abordagem organizacional e gerencial, quando surgem os sistemas da *Qualidade Total*, do *Melhoramento Contínuo da Qualidade*, e os sistemas de *certificação* de qualidade, provenientes das indústrias japonesas e americanas, que foram transpostos para os serviços de maneira geral. Esses enfoques se concentraram na gestão dos processos orientados às expectativas do usuário, cuja visão é considerada essencial junto à perspectiva técnica e organizacional¹⁰. A qualidade deixou de ser responsabilidade apenas dos profissionais de saúde que prestavam

serviços, e passou a envolver os gestores, num esforço conjunto e contínuo para satisfazer as necessidades e expectativas dos usuários. Os sistemas de certificação da qualidade em saúde no Brasil desenvolveram-se a partir da década de 1990, tendo os hospitais como palco principal no cenário da sua consolidação no país.

Nessa abordagem organizacional, os processos avaliativos podem se constituir de avaliações normativas, porém o enfoque passa a ser gerencial, a partir do qual se desenvolvem as chamadas “avaliação para decisão” e “avaliação para gestão”¹¹. O juízo continua sendo formulado em relação a normas e recomendações, e a metodologia predominante continua sendo quantitativa. No entanto, esses processos avaliativos agregam a importância do avaliador interno, e buscam identificar problemas relacionados ao objeto avaliado e estabelecer estratégias para resolução destes problemas.

Na década de 1990, a partir dos estudos pioneiros de Donabedian¹², a avaliação da qualidade em saúde se desenvolveu conceitual e metodologicamente, difundindo-se em muitos países do mundo. Ainda na concepção aqui denominada organizacional e gerencial, Donabedian apud Frias et al.⁵ define a qualidade como o “grau no qual os serviços de saúde atendem as necessidades, expectativas e o padrão de atendimento dos pacientes”. É preciso deixar claro o objeto de avaliação clínico e individual de Donabedian, que considera a qualidade definida a partir dos atributos do cuidado médico, que se propunha a avaliar a qualidade em saúde a partir da estrutura, do processo e dos resultados.

Nas abordagens mais recentes, essa transposição da tríade de Donabedian para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde mostrou-se insuficiente diante da multidimensionalidade do objeto. Em 1990, Donabedian¹³ apresenta outras dimensões de análise - os sete pilares da qualidade.

Na concepção do paradigma sistêmico, o contexto em que se inserem os serviços de saúde passou a ser considerado, e a utilização de metodologias qualitativas, geralmente aliadas às quantitativas (pesquisas avaliativas), possibilitou o surgimento de novas perspectivas de avaliação dos aspectos que influenciam e determinam a qualidade em saúde. Para Hartz², o referencial do paradigma sistêmico, ou o que se poderia chamar uma “cultura da complexidade”, se tornou uma via indispensável no processo de avaliação em saúde. Para avaliar qualidade, incorpora-se a participação e o envolvimento dos *stakeholders*, ou grupos de interesse, que “são formados por pessoas com características comuns (país, estudantes, gestores, usuários, etc.)

que têm algum interesse na performance, no produto ou no impacto do objeto da avaliação (...)”³.

Dentre os métodos utilizados nessa concepção, destacam-se a triangulação e a construção de modelos teórico-lógicos. A triangulação integra a análise das estruturas, dos processos, dos resultados, a compreensão das relações envolvidas na implementação das ações, e a visão dos atores, incluindo-os não apenas como objetos de análise, mas como sujeitos de auto-avaliação¹⁴. A construção do modelo lógico ou modelo teórico orienta explícita ou tacitamente o programa ou serviço avaliado³.

No Brasil, as iniciativas institucionais de avaliação da qualidade têm sido desenvolvidas no enfoque do cumprimento de padrões técnicos e/ou voltadas às expectativas dos usuários, a exemplo do Programa de Qualidade no Serviço Público voltado à saúde (PQSP), Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) e Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), QualiAIDS.

Quadro 1 - Síntese das concepções de qualidade na avaliação de serviços de saúde

	Concepções da qualidade em serviços de saúde		
	Técnica	Organizacional e Gerencial	Paradigma sistêmico
Ênfase	Cumprimento de padrões técnicos de excelência	Processos orientados às expectativas dos usuários	Estrutura, processo, resultados, e contexto em que se inserem.
Método	- Auditoria - Acreditação - Guidelines	- Qualidade total - Melhoramento contínuo da qualidade - Certificações	- Triangulação - Modelo teórico-lógico
Responsáveis	Profissionais de saúde	Profissionais e gestores	Stakeholders (profissionais, gestores, usuários e outros atores envolvidos)
Conceito de qualidade implícito	Conformidade com as especificações	Características do produto ou serviço que atendem às necessidades dos clientes	Necessidades de saúde e expectativa dos stakeholders.
Avaliação	Avaliação Normativa	Avaliação Normativa Avaliação para decisão/gestão	Avaliação para decisão/gestão Pesquisa avaliativa

Fonte: elaborado pelo autor da pesquisa.

Para Serapioni¹⁰,

Apesar do crescente interesse nos últimos anos, o conceito de qualidade representa um desafio para a maioria dos atores que operam na arena da saúde, que ainda não chegaram a um acordo sobre uma definição operacional apropriada e compartilhada.

A complexidade da qualidade em serviços de saúde se deve a vários fatores como: a variedade de atores no âmbito dos sistemas de saúde e a conseqüente diversidade de pontos de vista; a pluralidade de metodologias de análise; as ações de saúde não produzirem bens, mas serviços; finalmente, a concepção de qualidade é condicionada por fatores contextuais históricos, culturais, políticos, sociais e institucionais¹⁰. De acordo com o mesmo autor, essa complexidade enriqueceu o conceito de qualidade da atenção à saúde, mas, ao mesmo tempo, o tornou de difícil definição.

Qualquer que seja a abordagem escolhida para monitorar a qualidade, o ponto crítico é a transformação do conceito de qualidade em representações concretas sob a forma de critérios, indicadores ou padrões, que lhe assegurem a validade desejada².

Desta forma, eficiência, eficácia, e efetividade são recorrentes na literatura, embora apresentem diferenças conceituais importantes. Com relação à eficiência, há concordância entre os diferentes conceitos, que relacionam os recursos empregados e os resultados obtidos. Quanto à eficácia, alguns conceitos remetem ao alcance de metas, outros se referem aos resultados, ou efeito obtido sob condições ideais (ótimas) ou experimentais. Nas definições para efetividade há menos consenso, alguns atribuindo ao termo a idéia de alcance do resultado em condições habituais ou usuais, outros a idéia de impacto, ou de relação entre resultados e objetivos.

Frias et al.⁵ observam que é necessário a seleção de uma gama desses aspectos, para caracterizar a qualidade de um programa ou serviço de saúde, e o julgamento de valor será influenciado na dependência do número e exatidão com que estes atributos forem explorados.

De acordo com Uchimura e Bosi¹⁵, a qualidade dos programas e serviços é tratada na literatura quase que exclusivamente de maneira objetiva, quantitativa, predominando os estudos que a consideram apenas com base em seus componentes ou elementos, tratando-a de forma reducionista e unidimensional.

De acordo com Malik¹⁶, a preocupação com a definição da qualidade em saúde é cíclica, e não é trabalhada com a preocupação de factibilidade: “(...) a noção do ‘padrão ouro’, de aquilo que se gostaria de atingir, é cada vez mais confundida com o que se deveria fazer, esquecendo as noções de processo, temporalidade e até de realidade (...)”.

Para Cipolla¹⁷ “(...) a questão da qualidade é ligada a um problema de gradação e não de presença/ausência (...)”. Para isso, a mesma mensuração da qualidade deve prever a possibilidade de gradação e basear-se, portanto, numa multiplicidade de informações.

Diante da diversidade conceitual no campo da avaliação de qualidade em saúde, associada à ainda pequena divulgação de sua aplicação à gestão em saúde, dois consagrados autores na área de avaliação e de gestão em educação foram chamados a contribuir com essa construção teórica da avaliação da qualidade da gestão em saúde. Os autores são Benno Sander, pesquisador brasileiro reconhecido nacional e internacionalmente por sua contribuição ao estudo da gestão da educação, e Michael Scriven, pesquisador britânico, com atuação em diversas universidades, reconhecido teórico da avaliação educacional, com foco na qualidade.

Contribuições de Benno Sander para a Avaliação em Saúde

Sander⁶ desenvolve sua teoria com base no Paradigma Multidimensional de Análise de Sistemas Educacionais proposto por pesquisadores da Universidade de Brasília e da Universidade Federal Fluminense, com estudos publicados na década de 70 e início de 80. Sander estuda a Administração da Educação a partir de quatro critérios: a eficiência, a eficácia, a efetividade e a relevância. O autor define os três primeiros conceitos de maneira diferente das utilizadas na área da saúde; o conceito de relevância é novo, e demanda uma construção conceitual para sua aplicação na área da avaliação em saúde.

Para Sander⁶,

(...) é comum confundir-se eficiência com eficácia; eficácia com efetividade; efetividade com relevância. Reconhecidos dicionários afirmam que eficaz é sinônimo de eficiente, ao mesmo tempo em que asseguram que efetivo equivale a eficaz.

Cada critério de avaliação do Paradigma Multidimensional

anunciado por Benno Sander é apresentado segundo uma dimensão de análise. Como proposto pelo autor, os critérios de avaliação não são excludentes, são dimensões articuladas. A eficiência é subsumida pela eficácia; a eficácia e a eficiência são subsumidas pela efetividade; e a efetividade, a eficácia e a eficiência são subsumidas pela relevância.

A “dimensão econômica” envolve recursos financeiros e materiais, estruturas, normas burocráticas e mecanismos de coordenação e comunicação. Nesta dimensão, a gestão prevê e controla recursos, organiza estruturalmente a instituição, fixa papéis e cargos, divide o trabalho, determina como o trabalho deve ser realizado e estabelece normas de ação. O critério definidor da dimensão econômica é a *eficiência* na utilização de recursos e instrumentos tecnológicos, sob a lógica econômica. À luz dessa lógica, os conceitos de eficiência e racionalidade econômica presidem as diversas atividades organizacionais e administrativas, como a preparação e execução orçamentária, o planejamento e a destinação de espaços físicos, a contratação de pessoal e a provisão de equipamentos e instrumentos materiais e tecnológicos. A gestão será eficiente na medida em que for capaz de minimizar a utilização de recursos e produzir o máximo possível.

Sander denomina “dimensão pedagógica” da gestão da educação aquela comprometida com a realização eficaz dos objetivos do sistema educacional. Está estreitamente relacionada com as demais dimensões do paradigma e oferece os elementos e instrumentos necessários para a consecução eficaz dos objetivos. Neste sentido, a *eficácia* da gestão é avaliada com base no cumprimento dos objetivos e metas estabelecidos, em processos de trabalho, ou no alcance de índices e indicadores planejados.

A “dimensão política” engloba as estratégias organizadas de profissionais, gestores e usuários do serviço para que um programa ou serviço seja efetivo e satisfaça o coletivo dos seus usuários. Este papel político é mais bem compreendido quando se percebe que as ações desenvolvidas em um determinado serviço são influenciadas, em maior ou menor medida, por decisões políticas externas que repercutem no orçamento, nas práticas e nas concepções em questão.

A “dimensão cultural” envolve os valores e as características filosóficas, antropológicas, biopsíquicas e sociais das pessoas que utilizam trabalho no sistema de saúde. A característica básica medida pela relevância é a visão de totalidade que ela permite sob os mais variados aspectos da vida humana. À luz dessa dimensão, cabe às políticas de saúde promover qualidade de vida do ponto de vista coletivo

e individual, contribuindo para a realização do ser humano. As políticas de saúde devem considerar as crenças e valores dos atores envolvidos, suas características sociais e um direcionamento político estratégico. Nessa perspectiva, a relevância cultural é o critério básico de uma política de saúde comprometida com a promoção da qualidade de vida e do desenvolvimento humano.

Resumidamente, a partir da concepção de Sander, os critérios poderiam ser assim traduzidos para a avaliação em saúde: “eficiência” é a capacidade de produzir o máximo de resultados com o mínimo de recursos, energia e tempo; “eficácia” é a capacidade para alcançar os fins e objetivos estabelecidos; “efetividade” é a capacidade para satisfazer as demandas feitas pela comunidade externa; e “relevância” é a capacidade de promover qualidade de vida do ponto de vista coletivo e individual, respeitando os aspectos culturais e filosóficos de todos os envolvidos na organização.

Contribuições de Scriven para a avaliação da qualidade

Scriven⁷, em seu texto “*The logic of evaluation*”, faz uma crítica às perspectivas de avaliação comumente utilizadas, que são isentas de valor. Para Scriven, é inadequado e de utilidade questionável fazer avaliação com o foco apenas nos indivíduos diretamente envolvidos com a execução dos serviços ou programas. A avaliação deve estar voltada para as necessidades das pessoas que utilizam ou dos potenciais usuários do serviço em análise.

Com base no entendimento de que o “valor” é componente principal da avaliação da qualidade, desde 1991, em seu “*Evaluation thesaurus*”¹⁸, o autor analisa a qualidade de um objeto com base nos atributos *valor* e *mérito*: o objeto de avaliação possui qualidade quando tiver valor e mérito, quer seja ele um sistema, um serviço ou um programa. O valor é atingido quando são atendidas as necessidades dos seus usuários, ou beneficiários. O mérito é alcançado quando se faz bem o que se propõe a fazer.

Com base nesse entendimento, um programa de saúde pode ter mérito, mas não ter valor se não estiver voltado às necessidades e expectativas dos seus usuários. Disso depende a participação política da comunidade beneficiada e o grau de construção conjunta que as instâncias promotoras das políticas avaliadas estabelecem nas várias etapas de planejamento, gestão e avaliação. O valor deve ser critério definidor da melhor maneira de aplicar os recursos disponíveis.

Todo o objeto que não tenha mérito, ou seja, que não cumpre suas

metas, não tem valor. Caso um programa de saúde, por exemplo, não realize bem o que se propôs a fazer, não pode estar atendendo às necessidades de seus usuários.

Desde 2005, com o desenvolvimento de proposta de avaliação para o PROESF, o NEPAS (Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde) vem aperfeiçoando a aplicação dos conceitos dos dois autores na Avaliação da Qualidade da Gestão em Saúde. São exemplos do desenvolvimento acadêmico da proposta os trabalhos de Scaratti¹⁹, Nickel²⁰ e Colussi²¹, onde o entendimento de qualidade parte dos atributos valor e mérito dos serviços de saúde associados aos critérios de avaliação da qualidade da gestão de Sander, como apresentado no Quadro 2.

Nessa linha associativa, concordamos com Davok²² que traçou este mesmo percurso para a avaliação da gestão da educação. Valor e mérito são condições necessárias para um serviço ou programa exibir qualidade, sendo efetividade e relevância condições necessárias para ele ter valor; e eficiência e eficácia condições necessárias para ele ter mérito. Assim, se um serviço de saúde não tiver relevância ou efetividade, ele não exibe valor; se não tiver eficácia ou eficiência, ele não exibe mérito; por conseguinte, se um serviço de saúde não tiver relevância, efetividade, eficácia ou eficiência, ele não exibe qualidade.

Quadro 2: Qualidade da gestão em saúde - NEPAS

Qualidade	Valor	Relevância
		Efetividade
	Mérito	Eficácia
		Eficiência

Fonte: elaboração do próprio autor.

O “Mérito” analisa a realização de metas planejadas e é comumente utilizado nas avaliações normativas. Nele são avaliadas: i) **Eficiência** - critério econômico que revela a habilidade do gestor tomar decisões voltadas à produção do maior volume de serviços de saúde possível com os recursos disponíveis (otimização da capacidade instalada); e ii) **Eficácia** - critério sanitário que revela a habilidade do gestor tomar decisões voltadas ao cumprimento das metas estabelecidas nos planos e pactos de saúde e dos protocolos clínicos estabelecidos para o provimento da atenção à saúde (realização das metas quantitativas e qualitativas)

O “Valor” é atingido quando são atendidas as necessidades dos usuários, ou beneficiários, respeitando os valores políticos e culturais da

sociedade e representando protagonismo reconhecido na coletividade. Nele são avaliadas: **i) Efetividade** - critério social e político que reflete a habilidade do gestor tomar medidas voltadas a satisfazer as necessidades e expectativas individuais quanto ao recebimento de atenção à saúde (maximização dos resultados); e **ii) Relevância** - critério que reflete a habilidade do gestor tomar decisões voltadas ao atendimento das expectativas coletivas da sociedade, em particular das partes interessadas e dos grupos sociais integrantes do SUS (maximização dos impactos)

Dos critérios apresentados, o menos explorado nas avaliações em saúde é a relevância. Dado seu caráter inovador para o campo da avaliação em saúde, sua utilização e conceituação demandam novos estudos teóricos e aplicados, para que possa consolidar-se como um critério freqüente nos estudos de avaliação.

Compreende-se a subsunção dos critérios, de maneira que a relevância orienta a efetividade, a eficácia e a eficiência, tanto na avaliação *ex post* como na avaliação *ex ante*. Esta concepção considera o valor uma característica prioritária a ser perseguida nas políticas de saúde e é ele que deve orientar a tomada de decisão do gestor, tanto quando atende às demandas populares, como quando maximiza impactos com base social cultural e política. O valor de determinada política vai direcionar a eficácia e a eficiência conservadas em uma função instrumental da gestão.

Essa perspectiva avaliativa nega o direcionamento prioritariamente econômico que pauta a gestão pública em saúde e prioriza a qualidade de vida acima do cumprimento de metas e da responsabilidade fiscal.

Adotando esse marco teórico para Avaliação da Qualidade da Gestão em Saúde, os modelos teórico-lógicos de avaliação são fundamentados nas dimensões de interesse dos objetos em análise, tal como preconizado pelos reconhecidos autores da área de avaliação em saúde. Entretanto, os indicadores para cada dimensão são selecionados tendo como pressuposto que devam incluir pelo menos esses quatro critérios – eficiência, eficácia, efetividade e relevância – para identificar a qualidade da gestão naquela dimensão do objeto. Eventualmente, pode haver interesse em avaliar apenas o mérito de programas ou serviços, situação na qual os indicadores serão representativos apenas dos aspectos de eficiência e/ou eficácia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora esta proposta de avaliação da qualidade seja composta de atributos nominalmente já conhecidos nas publicações de avaliação em saúde, o significado atribuído a eles é que a diferencia das demais propostas até então utilizadas. O Paradigma Multidimensional de Benno Sander, trazendo as dimensões econômica, pedagógica, política, e cultural, incorpora elementos consistentes para a caracterização da qualidade em sua complexidade. Associado a isso, a conceituação de Scriven para valor e mérito na qualidade, permite estabelecer uma proposta aplicada de avaliação da qualidade da gestão em saúde.

Esta proposta de avaliação da gestão para a saúde apresenta a incorporação dos conceitos de Valor e de Relevância e é ao mesmo tempo abrangente e aplicável. A definição desses quatro critérios mínimos de qualidade conduz à identificação de indicadores que superam a lista dos clássicos marcadores epidemiológicos, das medidas de produtividade, dos padrões normativos.

Destaque-se que, diferentemente de muitas propostas de avaliação que incorporam esses mesmos critérios, nessa perspectiva eles não constituem dimensões de análise, mas eixos transversais em todas as dimensões do objeto avaliado quanto à qualidade da gestão. Assim, para toda ação, dimensão ou aspecto avaliado há que se considerar se houve eficiência, eficácia, efetividade e relevância na decisão de gestão sob julgamento, para que se possa atribuir valor e mérito. E com a identificação dessas, caracterizar a qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. *Cad Saude Publica* 1994; 10(1): 80-91.
2. Hartz ZMA organizadora. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
3. Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Cien Saude Colet* 2001; 6(1):165-181.
4. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3): 553-563.
5. Frias PG, Costa JMBS, Figueiró AC, Mendes MFM, Vidal SA. Atributos da Qualidade em Saúde. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. *Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p.43-55.
6. Sander B. *Gestão da educação na América Latina: construção e reconstrução do conhecimento*. Campinas: Autores Associados; 1995.
7. Scriven M. The logic of evaluation. In H.V. Hansen, et. al., *Dissensus and the Search for Common Ground*. Windsor, ON: OSSA. 2007.
8. Martins RA, Costa Neto PLO. Indicadores de desempenho para a gestão pela qualidade total: uma proposta de sistematização. *Gestão e Produção* 1998; 5(3): 298-311.
9. Melo MB. *O Sistema Nacional de Auditoria do SUS: estruturação, avanços, desafios e força de trabalho [tese]*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2007.
10. Serapioni M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Rev Critica Cien Sociais* 2009;85:65-82.
11. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saude Publica* 2000; 34(5): 547-59.
12. Donabedian, A. The criteria and standarts of quality. Ann Harbor: Health Administration Press,1982. v.2
13. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990; 114(11): 1115-1118.

14. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
15. Uchimura KY, Bosi MLM. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. *Cad Saude Publica* 2002;18:1561-9.
16. Malik AM. Qualidade em Serviços de Saúde nos Setores Público e Privado. *Cadernos Fundap* 1996; 19:7-24.
17. Cipolla C. *Per un approccio correlazionale alla qualità sociale della salute*. In: Costantino Cipolla et al. (orgs.), *Valutare la qualità in sanità*. Milano: Angeli, 2002, 9-52.
18. SCRIVEN, M. *Evaluation thesaurus*. 4 ed. Thousand Oaks, CA: Sage. 1991.
19. Scaratti D. *Um modelo para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde no Brasil : uma aplicação a municípios catarinenses* [Tese]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção; 2007.
20. Nickel DA, Caetano JC, Calvo MCM. Modelo de Avaliação da Atenção em Saúde Bucal. *Pesq Bras Odontoped Clin Integr* 2009; 9(3): 373-379.
21. Colussi CF. *Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal em Santa Catarina* [Tese]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Odontologia; 2010.
22. Davok DF. Qualidade em Educação. *Avaliação Campinas* 2007; 12(3): 505-513.

11. AVALIAÇÃO DA GESTÃO EM SAÚDE: O ESTADO DA ARTE DAS CONCEPÇÕES DE RELEVÂNCIA

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo sistematizar os aportes de áreas de interesse, no campo das políticas públicas, de maneira a responder a pergunta: o que é relevante para a gestão pública em saúde? Trata-se de um estudo de metassíntese, que tem como possibilidade a sistematização dos saberes das diversas áreas do conhecimento sobre determinado tema. Foram buscados textos que trouxessem concepções do termo relevância, digitando o termo “relev#”, dando conta de possibilidades em Língua Portuguesa, Espanhola, Inglesa e suas variações. Os textos estudados foram publicados desde os anos 1990 até os dias atuais. Os espaços investigados e as principais fontes de busca por área de conhecimento foram: o Direito, por ser ramo da ciência que regula a relação estado/sociedade e porque já discute o conceito de “relevância pública” (www.interlegis.gov.br/); a Sociologia Política, por ter como característica a busca de uma compreensão ontológica das relações sociais, (<http://socialsciences.scielo.org/>); a Educação, por possuir acúmulo na discussão e ser, semelhante à saúde, na sua condição de área social (<http://scholar.google.com.br/>); a Economia, de maneira restrita ao Banco Mundial, por entender a influência que exerce no financiamento de políticas públicas e programas no mundo e pela importância política que esta organização representa (www.bancomundial.org.br/); e a Saúde, pelos mesmos motivos que a Educação (www.lilacs.bvsalud.org/). As sínteses de cada área foram readequadas para melhor aplicação na avaliação da gestão em saúde. Afirma-se que uma política pública é relevante quando: o provimento das ações é de responsabilidade do Estado; seu objeto é a coletividade, mas considera questões individuais; envolve a dignidade humana; é controlada pela sociedade e pelo Estado, com vistas à prestação de serviços de qualidade; abrange o setor público e os serviços prestados pelo setor privado em regime de concessão; sua base está na participação cidadã; visa a qualidade de vida; está acima das questões econômicas e deve orientá-las; considera questões ambientais; diminui as desigualdades sociais; promove inclusão social e desenvolvimento econômico; possui impacto social; as pessoas envolvidas se reconhecem nela; considera questões de gênero; é critério de avaliação que coordena os demais critérios e orienta a tomada de decisão do gestor; critério de avaliação orientador da gestão.

Palavras-Chave: avaliação em saúde; gestão em saúde; relevância; Qualidade da Assistência à Saúde; Organização & administração.

EVALUATION OF HEALTH MANAGEMENT: THE STATE OF THE ART OF RELEVANCE CONCEPTS

ABSTRACT

This work aims to systematize the contributions of areas of interest in the field of public policy in order to answer the question: what is relevant for managing public health? It is a study of meta-synthesis, which has the possibility to systematize the knowledge from various areas of knowledge about a certain topic. Texts were sought to bring relevant conceptions of the term, entering the term "relevancy #", including all possibilities in Portuguese, Spanish, English and its variations. The texts studied have been published since the 1990s to the present day. The areas investigated and the main sources searched for areas of knowledge were the law, being a branch of science which regulates the state / society and because we have discussed the concept of "public importance" (www.interlegis.gov.br/); Political Sociology, characterized by having the search for an ontological understanding of social relations (<http://socialsciences.scielo.org/>); Education, as it has accumulated in the discussion and be similar to health, in his capacity as the social sciences (<http://scholar.google.com.br/>); Economy, narrowly to the World Bank to understand the influence it exerts on the financing of public policies and programs in the world and the political importance that this organization represents (www.bancomundial.org.br/); and Health, for the same reasons that the Education (www.lilacs.bvsalud.org/). The summaries of each area were refitted to better evaluate the application in health management. It is argued that public policy is relevant when: the provision of shares is the responsibility of the State, its object is the collective, but considers individual questions; involves human dignity, is controlled by society and the state, with a view to providing quality services, covering the public sector and the services provided by the private sector on a concession basis, its foundation rests on citizen participation, aims at the quality of life is beyond economic issues and to guide them, and considers environmental issues reduces social inequalities and promotes social inclusion and economic development, has social impact, people involved recognize it and considers gender issues, evaluation

criteria and other criteria that coordinates and guides the decision-making manager, evaluation criteria guiding management .

Keywords: health assessment, health management, relevance, Quality of Health Care; Organization & administration.

INTRODUÇÃO

Em seu sentido comum, “relevante é o que releva, que sobressai ou ressalta, de grande valor, conveniência ou interesse, aquilo que importa ou é necessário” (Ferreira, 2008). Pela ótica do conhecimento acadêmico, porém, a relevância tem diferentes entendimentos conforme as diversas áreas de conhecimento.

Este estudo parte do artigo 196 da Constituição Federal do Brasil, de 1988, onde:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A relevância é citada no artigo 197: “São de relevância pública as ações e serviços de saúde, (...)”.

Este estudo analisa cinco áreas do conhecimento (Direito, Educação, Sociologia Política, Economia e Saúde), para conhecer como elas consideram o conceito de relevância. Este percurso tem o objetivo de sistematizar os aportes dessas áreas, de maneira a responder a pergunta: o que é relevante na gestão pública em saúde?

Metodologia

Trata-se de um estudo de metassíntese, técnica de pesquisa qualitativa que proporciona mais do que a soma das partes resultantes de diferentes estudos, uma vez que permite aos pesquisadores realizar novas interpretações sobre o conjunto dos estudos analisados sob um olhar mais amplo (Sandelowsky & Barroso, 2003).

Foram buscados textos publicados após 1990, digitando o termo “relev”, capaz de abranger as possibilidades em Língua Portuguesa, Espanhola, Inglesa e suas variações (relevante, relevo, relevância, etc.).

Após a pesquisa em cada área de interesse foi feita uma sistematização interpretativa dos achados, na forma de tópicos, de maneira a reunir os principais achados de interesse para a relevância.

O passo seguinte foi a composição interpretativa de uma metateoria sobre relevância, a partir do apanhado de cada área estudada, com base no pressuposto teórico da Constituição Federal do Brasil de 1988.

Não houve uma preocupação em conhecer a relevância em toda a

ciência, mas apenas nas áreas de interesse para a gestão pública. Os espaços investigados e as principais fontes de busca por área de conhecimento foram:

- Direito, por ser ramo da ciência que regula a relação estado/sociedade e porque já discute o conceito de “relevância pública” a partir da Constituição Federal do Brasil de 1988 (www.interlegis.gov.br/);
- Sociologia Política, por ter como característica a busca de uma compreensão ontológica das relações sociais, e também por ter a gestão pública como uma de suas áreas de investigação (<http://socialsciences.scielo.org/>);
- Educação, por possuir significativo acúmulo na discussão sobre relevância e ser, assim como a saúde, uma importante política social (<http://scholar.google.com.br/>);
- Economia, com ênfase no Banco Mundial, por entender a influência que ele exerce no financiamento de políticas públicas e programas no mundo e pela importância política que esta organização representa (www.bancomundial.org.br/);
- Saúde, por ser área de interesse direto deste estudo (www.lilacs.bvsalud.org/).

Foram inicialmente incluídos todos os estudos que atendessem aos seguintes critérios: 1) abordar concepções teóricas sobre relevância; 2) tratar de gestão ou políticas públicas; 3) ter sido publicado a partir de 1990. Após este recorte metodológico, foram selecionados 18 textos entre artigos, documentos e relatórios que foram analisados por área.

Direito

Na área do Direito, o documento orientador foi “O conceito constitucional de relevância pública.” (DALLARI, 1992), que reuniu pensadores da área do Direito brasileiro, com o objetivo de aprofundar o debate e discutir as possíveis interpretações do texto constitucional no que se refere à relevância pública.

Os autores envolvidos diretamente nesse escrito foram Eros Grau (Professor de Direito Econômico da USP, Ministro do Supremo Tribunal Federal até 2010), Luiz Alberto David de Araújo (Procurador da República em São Paulo), Antonio Augusto Mello de Camargo Ferraz (Coordenador do Centro de Apoio aos Direitos Constitucionais

do Cidadão), Antonio Herman de Vasconcellos (Promotor de Justiça). Esse trabalho foi coordenado por Sueli Gandolfi Dallari do Núcleo de Pesquisa de Direito Sanitário da Universidade de São Paulo.

O conceito de ações e serviços de relevância pública, adotado pelo artigo 197... deve ser entendido desde que a constituição de 1988 adotou como um dos fundamentos da República a dignidade da pessoa humana. () Aplicado às ações e aos serviços de saúde, o conceito implica o poder de controle, pela sociedade e pelo Estado, visando zelar pela sua efetiva prestação e por sua qualidade (DALLARI, 1992, p.7).

Por “relevância pública” deve-se entender que o interesse primário do Estado, nas ações e serviços de saúde, envolve a sua essencialidade para a coletividade, ou seja, sua relevância social. Ademais, enquanto direito de todos e dever do Estado, as ações e serviços de saúde devem ser por ele privilegiados (DALLARI, p. 8, 1992).

Percebe-se o caráter abrangente da relevância para uma condição de direito humano fundamental. Fica claro o papel do Estado como o responsável pelo provimento da saúde bem como de outras dimensões de relevância pública - direitos humanos fundamentais. Portanto, o caráter de essencialidade e relevância pública abrange todo o setor saúde, seja na esfera pública ou privada.

Do ponto de vista político, é possível perceber a visão de coletividade que está como pano de fundo da “relevância pública”, também denominada “relevância social”, negando a responsabilização exclusiva do indivíduo, característica do liberalismo.

A Constituição Federal de 1988 é a primeira constituição brasileira que coloca as questões sociais na condição de direito do cidadão e dever do Estado. No entanto, o termo “relevância pública” traz um peso especial a esta situação, que segundo Grau (1992) não é exclusividade da saúde, apesar de ser esta a única área que traz seu caráter de relevância pública explicitado no texto constitucional.

Na síntese do documento, fica evidente a base societária dessa legislação, que traz a saúde em seu conceito ampliado, uma vez que envolve condicionantes de ordem econômica e social (emprego, renda, saneamento básico, educação, entre outros). Isso justifica a necessidade do estabelecimento de alguns indicadores de relevância, para servirem

de orientação aos juristas no momento de julgar situações concretas (DALLARI, 1992, p.31).

Tem o Ministério Público a função institucional de zelar pelos serviços de relevância pública, dentre os quais as ações e serviços de saúde, adotando as medidas necessárias para sua efetiva prestação, inclusive em face de omissão do Poder Público.

A preocupação de colocar sobre o Ministério Público, em última análise, a função de preservar os serviços com atributo de “relevância pública” tenta garantir o cumprimento da lei, e coloca o Estado como provedor da saúde das pessoas e das populações.

Desta forma, o Direito entende a relevância pública como o interesse primário do Estado, nas ações e serviços de saúde, envolve a sua essencialidade para a coletividade, ou seja, sua relevância social. A abrangência dessa definição não se restringe ao setor público, mas abarca todas as ações e serviços de saúde do território nacional.

O conceito de relevância no Direito está associado a:

- i) condição de cidadania que deve ser assegurada pelo Estado;
- ii) provimento das ações de relevância pública como dever do Estado;
- iii) objeto da relevância pública é a coletividade e não o indivíduo;
- iv) serviço de saúde é tema de relevância pública não-exclusiva, estendendo-se para outros setores que envolvam a dignidade humana;
- v) serviços de relevância pública são essenciais e devem ser controlados pela sociedade e pelo Estado, com vistas à prestação de serviços de qualidade;
- vi) o setor público e ao setor privado, em regime de concessão ou permissão.

Educação

Na área da Educação optou-se prioritariamente pelo referencial de Benno Sander, que trabalha a relevância como um critério de avaliação para a gestão da Educação.

Especialmente em dois livros - Administração da Educação no Brasil (1981) e Gestão da Educação na América Latina (1995) – Sander

apresenta princípios da administração da educação, cuja concepção considera a relevância um critério orientador da gestão na educação.

Para Sander (1981),

A efetividade vai além dos critérios de eficiência e eficácia para preocupar-se com objetivos mais amplos de equidade e desenvolvimento socioeconômico, e a relevância seria o conceito norteador fundamental do estudo e da prática da administração pública. (SANDER, 1981, p.13).

Em 1995, esse autor afirma que os critérios de eficiência, eficácia e efetividade da administração tradicional devem ser subsumidos pelo critério da relevância. A preocupação que a gestão pública deve assumir com questões sociais, e sua capacidade de responder a demandas e necessidades populares, ganha força diante dos avanços na lógica neoliberal, a exemplo da diminuição do financiamento estatal nas áreas sociais.

Para Sander, “*A estratégia para atingir elevados níveis de relevância é a participação cidadã no contexto da democracia como forma de governo.*” Essa abordagem é pautada no Paradigma Multidimensional da Administração da Educação. O Paradigma constitui-se de quatro dimensões ideais e quatro critérios: *relevância* (dimensão humana), *efetividade* (dimensão sociopolítica), *eficácia* (dimensão pedagógica) e *eficiência* (dimensão econômica), onde a relevância coordena as demais dimensões da Gestão da Educação.

Em suma, o conceito de relevância de Sander prioriza questões culturais da Gestão da Educação, e remete à qualidade de vida como orientação da gestão, para sua ação política na escola e na sociedade.

A relevância também é conceituada por Wittmann, que não diferencia a efetividade da relevância. Para Wittmann (2000), as dimensões cultural e política são uma só,

(...) a administração da educação é um ato essencialmente político. E (...)a Administração **relevante** da Educação é um serviço de coordenação de uma prática educativa democrática, comprometida com a construção de uma sociedade brasileira **mais justa, mais humana e mais solidária** ou, melhor, menos injusta, menos desumana e menos discriminatória(...) (Wittmann, 2000,p.48, grifo meu).

Wittmann adota um enfoque mais político do que cultural e está preocupado com as consequências da administração da educação na sociedade como um todo.

O conceito de relevância na Educação está associado com:

- i) participação cidadã;
- ii) qualidade de vida;
- iii) critério de avaliação orientador da gestão;
- iv) valores acima das questões econômicas, de maneira a orientá-las;
- v) questões culturais;
- vi) democracia;
- vii) justiça social
- viii) solidariedade.

Sociologia Política:

Debates atuais na área da Sociologia Política, no contexto das políticas públicas, foram encontrados no site do IGOP (Instituto de Governo e Políticas Públicas) vinculado à Universidade Autônoma de Barcelona, na Espanha.

Com base no *Libro verde de medio ambiente urbano* (Subirats, 2007), relevante é:

Melhorar as capacidades tecnológicas dos serviços técnicos das cidades para avaliar alternativas e apresentar propostas com base nas melhores informações disponíveis (tradução do autor p. 72).

No contexto do livro e da corrente de pensamento do IGOP, o termo relevância é utilizado como sinônimo de tema de interesse para a comunidade, e remete a uma hierarquia de importância das ações voltadas para a melhor decisão política na gestão pública. O IGOP assume um posicionamento de valorização das questões sociais e ambientais com base na mobilização social a partir de questões cotidianas, com uma visão crítica às políticas neoliberais. Nessa temática, ganha relevo a questão da proteção ao meio ambiente, onde fica clara uma maior relevância para as políticas públicas que consideram as questões ambientais em detrimento de outras políticas que desconsideram estas questões.

Em outro texto, intitulado *Política y Gobierno en España* algumas passagens ilustram a atribuição de relevância aos eventos que remetem à participação social e à redução de desigualdades (FONT, GOMÀ, SUBIRATS, 2004).

Tais discussões ocorrem no contexto da chegada do partido popular ao governo, no período de 1996 a 2000. Nessa fase, os sindicatos ganham maior poder de barganha com relação ao incentivo a políticas de renda, conseguindo aumentos salariais lineares e redução da política de abonos salariais.

Souza (2006) apresenta uma revisão dos principais conceitos e modelos de formulação e análise de políticas públicas, buscando sintetizar o estado da arte da área, onde associa a relevância de uma política pública com sua capacidade de gerar desenvolvimento econômico e de promover inclusão social.

... é relevante levar em conta que os países da América Latina, ainda não conseguiram formar coalizões políticas capazes de equacionar minimamente a questão de como desenhar políticas públicas capazes de impulsionar o desenvolvimento econômico e de promover a inclusão social de grande parte de sua população (SOUZA, 2006, p. 25).

A relevância na Sociologia Política está associada com:

- i) participação social na gestão;
- ii) políticas que respondam às demandas sociais;
- iii) proteção do meio ambiente;
- iv) diminuição das desigualdades sociais;
- v) inclusão social;
- vi) desenvolvimento econômico;
- vii) critério de base social que auxilia na tomada decisão política.

Economia

Na área da Economia optou-se prioritariamente por documentos e artigos que refletem as concepções de relevância do Banco Mundial. Isso se deve ao fato de esta instituição ser a principal responsável pelo financiamento e pelo direcionamento de políticas sociais pelo mundo.

Em documento do Banco Mundial (GALASSO, 2002) voltado

aos países em desenvolvimento, sobre avaliação do impacto das políticas públicas, a relevância é definida como a necessidade de reduzir pobreza e fazer inclusão de parcelas populacionais na esfera do consumo. O mesmo documento considera questões referentes às condições de vida: educação, saúde e inclusão de jovens no mercado de trabalho, como relevantes.

Aliviar la pobreza (permanente/temporal), ingreso actual/consumo vs salida sostenida de superación de la pobreza. Resultados finales de educación y salud (antropometría, anemia, desarrollo infantil, asistencia/retención escolar/repitencia, transición primaria/secundaria, resultados de aprendizaje) (p.53).

Para Galasso (2002), é relevante para a política pública:

Impacto sobre la población objetivo, impacto marginal sobre los beneficiarios cubiertos por el programa, superar el análisis de los promedios e identificar que grupos y tipo de hogares pueden beneficiarse más de las intervenciones (heterogeneidad de impacto)(p.58).

Para melhorar a relevância nas políticas públicas a área da economia enfatiza a necessidade de que sejam avaliados os benefícios na população alvo, e considera que uma avaliação não dá conta de todas as dimensões que tornam uma política pública relevante.

Algunos temas de discusión para mejorar la relevancia de la intervención • Prioridad de responder las preguntas de política pública sobre metodologías específicas • Una evaluación no es suficiente para responder a todas las preguntas relevantes para la política pública • Los impactos pueden tomar tiempo em manifestarse, y el tiempo de las evaluaciones puede no corresponder con las necesidades operativas (p.62).

Outro documento do Banco Mundial (IZQUIERDO, 2010), trata da relevância no ensino secundário em populações que vivem em condições socioeconômicas precárias.

Isto significa que as habilidades que foram consideradas na análise claramente dirigindo a prestação desses meninos para

superar, e a probabilidade de que eles continuem seus estudos no seu local de origem (tradução do autor p.12).

Neste documento, relevância é um atributo inerente aos governos locais na sua função de estimular a participação social nas decisões políticas.

Em um edital de seleção de projetos do *FONDO SOCIEDAD CIVIL – BANCO MUNDIAL Juventud y Empleo en las Zonas Rurales de La Costa Caribe de Nicaragua (2010)*, o termo relevância é empregado como um critério de seleção de projetos, dentre outros critérios, como a viabilidade, a originalidade e a associatividade presentes no programa.

Foi incluído no estudo um texto de Osvaldo Feinstein, *Evaluación Pragmática de Políticas Públicas*, publicado em 2007. O autor assina como consultor independente, ex-gerente e assessor do Departamento de Avaliação do Banco Mundial. Não se trata de um texto oficial da instituição, mas está disponível em seu sítio eletrônico, por isso foi incluído no estudo.

Neste texto, uma política é relevante se a população beneficiada identifica-se com ela; cita como exemplo a política de migração nos Estados Unidos.

Para Feinstein (2007), relevância é um critério de avaliação, assim como efetividade, eficácia e eficiência. Percebe-se grande semelhança entre o entendimento de Feinstein e o de Benno Sander:

A avaliação leva sistematicamente considerar vários fatores, que são por vezes apresentados como princípios ou critérios de avaliação: a importância ou relevância do que é avaliada, a eficiência ou eficácia (o grau de realização dos objetivos) e eficiência (p.22).

No mesmo texto, equidade, gênero e inclusão social são considerados critérios relevantes na avaliação das políticas públicas.

A pertinência de uma intervenção é estabelecida ligação dos seus objetivos com o país a estratégia, o setor, organização ou instituição que desenvolveu este exemplo intervenção. Por, pode acontecer que o objetivo do projeto era construir uma estrada para ligar duas cidades e que este objetivo é atingido de forma eficiente e um, mas esse caminho não é uma prioridade,

porque não havia uma rota alternativa, enquanto a estratégia de desenvolvimento humano do país atribuiu particular importância para a melhoria da saúde em áreas rurais, através da construção cuidados de centros comunitários. Neste caso, a relevância da intervenção, em princípio, ser muito pequena (FEINSTEIN 2007, p. 24 tradução do autor).

A análise da relevância, para Feinsten (2007), assim como para Sander, envolve os demais critérios de avaliação - eficiência, eficácia e efetividade - de maneira a orientar na tomada de decisão por parte dos gestores. Ela constitui-se critério estratégico que deve ser adequado à realidade local, com base nos objetivos de cada ação ou programa.

O conceito de relevância na Economia está associado com:

- i) inclusão de parcelas populacionais desfavorecidas na esfera do consumo;
- ii) condições materiais de vida (saúde, educação, trabalho, etc.);
- iii) redistribuição de renda;
- iv) benefício aos mais necessitados;
- v) impacto social;
- vi) uma política com legitimidade social;
- vii) diminuição das desigualdades sociais;
- viii) orientação dos demais critérios de avaliação;
- ix) orientação da tomada de decisão do gestor;

Saúde

Na área da saúde, um artigo da Enciclopédia Internacional de Saúde Pública, de 2008, assinado por Tarantola e Gruskin associa relevância com direitos humanos:

Todos os tratados internacionais de direitos humanos e convenções contêm disposições pertinentes à saúde como definidos no preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), repetida em muitos documentos subsequentes atualmente adotada pelos 191 Estados-Membros da OMS: Saúde é um estado" de completo desenvolvimento físico, mental e social. A restrição de direitos,

se legítimo, é coerente com os princípios dos direitos humanos (p. 87, tradução do autor).

Em outra publicação, o diretor da escola de saúde pública da Universidade de Harvard, Julio Frenk, em entrevista concedida em 2009, sugere temas essenciais para uma agenda de saúde pública no mundo. Para Frenk (2010), são questões emergentes para serem resolvidas na área da saúde os agravos que afetam desproporcionalmente os mais pobres, citando como exemplos a epidemia mundial de obesidade, a ineficiência dos sistemas de saúde, a AIDS.

É preciso considerar o contexto dos Estados Unidos, uma vez que é o país cujo sistema de saúde é a maior referência de um sistema de saúde privado e excludente, revelando algumas contradições na fala do autor.

O próximo trecho, retirado do mesmo escrito, demonstra que apesar de considerar que saúde não é negócio, a escola de Harvard não defende um sistema de saúde estatal para os países em desenvolvimento, sugerindo que deve ser estimulada a criação de seguros privados de saúde nos países em desenvolvimento, relegando o sistema estatal a quem não pode pagar pelos serviços de saúde.

Em outra publicação da escola de saúde pública de Harvard, Berman e Kurman (2002) abordam a temática do envelhecimento das populações e sua relação com a saúde, e traz algumas elaborações em torno do conceito de relevância, citando a renda *per capita* e o gasto total em saúde como fator de relevância em saúde. Em outros trechos, consideram a condição geral de renda e de trabalho, que remetem ao desenvolvimento econômico dos países. Neste trabalho, fica claro que é relevante para a saúde aumentar a renda das pessoas e a cobertura dos seguros privados de saúde.

No artigo de Maxwell (1992), a relevância é colocada como um critério de avaliação em saúde relacionada à gestão.

Relevância: é o padrão global e da balança de serviços o melhor que poderia ser alcançado, tendo em conta as necessidades e desejos da população como um todo (p. 20, tradução do autor).

Neste artigo, a relevância é considerada o melhor critério para o dimensionamento dos serviços de saúde, com base na priorização de ações sobre as necessidades e demandas da população e nos recursos disponíveis. Leva em conta quem são os beneficiários da ação e o

respectivo acréscimo na qualidade de vida.

Para além da busca nas bases de dados eletrônicas, foi incluído o capítulo de Fleury & Ouverney (2009), onde são listados alguns critérios de relevância a serem considerados no planejamento e implantação de políticas públicas: a definição de objetivos; o emprego de estratégias para acompanhar as condições de vida da população e desenhar planos de ação; o desempenho simultâneo de papéis econômicos e políticos das políticas de saúde; a construção de espaços para democracia nos processos decisórios; a assimilação, contraposição; a compatibilização de diferentes projetos de diferentes atores e grupos envolvidos; o desenvolvimento de marcos institucionais que regulam a política; a formação de referenciais éticos e de valor da vida social – que abrange a proposição e a difusão de valores humanos de justiça e igualdade para a sustentação das políticas públicas em saúde.

Segundo Sander (1995), comumente ocorre confusão entre os significados de eficiência e eficácia; eficácia e efetividade; efetividade e relevância. Tradutores de textos especializados traduzem *effectiveness* por efetividade ao invés de eficácia. Tendo em vista a limitação semântica colocada pela busca do termo relev, foram buscados artigos envolvendo termos com significados semelhantes, no âmbito da gestão em saúde: *effectiveness* e *responsiveness*.

O termo *effectiveness* não trouxe contribuições no sentido do estudo. Já *responsiveness*, digitado no sítio da Biblioteca Virtual em Saúde (<http://pesquisa.bvsalud.org>) trouxe, entre outros, o artigo de Hsu et. al. (2006), que se refere a *responsiveness* como um critério utilizado pela OMS para verificar em que medida um serviço de saúde inclui aspectos que não são diretamente da saúde, como: dignidade, autonomia, confidencialidade, atenção imediata, apoio social, serviços básicos e opções de provedores.

O conceito de relevância na Saúde está associado com:

- i) direitos humanos fundamentais;
- ii) promoção de igualdade e justiça social.
- iii) combate aos agravos que afetam desproporcionalmente os mais pobres;
- iv) valor universal, inscrito no preâmbulo da Constituição da OMS: “O maior nível possível de saúde é um direito humano fundamental.”
- v) condições de vida, e se relaciona com indicadores socioeconômicos;

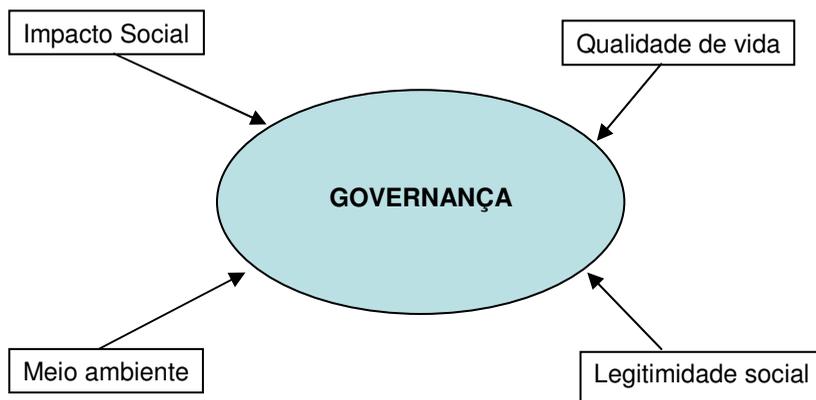
- vi) promoção de aumento da cobertura dos planos privados de saúde
- vii) combate às desigualdades sociais;
- viii) promoção de dignidade, autonomia, apoio social;
- ix) avaliação da gestão;
- x) critério baseado nas necessidades e demandas da população e nos recursos disponíveis para a gestão;
- xi) conteúdo ético e valorativo da vida social;

Meta-teoria da relevância para a qualidade da gestão em saúde

As características listadas para cada área foram selecionadas e readequadas, a partir do marco teórico da Constituição Federal do Brasil de 1988 e da reinterpretação dos autores. Em seguida, foram identificados enfoques comuns dessas características no intuito de tornar mais didática a apresentação dos resultados e mais evidentes do ponto de vista da construção de uma ferramenta para a gestão. Com base no exposto, assume-se que uma política pública é relevante quando atende pressupostos ligados à *governança*, à *produção da equidade* e à *humanização do sistema de saúde*.

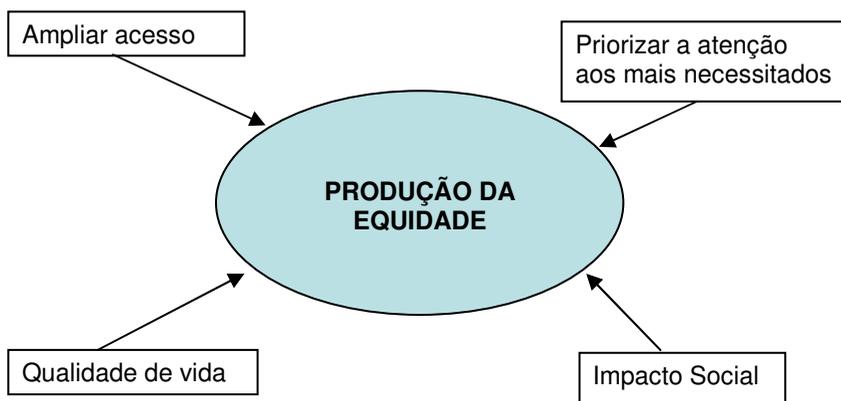
As principais características que definem a relevância da gestão no enfoque da governança são: - as ações de saúde devem estar sob responsabilidade do Estado; orientar os critérios de eficiência e eficácia nas tomadas de decisão; produzir impacto social sobre os indicadores de saúde e sobre a melhoria da qualidade de vida das pessoas; apresentar legitimidade social; promover o desenvolvimento social e econômico; considerar as questões ambientais, pelo desenvolvimento sustentável e a promoção de ambientes saudáveis.

Figura 1 – Figura esquemática do atributo da Governança.



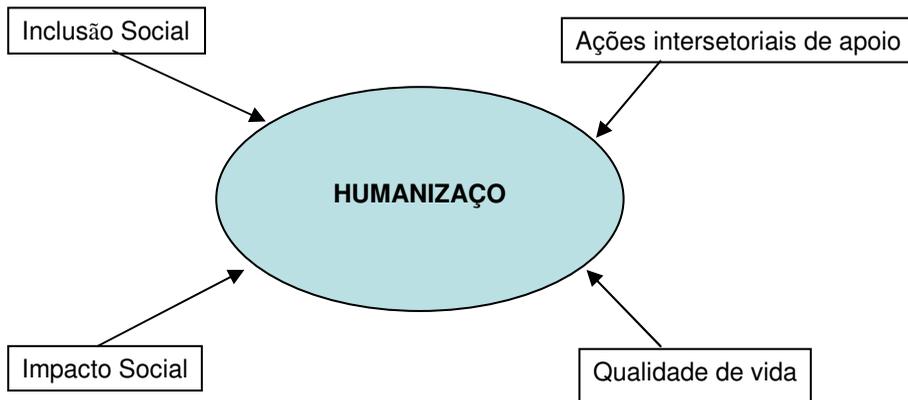
As principais características que definem a relevância da gestão no enfoque da produção da equidade são: diminuir as desigualdades entre os grupos sociais; priorizar os mais necessitados; combater os agravos que afetam desproporcionalmente aos mais necessitados; ampliar acesso aos serviços de saúde.

Figura 2 – Figura esquemática do atributo da Produção da Equidade.



As principais características que definem a relevância da gestão no enfoque da humanização são: considerar a saúde como direito humano fundamental; promover inclusão social; considerar questões culturais; promover a solidariedade nas relações, a dignidade, autonomia e apoio social a partir do cotidiano das políticas de saúde, a partir de um conjunto de ações intersetoriais.

Figura 3 – Figura esquemática do atributo da Humanização.



Os esquemas representativos, apesar de facilitarem o entendimento, necessitam de textos explicativos, pois segundo Bunge (1974) devem explicitar as ideias que fundamentam os modelos; por isso optou-se por esclarecer o que está por trás das três figuras que descrevem a meta-teoria da relevância na gestão em saúde apresentada.

- O enfoque da Humanização é entendido como um refinamento na qualidade dos serviços de saúde. No entanto, ele não aparece se o serviço não exibir Governança e Equidade. O mesmo não acontece com relação à estes dois enfoques, que podem aparecer mesmo que o serviço não apresente características mais evidentes de Humanização. Dito de outro modo, do ponto de vista do cotidiano da gestão, é mais importante que as pessoas tenham acesso, impacto e qualidade de vida para posteriormente o serviço de saúde considerar as questões culturais envolvidas com a humanização das práticas.
- Impacto Social e Qualidade de Vida estão presentes nos três enfoques da relevância devido à importância deles na

concepção aqui desenvolvida, bem como a necessidade de diferentes matrizes analíticas para que esses critérios sejam adequadamente considerados. A qualidade de vida pode ser medida como um indicador epidemiológico (p.ex. IMQV), na primeira vertente; pode ser um aspecto societário na segunda (p.ex. medidas de saúde acopladas a programas de garantia de renda mínima); ou um critério voltado para as subjetividades do acolhimento e do adoecer humano, na vertente da humanização. Da mesma forma, o impacto social pode ser a melhoria de indicadores epidemiológicos, na vertente de governança; de diminuição das desigualdades no acesso, na segunda vertente; e da diminuição do sofrimento humano, na terceira vertente.

- A Inclusão social está colocada no enfoque da humanização porque pensada apenas como um cuidado adicional para grupos que possuem especificidades, por exemplo, estruturação física de locais públicos para receber pessoas portadoras de deficiências. O recorte da inclusão social é cultural e fomenta a solidariedade, mas reflete características que estão muito aquém da inclusão social pensada como uma política pública ampla.
- A promoção da dignidade, solidariedade e apoio social, citados na síntese que antecede o esquema, são pressupostos que a gestão deve considerar e estimular em todos os momentos, não como questões objetivamente mensuráveis, ou de práticas consensuais, mas como horizonte estratégico das práticas humanas e de saúde.
- Nessa mesma linha está a autonomia, que apesar de não estar explicitada nos esquemas acima, é um aspecto relacionado com a cidadania e trata da relação política que os sujeitos estabelecem com o serviço de saúde e os envolvidos com a gestão. Por outro lado, a autonomia está na relação que o indivíduo estabelece consigo, nas práticas de corpo cotidianas ou no autocuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A apresentação das concepções de relevância para a gestão em saúde visa a uma melhor compreensão dos diferentes olhares com que a relevância é vista. Dessa forma, a criação dos três enfoques da relevância não pretende fragmentar a visão dos diferentes atores envolvidos na gestão, mas torná-la mais clara para que seja adequadamente compreendida e utilizada nas práticas da gestão.

Outro aspecto a considerar é que os indicadores associados a cada enfoque da relevância não estão suficientemente discutidos e elaborados. O que se tem são entendimentos prévios sobre estes possíveis indicadores, reunidos nos limites deste estudo.

Apesar das dificuldades em abordar tema relativamente novo, é possível afirmar que ainda não há um conceito claro de relevância para a gestão em saúde, apesar do termo ser utilizado com frequência. Afinal, a Relevância é o critério mais importante da gestão, pois deve orientar os demais critérios na busca da qualidade. Com base no exposto, é possível afirmar que sem relevância não há qualidade na gestão em saúde.

O conjunto das características estudadas define relevância como o critério de base social que deve orientar as decisões estratégicas da gestão visando a ampliação do acesso, a produção da equidade e o impacto social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BERMAN, A.K., KUMAR, N., **Health Expenditures and the Elderly: A Survey of Issues in Forecasting, Methods Used, and Relevance for Developing Countries.** December, 2002 Ajay Mahal.
- BRASIL, República Federativa do, **CONSTITUIÇÃO FEDERAL**, artigo 196. Brasília, 1988.
- BRASIL, República Federativa do, **CONSTITUIÇÃO FEDERAL**, artigo 197. Brasília, 1988.
- BUNGE, M. **Teoria e Realidade**, 1974, São Paulo, Ed. Perspectiva.
- DALLARI, S.(org.). **O conceito constitucional de relevância pública.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 13-20, 1992 (Série Direito e Saúde, 1).
- FEINSTEIN, O. **Evaluación pragmática de políticas públicas.** ICE n.º 836. 2007.
- FERREIRA, ABH. **Aurélio: o dicionário da língua portuguesa.** 2.ed. Curitiba: Ed. Positivo, 2008.
- FONT, J.; GOMÀ, R.; SUBIRATS, J. **La participación ciudadana: diagnóstico, Experiencias y perspectivas.** Barcelona: Escola de Administració Pública, 2004.
- FRENK, J. D., **Society is His Patient.** HSPH, 2010.
- GALASSO, E. ¿Cómo aumentar la relevancia de las evaluaciones de impacto en la definición de políticas públicas? **Grupo de Investigación sobre el Desarrollo Banco Mundial**, 2002.
- GRAU, E. O conceito de “relevância pública” na Constituição de 1988. In: DALLARI, S. (org.). **O conceito constitucional de relevância pública.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 13-20, 1992 (Série Direito e Saúde, 1).
- GUBA E.G. & LINCOLN Y.S. Competing Paradigms in Qualitative Research. In: DENZIN N.K. & LINCOLN Y.S **Handbook of Qualitative Research**, Sage, Thousand Oaks, 1994, CA, pp. 105–117.
- HSU, C., LIKWANG C., YU-WHUEI H., WINNIE Y., CHEN-CHUN S., The dimensions of responsiveness of a health system: a Taiwanese perspective. **BMC Public Health** 6:72.

IZQUIERDO, C. M. I., FONDO SOCIEDAD CIVIL – BANCO MUNDIAL. **Juventud y Empleo en las Zonas Rurales de La Costa Caribe de Nicaragua Marzo 2010**. documento disponível no sítio www.bancomundial.org.br/ acessado em agosto de 2011.

MAXWELL, R. J. **Dimensions of quality revisited**: from thought to action. *Qual. Hlth Care*, 1, 171-77, 1992.

SANDELOWSKI, M., BARROSO J. Writing the proposal for a qualitative research methodology project. **Qualitative Health Research** 2003; 13: 781-820.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**. Porto Alegre, ano 8, n.16, p. 20-45, jul/dez 2006.

SUBIRATS, J. **Los servicios sociales de atención primaria ante el cambio social**. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2007.

TARANTOLA, D., GRUSKIN, S. Human Rights Approach to Public Health Policy. In: Kris Heggenhougen and Stella Quah, editors *International Encyclopedia of Public Health*, Vol 3. San Diego: Academic Press; 2008. pp. 477-486.

WITTMANN, LC. Habilitação em administração da educação: pressupostos e perspectivas. *Informativo ANPAE* , nº 3, julho/setembro, 1981, pp. 7-9.

_____. Autonomia da Escola e Democratização de sua Gestão: novas demandas para o gestor. *Em Aberto*, Brasília, v. 17, n. 72, p. 88-96, fev./jun. 2000.

_____. Administração da Educação: Pressupostos e Perspectivas para a Relevância de sua Prática. *Perspectiva*; CED, Florianópolis, 1(5). 39-50. Jul./Dez. 1985

12. O CRITÉRIO DA RELEVÂNCIA PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA GESTÃO EM SAÚDE

RESUMO

Este artigo tem por objetivo propor a relevância como um critério de avaliação da qualidade da gestão em saúde. Para isso, parte-se do pressuposto de que a relevância é o critério de base social que deve orientar as decisões estratégicas da gestão, para além das questões rotineiras, visando à ampliação do acesso, a produção da equidade e o impacto social. Este estudo foi desenvolvido por meio da hermenêutica, com base na literatura de interesse. A preocupação central na elaboração desse modelo é com sua aplicabilidade e utilização. Para tanto, propomos o critério de avaliação da qualidade, no qual a gestão pública em saúde deve possuir três atributos essenciais para que seja considerada de qualidade sob o critério da relevância: governança, produção da equidade e humanização. Para que a gestão pública em saúde tenha qualidade é necessário que ela: 1º produza *equidade*, orientada pela *ampliação do acesso e inclusão social*; 2º apresente *boa governança*, orientada para o *impacto social positivo* sobre as populações, para a *legitimidade social* e para a integração de políticas em prol da *preservação do meio ambiente*; e 3º busque a *humanização*, orientada pela *qualidade de vida* e por *ações intersetoriais de apoio*.

Palavras-chave: relevância, governança, equidade, humanização, avaliação em saúde.

RELEVANCE'S CRITERION FOR ASSESSING THE QUALITY OF HEALTH MANAGEMENT

ABSTRACT

This article aims to propose the relevance as the most important criteria for assessing the health management. For this, we start from the assumption that the relevant criterion is the social base that should guide the strategic decisions of management, in addition to routine matters, aimed at expanding access, the production of equity and social impact. This study was developed by hermeneutics, based on the literature of interest. The central concern in the development of this model is to their applicability and use. To this end, we proposed the evaluation model, in which the public health management should have three essential attributes to be considered relevant: governance, production of equity and humanity. For the relevant of public health management it is

necessary that: 1 produce equity-driven expansion of access and social inclusion; 2 provides good governance, driven to the positive social impact on people, for social legitimacy and integration policies for the preservation of the environment, and 3 seek to humanize driven quality of life and intersectoral support.

Keywords: relevance, governance, equity, humanization, health evaluation.

INTRODUÇÃO

Este estudo tem por objetivo propor a relevância como o critério político que orienta a avaliação da qualidade da gestão em saúde pública. Para isso, partimos do pressuposto de que “a relevância é o critério de base social que deve orientar as decisões estratégicas da gestão, para além das questões rotineiras, visando à ampliação do acesso, à produção da equidade e ao impacto social”.

No entanto, a consolidação da relevância, devido a sua instrumentalidade, ultrapassa a enunciação de um conceito. A relevância deve ser percebida em indicadores observáveis no cotidiano da gestão, em seus mais variados níveis, considerando os sujeitos envolvidos.

O que se pretende responder a partir deste estudo é: que atributos devem ter os indicadores para que sejam capazes de traduzir o critério da relevância para a avaliação da qualidade da gestão em saúde?

Este estudo emerge das dificuldades enfrentadas para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Obstáculos que, em grande medida, estão localizados na gestão do sistema. A descentralização transformou em gestores municipais mais de 5.000 trabalhadores da saúde - agentes decisivos na condução das políticas de saúde - uma vez que são responsáveis por grande parte das decisões (NASCIMENTO, 2007).

Matus (2005) faz uma discussão mais ampla, mas que também se aplica ao contexto do SUS, ao afirmar que a gestão pública costuma ser decepcionante, por apresentar qualidade baixa e estagnada, com grande dificuldade em apontar o alvo para os problemas mais importantes; como agravante, a ciência não parece ter produzido impacto sobre o combate dos problemas sociais ou sobre a qualidade da gestão pública (MATUS, 2005, pag.21). Outro agravante é a clássica descontinuidade das políticas públicas, como parte da própria cultura política do país.

Este estudo assume o recorte da avaliação da gestão em saúde com o objetivo de trazer uma contribuição para a gestão do SUS. Assume-se a avaliação engajada com as demandas sociais de maneira voltada à tomada de decisão.

A área da avaliação em saúde ocupa significativa abrangência e pode ser observada a partir de três ramos: avaliação clínica, avaliação epidemiológica e avaliação para a gestão. A avaliação clínica emite juízo de valor sobre procedimentos, técnicas e biomateriais, e seu objeto de estudo é o indivíduo, parte dele, ou técnicas de atenção direta ou indireta ao paciente. A avaliação epidemiológica prioriza a medição das condições de saúde das populações por meio de indicadores e índices de

saúde e/ou doença. A avaliação para gestão estuda as decisões políticas e operacionais no sentido de viabilizar o funcionamento do sistema de saúde.

No conceito de avaliação de Champagne et. al. (2009), fica explícita a preocupação com a avaliação para a gestão.

Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um **juízo de valor** sobre uma intervenção, enquanto um dispositivo capaz de fornecer informações **cientificamente válidas e socialmente legítimas** sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, fazendo com que os diferentes atores envolvidos, onde as lógicas de julgamento são às vezes diferentes, estejam aptos à tomada de decisão sobre a intervenção para que possam construir, individualmente ou coletivamente, um julgamento susceptível de se traduzir em ações” (pág. 215, negrito meu).

Para Penna Firme (1994), “as verdadeiras avaliações são aquelas que subsidiam a tomada de decisões.” (pág. 15)

Para Hartz e Ferrinho (2011), a avaliação cumpre papel fundamental para a gestão, mas que:

... sem um esforço de institucionalização por parte das estruturas governamentais, e instâncias de avaliação capazes de fomentar a informação para a tomada de decisão, todo conhecimento é mero exercício acadêmico, impotente para contribuir na melhoria dos problemas de saúde. (pág. 198).

Parte-se do entendimento de que a avaliação da gestão deve debruçar-se sobre questões passíveis de intervenção por parte da gestão. Nesse campo, é de utilidade duvidosa realizar estudos que identifiquem problemas sem atuar no sentido de sua resolução. As avaliações não devem ficar restritas a levantar dados ou situações com conteúdo de denúncia, para concluir que “o governo precisa fazer alguma coisa”, sem especificar minimamente de que maneira ou em que ponto deve ser realizada a intervenção.

A avaliação da gestão permite identificar, corrigir e por sob controle o máximo de situações que interferem na condução das políticas de saúde. É a anulação dos componentes desfavoráveis e estímulo dos favoráveis ao andamento adequado da gestão. Entretanto,

emerge o desafio de definir claramente a direção que se busca na condução das políticas de saúde. Afinal de contas, a gestão está eivada de política, de relações humanas e de um amplo leque de incertezas, criando situações de difícil consenso para a tomada de decisões. Com base nessa discussão, algumas perguntas devem definir os caminhos da avaliação: qual é a direção desejada para a questão em jogo? As ações estão direcionadas para o que se propôs? Para ir a algum lugar é preciso ter objetivos claros e explícitos, e é preciso saber como alcançá-los.

A meta da avaliação em saúde, no contexto assumido, é integrar dentro de um novo esquema, o melhor das atividades e dos recursos existentes nos programas, ações ou sistemas, modificando o que não é útil ou não está na direção política almejada e aprendendo a partir da experiência.

A avaliação para a gestão em saúde, considerada nesta pesquisa, atua em prol do SUS. E a partir da constatação da falta de uma direção clara nesse sentido, é que se coloca a proposição da relevância como critério de avaliação da qualidade da gestão em saúde.

Para clarificar a que estamos nos referindo ao falar em “critério” e estabelecer um pequeno glossário, com vistas à aplicabilidade dessa teoria em avaliações de serviços, definimos alguns termos:

Dimensão é o recorte que o avaliador escolhe para avaliar determinado objeto. Por isso, tem caráter mais abrangente que o critério e está em posição mais distante em relação ao objeto de análise se comparada ao critério.

Critério é o princípio que se toma como referência, utilizado para avaliação e que delimita o aspecto do objeto em análise. Concretiza-se com a escolha de seus respectivos indicadores.

Indicador é o fator qualitativo ou quantitativo, empiricamente ligado ao critério, que estabelece um meio simples e confiável de verificação. O conceito adotado de indicador retorna ao seu caráter mais amplo, e pode ser apenas um aspecto que “indique” a presença ou ausência de determinada política de saúde.

Atributo é o que é próprio, inerente, a um ser. São as características próprias que constituem o componente da análise - seja ele um indicador, um critério ou uma dimensão.

Medida é a verificação empírica de um indicador utilizado para avaliação da qualidade em saúde. É o aspecto, dentre os listados, que está mais próximo do objeto em análise. Verifica aquilo que o indicador definiu.

Parâmetro é a referência que determina o julgamento de valor de cada

medida.

Numa sequência lógica, a **dimensão** fundamenta um **critério** que se traduz em um ou vários **indicadores**, aferidos, cada um, por sua(s) respectiva(s) **medida(s)**. Os indicadores são caracterizados por seus **atributos**. O julgamento que define o juízo de valor é dado a partir de um **parâmetro**. A qualidade de uma avaliação é definida pela coerência interna exercida entre todos estes elementos.

MÉTODO

Este estudo foi desenvolvido por meio da hermenêutica, com base na literatura de interesse. Ele é parte de uma tese de doutorado e constitui-se na última etapa da pesquisa. Suas referências fundamentais são os textos de Benno Sander, trabalhados no primeiro artigo da tese, e a metassíntese sobre a relevância, apresentada no segundo artigo da tese. Do terceiro artigo emerge a necessidade de aperfeiçoamento do conceito da relevância, no sentido aplicado, para a avaliação dos serviços de saúde. A literatura de interesse também abrange os achados nas bases de dados sobre os atributos propostos para a relevância na avaliação da gestão em saúde.

Segundo Ayres (2005), as ciências hermenêuticas são campos do conhecimento validados por meio do acordo entre sujeitos sobre a coerência e sentido de proposições.

A hermenêutica é a arte de compreender, interpretar e traduzir conhecimentos que não estejam totalmente claros. Surgiu com a função de fornecer aos profanos o sentido de um oráculo e progressivamente foi sendo introduzida no domínio das ciências humanas e da filosofia (BESSE, BOISSIÈRE, 1998).

Para Gadamer (1997), o presente e os interesses direcionam o investigador, e o contexto e seus questionamentos evidenciam o objeto de pesquisa. O pesquisador, por sua vez, então volta sua atenção para o passado e as tradições, sendo na fusão de passado e presente que emerge o objeto de estudo.

A construção hermenêutica do conhecimento depende de significado e interpretação, perfaz um saber compreensivo, orientado pelo raciocínio conectado com a realidade e motivado por interesses práticos, considerando os conhecimentos prévios do pesquisador (Ayres, 2005).

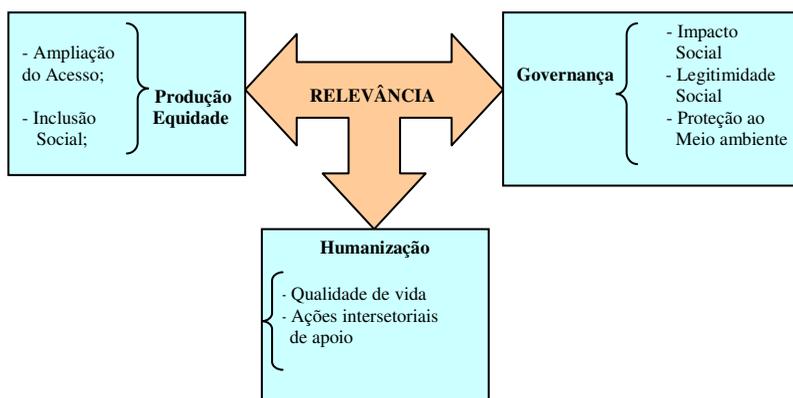
O CRITÉRIO DA RELEVÂNCIA PARA AVALIAÇÃO DA

GESTÃO EM SAÚDE

A construção propõe que o critério da relevância seja explicitado a partir de três atributos, a saber: governança, produção da equidade e humanização. Tais atributos resultaram do estudo de metassíntese desenvolvido no transcurso desta pesquisa.

Passamos agora a discutir os termos propostos, apresentados na figura 1. A abordagem possui um caráter aplicado, marcado pelas escolhas teóricas, onde não se pretende esgotar os temas ou os conceitos colocados, mas apresentar uma proposta geral, capaz de proporcionar um avanço para a avaliação da gestão em saúde pública.

Figura 1 – Critério da Relevância para avaliação da gestão em Saúde.



O CRITÉRIO DA RELEVÂNCIA

A relevância (do verbo latino *relevare*, levantar, salientar, valorizar) é o critério humanístico que mede o desempenho administrativo em termos de importância, significação, pertinência, valor. O critério da relevância serve para selecionar os objetivos da gestão pública e para definir desenvolvimento humano e qualidade de vida.

A relevância, na condição de critério de avaliação da gestão ou de referencial orientador da tomada de decisão na gestão pública do SUS, pretende ampliar o olhar sobre o campo da saúde. Essa ampliação refere-se a uma perspectiva articulada com características culturais e valores éticos que definem o desenvolvimento humano sustentável e a qualidade de vida.

Nesse sentido, a em saúde é avaliada em termos dos significados e das consequências de sua atuação para o maior impacto social e melhoria da qualidade de vida das pessoas e das populações. Essa construção só é viável se apoiada na participação dos responsáveis pela gestão, bem como dos usuários do serviço. Quanto mais participativa e democrática for a gestão, mais relevante ela será para indivíduos e grupos. É importante destacar que a relevância se refere aos indivíduos e grupos que participam do sistema de saúde e da comunidade como um todo. Sua preocupação central é o desenvolvimento humano e a promoção da qualidade de vida pautada na participação cidadã.

A relevância sugere a relação de pertinência, de ligação com alguém ou com algo. A relevância na gestão em saúde implica uma conexão entre a gestão e o impacto social por ela estimulado, resultando em qualidade de vida.

Nossa discussão busca a construção de uma matriz operacional que oriente e auxilie na tomada de decisão da gestão na área da saúde.

A relevância é o critério de base social que deve orientar as decisões estratégicas da gestão, para além das questões rotineiras, visando a ampliação do acesso, a produção da equidade e o impacto social.

GOVERNANÇA

O termo governança tem sua origem etimológica no grego *kubernan* (guia, piloto) e encontra-se associado à idéia de bom governo. Este termo emerge, segundo Diniz (1997), no final dos anos 1980 a partir de concepções em uso nas agências financiadoras internacionais, principalmente junto ao Banco Mundial, que visavam conhecer as condições propícias para um Estado efetivo¹. Esta elaboração sobre a governança tira a ênfase dada anteriormente às questões puramente econômicas da ação estatal para uma visão ampliada, que considera aspectos sociais e políticos da gestão pública.

Segundo Hermet (2005), o uso do termo governança expressa um novo enfoque da gestão pública no cenário político. Nesse novo contexto, há uma preocupação em ampliar o olhar da gestão de maneira a abranger as estruturas institucionais, as políticas, os processos decisórios e as regras formais e informais, relacionadas com temas de interesse público, como a forma com que as decisões são tomadas e como é propiciada a participação dos cidadãos.

¹ Estado efetivo, neste trecho, refere-se essencialmente ao aumento dos ganhos sociais.

Para Carrion & Costa (2010), é preciso tomar determinados cuidados ao discutir governança. O primeiro é não confundir a participação popular com substituição do Estado. O Estado deve cumprir seu dever. Não basta exigir que o governo preste os serviços públicos, é necessário uma ação mais abrangente e menos individualista do que um pedido pessoal, ou coletivo.

O termo governança possui enorme variação conceitual. Isso se deve ao seu caráter político. Dessa forma, a governança é conceituada de acordo com as concepções ideológicas e de gestão, que envolvem inevitavelmente as concepções concernentes às relações sociedade civil/Estado.

Neste estudo, foram adotadas duas concepções no intuito de propor atributos que expressem a relevância para a avaliação da gestão sob o enfoque da governança. A primeira provém dos autores do campo da Sociologia Política:

Governança é um mecanismo que busca regular as relações entre atores e organizações em torno de questões públicas em que o Estado já não monopoliza as decisões - sem, contudo, eximir-se de participar das discussões a seu respeito, não raro coordenando-as. Trata, portanto, da *regulação compartilhada da esfera pública*, uma arena para discussão da organização e da reprodução social. (CARRION & COSTA, 2010, p. 629)

A segunda, orientada para a saúde, é fruto do artigo anterior desta pesquisa:

As principais características que definem a **relevância da gestão no enfoque da governança** são: - as ações de saúde estarem sob responsabilidade do Estado; orientar os demais critérios (como eficiência, eficácia e efetividade) na tomada de decisão; produzir **impacto social** sobre os indicadores de saúde e sobre a **qualidade de vida** das pessoas; apresentar **legitimidade social**; promover o **desenvolvimento social e econômico**; considerar as **questões ambientais**, pelo **desenvolvimento sustentável** e a **promoção de ambientes saudáveis**.

A partir das concepções de governança acima, elegemos atributos capazes de refletir a relevância sob o enfoque da governança na gestão

em saúde, a saber: Impacto social, legitimidade social e proteção ao meio ambiente.

a) Impacto Social:

Apesar de os autores do campo da Saúde Coletiva utilizarem corriqueiramente os termos “impacto” ou “impacto social”, percebe-se uma debilidade na sua definição. Poucos estudos conceituam impacto social.

O artigo de Silva e Formigli (1994) considera impacto um atributo essencial da avaliação em saúde, sinônimo de efetividade ou efeito real de uma ação ou sistema de saúde sobre uma população. As mesmas autoras fazem uma pequena diferenciação, onde o impacto seria um efeito de longo prazo enquanto a efetividade, de curto prazo.

No estudo conduzido pela Unicef (1990), no estado do Ceará, o impacto foi avaliado por meio da comparação entre estudos transversais antes e depois da intervenção (UNICEF, 1990).

Ackermann e Nadanovski (1992) relacionam impacto social com redução da taxa de mortalidade e melhoria na qualidade de vida das populações.

O impacto social pode ser abordado a partir da conceituação de *responsiveness* realizada por Przeworsky (1996). Para esse autor *responsiveness* relaciona-se com a capacidade técnica de saber o que é melhor para a sociedade na tomada de decisão na gestão. Dito de outro modo, é na busca de resultados das ações que a gestão precisa tomar decisões que satisfaçam não apenas as expectativas da população, mas estejam fundamentadas no conhecimento acumulado pela saúde coletiva.

Com base no exposto, este estudo propõe o atributo impacto social como: *é a variação nos indicadores de saúde de uma população, ou das pessoas que a compõem, como resultado das intervenções. Considera a satisfação dos usuários e as subjetividades dos envolvidos nos serviços de saúde, e está pautada, prioritariamente, no campo de conhecimento da Saúde Coletiva.*

b) Legitimidade Social:

A questão da legitimidade é importante e vital para a governança. Na medida em que a governança diz respeito às ações da sociedade civil, interessa definir como se darão os processos democráticos.

A legitimidade social expressa o caráter democrático da governança. Não basta que as decisões estratégicas e a formulação das políticas de saúde tenham a participação de representantes da sociedade civil para serem consideradas legítimas; é necessário que as organizações envolvidas e seus respectivos representantes tenham legitimidade junto as suas bases.

O conceito weberiano de legitimidade defende a subjetividade desse conceito: “parte da atitude do sujeito que legitima, com respeito ao poder de legitimar, isto é, de uma crença, seja na validade do que é racional (segundo um valor ou propósito), na força da tradição ou na virtude do carisma” (BOBBIO, s/d, p. 172). Ou seja, a legitimidade deve ser construída de “baixo para cima”, a partir da aceitação de que o poder conferido é exercido e apropriado, sendo então a ação decorrente legítima.

Uma abordagem recorrente da legitimidade é a *accountability* ou responsabilidade governamental, entendida como a qualidade dos governos de estar à altura da confiança e das expectativas dos cidadãos (PRZEWORSKY, 1996).

Para Przeworsky (1996), *accountability* é a subordinação do governo ao interesse público. Desta forma, *accountability* é o reflexo do empenho do gestor em detectar e seguir o interesse coletivo tal como é expresso pela sociedade.

No escopo desta pesquisa, com base na literatura pesquisada, definimos o atributo legitimidade social como: *a capacidade que a gestão em saúde possui criar identidade com os usuários e demais envolvidos nas suas ações, a partir de processos democráticos e participativos.*

c) Proteção ao meio ambiente:

Apesar dos investimentos e do desenvolvimento da atenção em saúde no Brasil, ainda permanece o grande desafio de integrar as políticas de saúde com questões ambientais.

A proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais, o acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio ambiente produzem sobre a saúde, bem como a construção de ambientes que facilitem e favoreçam a saúde, como o trabalho, o lazer, o lar, a escola e a própria cidade, passam a compor centralmente a agenda da saúde (BUSS, 2000).

Segundo Ackermann et. al. (1996), percebe-se que existe uma grande demanda da população para que as ações de saúde possam se

voltar para o cuidado com a água, lixo, saneamento, entre outros aspectos ambientais. Segundo esses mesmos autores, é fundamental que o planejamento de políticas de saúde seja direcionado para a construção de espaços saudáveis, para que a atenção em saúde não fique reduzida aos saberes médico-científicos calcados na medicalização e na assistência curativa.

O tema da saúde em sua relação com o meio ambiente está na própria conceituação de Atenção Básica definida pelo Ministério da Saúde, “a ampliação deste conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente.” (BRASIL, 2006).

No escopo desta pesquisa, com base na literatura pesquisada, definimos o atributo proteção ao meio ambiente como: *a direção dada pela gestão em saúde no sentido de promover a integração das políticas sociais com vistas à melhoria dos ambientes naturais e de convívio social, em prol da saúde e do bem-estar humano.*

Produção da Equidade:

A produção da equidade constitui-se numa preocupação fundamental para a gestão pública em saúde devido à estreiteza de relação entre saúde e condições materiais de vida. Estas condições tem sido historicamente verificadas a partir da renda, escolaridade, inserção no mercado de trabalho, componentes sintetizados costumeiramente pelo nível socioeconômico das pessoas, das famílias ou das coletividades (ENGELS, 2008; ROSEN, 1980; SUSSER, 1998; ALMEIDA-FILHO, 2002).

Além da importância do nível socioeconômico na condição de saúde, é fundamental que os gestores considerem a relação entre o grau de desigualdades sociais e a condição de saúde dos grupos sociais (LUCHESE, 2003). Desta forma, não basta que as pessoas tenham acesso a um conjunto mínimo de bens materiais que possibilitem o provimento de sua saúde, há uma necessidade societária de que não haja demasiado acúmulo financeiro de alguns em detrimento de outros. Nesse contexto se insere o tema da equidade em saúde.

É necessário encontrar a interpretação do conceito de equidade adequado para o campo da saúde para então operacionalizá-lo em tarefas de gestão do sistema orientadas à redução de desigualdades. Segundo Duarte (2000), as opções conceituais orientam a escolha dos critérios distributivos, a escolha de indicadores para avaliar o grau de equidade e a interpretação dos resultados em relação à efetividade das intervenções.

O conceito de equidade em saúde é discutido por Whitehead (1992), segundo o qual equidade implica que idealmente todos deveriam ter a justa oportunidade de obter seu pleno potencial de saúde e ninguém deveria ficar em desvantagem de alcançar o seu potencial.

Outro importante conceito de equidade em saúde é utilizado pelo Center for Health Equity, Training, Research and Evaluation – CHETRE (2000), que sugere que pessoas diferentes deveriam ter acesso a recursos de saúde suficientes para suas necessidades de saúde e que o nível de saúde observado entre pessoas diferentes não deve ser influenciado por fatores além do seu controle. Como consequência, a iniquidade ocorre quando diferentes grupos, definidos por suas características sociais e demográficas como, renda, educação e etnia, têm acesso diferenciado a serviços de saúde ou diferenças nas condições de saúde. Tais diferenças são consideradas iníquas se elas ocorrem porque as pessoas têm escolhas limitadas, acesso a mais ou menos recursos para saúde ou exposição a fatores que afetam a saúde, resultantes de diferenças que expressam desigualdades injustas (CHETRE, 2000).

Com o objetivo de operacionalizar tarefas de gestão orientadas à equidade, recorreremos à “perspectiva da capacidade” desenvolvida por Sen (2001). Segundo a perspectiva proposta pelo autor, a realização individual e social de bem-estar nas sociedades contemporâneas deve deslocar o foco dos meios tradicionalmente utilizados para comparação, como acesso a bens de consumo e renda, para os “funcionamentos” necessários ao alcance de bem-estar, isto é, o que o aparelho estatal deve viabilizar para a realização dos indivíduos, por meio de políticas sociais.

Luchese (2003), ao analisar a teoria de Sen (2001), sugere um conceito de equidade voltado para a gestão do SUS, como,

... a igualdade de condições e oportunidades, entre todas as unidades político-administrativas da Federação Brasileira, para a realização dos “funcionamentos” e para o desenvolvimento das “capacidades” necessárias à organização e implementação de respostas eficazes aos principais problemas que afetam a população em cada local (LUCHESE, 2003, pág. 442).

Com base na proposta de Luchese (2003) propomos dois atributos fundamentais para avaliação da gestão, sob o enfoque da equidade: ampliação do acesso aos serviços de saúde e inclusão social.

a) Ampliação do acesso aos serviços de saúde:

É consenso na literatura que o acesso é uma característica da oferta de serviços importante para explicação do padrão de qualidade e utilização de serviços de saúde. Entretanto, o termo acesso é muitas vezes empregado de forma imprecisa, ele varia entre autores e que mudou ao longo do tempo (TRAVASSOS & MARTINS, 2004).

Em geral, acesso refere-se ao grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde; no entanto, é necessário que explicitemos algumas variações para alcançarmos um conceito para avaliar a gestão em saúde.

Donabedian (1973) definiu acessibilidade como um dos aspectos da oferta de serviços relativo à capacidade de produzir serviços e de responder às necessidades de saúde de uma determinada população. Para esse autor, acessibilidade é mais abrangente do que a mera disponibilidade de recursos em um determinado momento e lugar, pois ela se refere às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu potencial uso. O autor diferencia a acessibilidade em duas perspectivas: a sócio-organizacional e a geográfica.

Andersen (1995) discute acesso de maneira integrada com a utilização dos serviços. Para ele, o acesso deve ser avaliado sob duas perspectivas: “acesso potencial” e “acesso realizado”.

Para Andersen (1995), a avaliação da equidade no acesso apenas se completa e torna-se palpável se forem considerados fatores individuais para a explicação do uso de serviços de saúde. Em síntese, a presença de outros limitadores do acesso inicial ou do uso dos serviços que não sejam a necessidade de saúde e os fatores demográficos, indica uma situação de iniquidade.

A Organização Mundial da Saúde propôs para discussão um novo indicador de avaliação do desempenho dos sistemas de saúde: a “cobertura efetiva”; medida como a proporção da população que necessita de um determinado procedimento de saúde e que recebeu de forma efetiva este procedimento (WHO, 1998).

Travassos & Martins (2004), em trabalho de revisão dos conceitos de acesso e utilização dos serviços de saúde, concluem que o acesso está relacionado com o desempenho dos sistemas de saúde associada à oferta. Destacam também uma tendência de ampliação do escopo na avaliação do acesso, onde se avalia não apenas a entrada, mas a qualidade do cuidado. Apesar de relatarem esta constatação na literatura, os autores alertam para a importância de manterem-se as

distinções entre acesso e uso de serviços de saúde; acesso e continuidade do cuidado; e efetividade dos cuidados prestados. Isso porque cada um destes processos possui um modelo explicativo distinto.

Concordamos com a necessidade de manterem-se as distinções entre os momentos da atenção em saúde, pois cada etapa, seja na promoção, prevenção ou reabilitação precisa ser bem localizada para que a gestão possa atuar objetivamente em cada aspecto, planejando, avaliando e melhorando a qualidade dos serviços.

O estudo de Pinheiro, et. al. (2002) que avaliou o acesso a serviços de saúde empregou dois indicadores: 1) percentual de pessoas que procuram um mesmo serviço de saúde quando necessitam de atendimento e 2) frequência de consulta ao médico e ao dentista nos últimos 12 meses.

Com base no exposto, consideramos a ampliação do acesso um atributo de relevância para a gestão em saúde. A ampliação do acesso que consideramos refere-se à entrada nos serviços e deve ocorrer fundamentalmente, por meio de uma relação adequada entre as necessidades de saúde de cada comunidade e a quantidade e qualidade dos profissionais e recursos de saúde disponibilizados pelo sistema público de saúde. Uma política pública de saúde deve preocupar-se com a localização das unidades de saúde e com a condição de transporte para favorecer o contato do usuário com os serviços oferecidos.

No escopo desta pesquisa, com base na literatura pesquisada, definimos ampliação do acesso como: *a direção dada pela gestão no sentido de adequar a relação entre as necessidades de saúde de cada comunidade e a quantidade e qualidade de profissionais e recursos disponíveis. No mesmo sentido, proporcionar localização adequada das unidades de saúde e condição de transporte para favorecer o contato do usuário com os serviços oferecidos.*

b) Inclusão Social:

No enfoque da equidade, entendemos que é fundamental o sistema de saúde atuar não sentido da compensação de desigualdades sociais, étnicas, culturais e de saúde. Dessa forma, não é suficiente conferir apenas igualdade à alocação de recursos em saúde para os indivíduos e populações beneficiadas. É necessário que políticas afirmativas atuem no sentido de amenizar a gama de desigualdades reproduzidas pelo homem.

Tem sido adotada consensualmente a definição de Margareth Whitehead (1992, pág. 38): “iniquidades em saúde referem-se a

diferenças desnecessárias e evitáveis e que são, ao mesmo tempo, consideradas injustas e indesejáveis.”

A própria legislação que orienta o SUS preconiza a distribuição de recursos financeiros através dos seguintes critérios: (1) perfil demográfico; (2) características qualitativas e quantitativas da rede de serviços; (3) níveis de participação do setor saúde nos orçamentos; (4) perfil epidemiológico da população; (5) desempenho técnico-econômico no período anterior; (6) previsão de plano quinquenal de investimentos na rede; (7) ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo (BRASIL, 1990).

O debate entre universalização e focalização dos recursos no campo das políticas sociais, incluindo a saúde, vem sendo travado há décadas, com forte argumentação tanto de um lado como do outro. Entretanto, é necessário que sob a necessidade da inclusão social de pessoas ou grupos excluídos do acesso a um conjunto de bens sociais seja observada sob o enfoque da cidadania e da justiça social.

No caso das políticas de saúde é importante lembrar que a saúde de um indivíduo depende da saúde dos demais. Argumenta-se que, devido a esse efeito, tanto estratégias de focalização são capazes de produzir impactos universais como estratégias de universalização podem ser a forma mais eficiente de beneficiar grupos populacionais específicos (MEDEIROS, 1999).

O maior obstáculo à universalização é a escassez de recursos. O público-alvo dos programas universais geralmente é extenso, e representa uma sobrecarga para os orçamentos das políticas sociais. Quando não é possível aumentar esses orçamentos, uma das medidas para evitar essa sobrecarga é reduzir os custos dos serviços prestados, o que pode se traduzir em redução de sua qualidade. A opção pela focalização permite que se tenham serviços de qualidade para os mais vulneráveis (ESCOREL & GIOVANELLA, 2000).

Grande parte dos critérios que orientam a distribuição proporcional assentam-se em escalas de valores: “a cada um segundo o próprio merecimento” define o mérito como critério e estes são objetos de avaliação subjetiva; distribuição desigual correspondente a diferenças relevantes é um conceito avaliativo, subjetivo e valorativo que define distribuições desiguais, na tentativa de produzir justiça, visando alterar uma distribuição anterior cujo resultado foi considerado injusto (ESCOREL, 2001).

Segundo Escorel (2001), é possível reduzir desigualdades mediante políticas setoriais mesmo na vigência dos enormes e bem conhecidos desníveis sociais vigentes, onde a concentração de renda é a

situação mais emblemática. Por exemplo: políticas formais ou informais que selecionam os pacientes em função de sua condição social, situação econômica ou diagnóstico.

Com base no exposto, para uma gestão em saúde ser relevante, sob o enfoque da produção da equidade, é necessário que ela esteja orientada para a inclusão social, com base nos pressupostos de justiça social e a cidadania.

No escopo dessa pesquisa, e com base na literatura pesquisada, definimos inclusão social como: *a direção dada pelo gestor no sentido de compensar desigualdades sociais injustas e evitáveis, de maneira a priorizar a atenção aos mais necessitados.*

Humanização:

A humanização está diretamente relacionada com o que se refere aos seres humanos, aspecto comumente deixado de lado na condução de grande parte das políticas públicas. As políticas econômicas têm a equivocada meta de produzir crescimento ou estabilidade monetária, mas, em geral, são indiferentes às condições de vida das pessoas. A organização do espaço urbano, ambiente onde habita a grande maioria das pessoas, também desconsidera o bem-estar delas (BENEVIDES & PASSOS, 2005). No caso das políticas de saúde, é comum a redução de pessoas a objetos a serem manipulados pela clínica ou pela saúde pública.

O humanismo diz respeito aos ideais partilhados pelos homens bem como pelos valores em voga nas coletividades. Segundo Fortes (2004), a humanização se materializa na qualidade da Atenção em Saúde, levando em conta necessidades, desejos e interesses dos envolvidos com os serviços. A reflexão humanística enfoca problemas e necessidades sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes nos relacionamentos humanos e existentes nas ações relativas à atenção em saúde (FORTES, 2004).

Humanização na atenção à saúde é entender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidades específicas, criando condições para que tenha possibilidades para exercer sua autonomia. É tratar as pessoas levando em conta seus valores favorecendo a construção da dignidade de cada um.

Em 2003, o Ministério da Saúde apresentou uma proposta com o objetivo de expandir a humanização para além do ambiente hospitalar: a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS – HumanizaSUS.

O HumanizaSUS apresenta alguns avanços se comparado às propostas anteriores, pois incorpora no conceito de humanização, aspectos voltados para os usuários e para “cuidar do cuidador”. Neste mesmo sentido, amplia a visão da humanização quando enfatiza a necessidade da melhoria de aspectos organizacionais dos serviços de saúde. Entendemos que estes aspectos organizacionais constituem a base material da humanização, pois sem eles não há atendimento humanizado.

Segundo Campos (2005), humanizar refere-se à possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, assumindo uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, de respeito ao usuário entendido como um cidadão, e não apenas como um consumidor de serviços de saúde.

A Humanização traz à tona a necessidade de solidariedade e de apoio social, evidencia a contradição vivida pelos gestores entre a racionalidade econômica e administrativa e a construção de políticas públicas centradas na dimensão humana.

Esta pesquisa propõe dois atributos essenciais para que a gestão em saúde seja relevante sob o enfoque da Humanização, são eles: *ações intersetoriais de apoio e qualidade de vida*. Estes atributos foram pensados a partir do enfoque já definido nesse trabalho, de que a humanização é um refinamento na qualidade dos serviços de saúde; ela só aparece se o serviço exibir Governança e Equidade. Dito de outra maneira, do ponto de vista do cotidiano da gestão, é mais importante que as pessoas tenham acesso e impacto sobre sua saúde, por exemplo, para posteriormente o serviço de saúde considerar as questões culturais envolvidas com a humanização das práticas. Ou seja, no espectro da relevância, são tratados dois atributos que estão aquém do entendimento da humanização como uma ampla política pública, mas que se preocupam – vencidas as questões mais relevantes já colocadas – em estender benefícios e confortos que aumentem a dignidade e autonomia dos indivíduos.

a) Ações intersetoriais de apoio:

Segundo Campos (2004), a intersetorialidade é um processo de construção coletiva, que implica a existência de algum grau de abertura em cada setor envolvido para dialogar, em prol da qualidade de vida da população.

Porém, a intersetorialidade não deve ser pensada

como uma estratégia única e/ou definitiva a ser aplicada sobre os diferentes territórios e populações. Ao contrário, ela deve responder às necessidades de saúde de uma coletividade, mobilizando os setores necessários para isso e, principalmente, envolvendo a população no percurso do diagnóstico da situação à avaliação das ações implantadas (CAMPOS, 2004, pág. 747).

A intersetorialidade é a "articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social" (JUNQUEIRA, 1997).

Para abordar os problemas sociais, é necessário que eles sejam considerados na sua totalidade e não de forma fragmentada por apenas um setor. É insuficiente que cada política pública execute isoladamente determinada ação, sendo que os beneficiários encontram-se em um mesmo grupo social e em um mesmo espaço geográfico.

A proposta da intersetorialidade é integrar as políticas sociais. Segundo Junqueira (1997) é necessário ordenar as estruturas de poder das políticas públicas no sentido da integração das políticas sociais, pois as atuações setoriais possuem resultados muito ruins.

O entendimento de que a tarefa das políticas sociais é suprir necessidades humanas, traz à tona, mais uma vez, a necessidade de uma visão integrada onde sejam aumentadas as possibilidades de autonomia dos sujeitos.

A autonomia dos sujeitos implica em co-responsabilização pelo cuidado consigo, com os outros e com o ambiente de maneira intersetorial. A autogestão dos sujeitos sem a diminuição das responsabilidades do Estado quanto às condições de vida (CAMPOS, 2004).

O trabalho intersetorial tem sua base no conceito ampliado de saúde e nas relações que a saúde estabelece com as distintas áreas do saber. Dessa forma, tendo em vista o caráter propositivo deste escrito, a intersetorialidade encontra suas possibilidades de realização na promoção da saúde. A promoção não como panacéia que se encerra nos discursos da gestão ou da Saúde Coletiva (enquanto campo do saber), mas a promoção da saúde como ação produtora da autonomia dos sujeitos e coletividades visando a diminuição do sofrimento, o estímulo à criatividade, à solidariedade e à satisfação de necessidades e desejos das pessoas.

A promoção da saúde é uma importante resposta à medida que destaca ações intersetoriais como estratégia de enfrentamento dos problemas quanto ao meio ambiente, à urbanização, à segurança alimentar e nutricional, ao desemprego, à moradia, ao uso de drogas lícitas e ilícitas, etc (JUNQUEIRA, 1997).

Segundo Andrade (2004), há um consenso discursivo e um dissenso prático no caso da intersetorialidade. O dissenso provém da necessidade de intervenção sobre uma realidade complexa por meio de estruturas de Estado disciplinares, orientadas por gestões que são frutos de negociações político-partidárias.

Nessa perspectiva, os diversos setores das políticas sociais necessitam de possibilidades de atuação que tenham como foco a dimensão humana das relações profissionais, principalmente as associadas à autonomia, à justiça e à necessidade de respeito à dignidade da pessoa humana (BACKES, LUNARDI & LUNARDI, 2006).

Com base no exposto, propomos que a construção uma vida saudável não passa apenas pela saúde, mas pela interação das diversas políticas sociais, pela intersetorialidade, atributo conceituado como: *ação ou conjunto de ações da gestão, direcionadas para o diálogo e atuação conjunta com outras áreas sociais, no intuito de melhorar a qualidade da gestão em saúde.*

b) Qualidade de vida:

Qualidade de vida é termo muito utilizado em âmbito acadêmico e popular, sem, no entanto, possuir um entendimento unânime. Devido à amplitude do tema e a exiguidade de espaço, nossa discussão sobre qualidade de vida está alicerçada, sobretudo nos artigos de Minayo et. al. (2000), de Buss (2000) e de Sedl & Zanon (2004), o primeiro pela consistência e abrangência teórica; o segundo, pelo caráter propositivo e o último por trazer o estado da arte sobre o tema.

Segundo Minayo et al (2000), o entendimento de qualidade de vida possui, em linhas gerais, três vertentes: a primeira está relacionada com condições materiais de vida, incluindo renda, escolaridade e condições de saúde, medida a exemplo do IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), pela esperança de vida ao nascer. A segunda, inclui o desenvolvimento sustentável e questões de ordem subjetiva, que buscam o que as pessoas pensam ou sentem sobre as suas vidas. Já a terceira vertente, parte da insuficiência das abordagens anteriores para adicionar questões políticas e de direitos sociais.

Qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural (MINAYO et al., 2000).

Segundo Buss (2000) é importante observar também, que em todas as sondagens feitas sobre qualidade de vida, valores não materiais, como amor, liberdade, solidariedade e inserção social, realização pessoal e felicidade, compõem sua concepção.

Sedl & Zanon (2004) chamam a atenção para a necessária diferenciação entre qualidade de vida e estado de saúde. Eles defendem que a qualidade de vida possui um caráter mais amplo, enquanto o estado de saúde é mais restrito em termos conceituais e temporais. Os mesmos autores apresentam, com base em um estudo multicêntrico, desenvolvido em 14 países, conduzido pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1995), quatro fatores que aparecem na autopercepção sobre qualidade de vida: (a) físico – percepção do indivíduo sobre sua condição física; (b) psicológico – percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva; (c) do relacionamento social – percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida; (d) do ambiente – percepção do indivíduo sobre aspectos diversos relacionados ao ambiente onde vive.

Concordando, em termos gerais com o ponto de vista de Minayo et al (2000), entendemos a qualidade de vida como uma síntese que circunscreve fatores sociais, biológicos, ambientais e culturais. Um conceito amplo, mas que no âmbito da gestão em saúde, concordando com Buss (2000), possui na promoção da saúde sua maior possibilidade de estímulo, apesar dos reconhecidos limites.

Optamos por uma definição mais restrita, uma vez que nos referimos à gestão pública em saúde. Dito de outro modo, não é viável abordarmos o leque de questões sociais envolvidas com a qualidade de vida como uma obrigação do setor saúde; propomos um conceito que auxilie a gestão pública em saúde nas tomadas de decisão, de maneira que se leve sempre em consideração a atenção ao usuário no nível das relações humanas e da subjetividade.

Em síntese, no escopo dessa pesquisa, *qualidade de vida é a direção dada pela gestão pública no sentido de estimular o bem-estar das pessoas, produzindo a percepção no usuário, no profissional e no sistema como um todo, de que o cuidado prestado foi o melhor possível.*

Para que a gestão pública em saúde possua qualidade, sob o critério da relevância, é necessário que ela:

1º Produza *equidade*, orientada pela *ampliação do acesso* e da *inclusão social*.

2º Apresente *boa governança*, orientada para o *impacto social positivo* sobre as populações, para a *legitimidade social* da gestão e para a integração de políticas de maneira a *promover ambientes saudáveis*.

3º Busque a *humanização*, orientada pelas *ações intersetoriais de apoio* e pela *qualidade de vida* na produção da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AKERMAN, M.; CAMPANARIO, P.; MAIA, P. Saúde e meio ambiente: análise de diferenciais **Rev. Saúde Pública**, 30 (4), 1996.

AKERMAN, M. & NADANOVSKY, P. **Evaluation of Health Services — What to Evaluate?**. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 8 (4): 361-365, oct/dec, 1992.

ALMEIDA FILHO, N. et al. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive content analysis (1971-1995). **Am J Public Health**, n. 93, p. 2.037-2.043, 2003.

ANDERSEN R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **J Health Soc Behav** 1995; 36:1-10.

AYRES, J.R.C.M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva** 10(3):549-560. 2005.

BACKES D. S., LUNARDI V. L., LUNARDI W. D. FILHO. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Rev Latino-am Enfermagem** 2006 janeiro-fevereiro; 14(1):132-5

BENEVIDES R. PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** (10)3 561-571, 2005.

BESSE, J.M, BOISSIÈRE, A. **Précis de philosophie**. Paris: Nathan, 1998, p. 52-53. Disponível em:
<http://www.terravista.pt/ancora/2254/hermneut.htm>. Acesso em: 13 ago. 2003.

BOBBIO, Norberto. “A Teoria do Estado e do Poder”. In BOBBIO, Norberto. **Ensaios Escolhidos**. Sao Paulo, C.H. Cardim Editores, s/d, pp. 157-184.

BOTAZZO, C. **Unidade básica de saúde**. A porta do sistema revisitada. Bauru: Edusc, 1999.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006^a

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):163-177, 2000.

CAMPOS, G. W. S. BARROS, R. B. CASTRO, A. M. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(3):745-749, 2004.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005.

CARRION, R. M.; COSTA, P. A. Governança Democrática, Participação e Solidariedade: Entre a Retórica e a Práxis. **Espacio Abierto**, vol. 19, núm. 4, octubre-diciembre, 2010, pp. 621-640 Asociación Venezolana de Sociología Maracaibo, Venezuela.

CHAMPAGNE, F., BROUSSELLE, A., HARTZ, Z., CONTANDRIOPOULOS, A.P., & DENIS, J.L. (2009). L'analyse d'implantation. In A. Brouselle, F. Champagne, A.P. Contandriopoulos & Z. Hartz (Eds.), **L'E'valuation: Concepts et me'thodes** (pp. 225–250). Montreal: Presses de l'Universite' de Montre' al.

CHAUI, M. **Convite a Filosofia**. 13ª. ed., São Paulo: Ática, 2004.

CHETRE 2000. What is equity?, p. 4. **In An area health service taking action to achieve health for all?**. Newsletter 1. Center for Health Equity, Training, Research and Evaluation. The University of New South Wales. School of Public Health & Community Medicine, Austrália.

DINIZ, E. Governabilidade, governance e reforma do Estado: considerações sobre o novo paradigma. **RSP, Revista do Serviço Público**. 1996, v. 120, n. 2, Brasília, mai-ago.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston: Harvard University Press; 1973.

DUARTE, C. M. R. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro? **Ciência e Saúde Coletiva**. 5(2): 443-463. 2000.

ENGELS, Friedrich. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra**: segundo as observações do autor e fontes autênticas. São Paulo (SP): Boitempo, 2008. 383p.

SCOREL, S. Os **dilemas da equidade em saúde**: aspectos conceituais. Brasília, DF: OPAS, 2001. Disponível em: www.opas.org.br/serviços/arquivos. Acessado em janeiro de 2012.

SCOREL, S. & GIOVANELLA, L. 2000 **Termo de referência**.

Seminário Nacional “Reformas de Estado, Saúde e Equidade”, Rio de Janeiro, mimeo.

FORTES, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. **Saúde e Sociedade** v.13, n.3, p.30-35, set-dez 2004.

GADAMER, H. G. **Verdade e método**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis: Editora Vozes; 1997.

HARTZ, Z. & FERRINHO, P. **Entrevista com Director e Sub-Directora do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa**. Postado por Editorial em 25 de março de 2011. Disponível em www.hospitaldofuturo.org/profiles/blogs/saude-publica acessado dia 28/07/2011.

HERMET, G. (2005) “La gouvernance serait-elle le nom de l’après-democratie ? l’inlassable quête du pluralisme limité”. In: HERMET, Guy; KAZANCIGIL, Ali; PRUD’HOMME, Jean-François (Orgs.). **La Gouvernance: un concept et ses applications**. Paris: Karthala. p. 17-47.

JUNQUEIRA, L. A. P. Novas Formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Saúde e Sociedade** 6(2):31-46,1997.

LUCHESE, P. T. R. Equidade na gestão descentralizada do SUS: desafios para a redução de desigualdades em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 8(2) 439 – 448, 2003.

MATUS, C. **Teoria do jogo social**. São Paulo: Fundap; 2005.

MEDEIROS, M. Princípios de Justiça na Alocação de Recursos em Saúde. **Texto para Discussão n° 687**. Brasília: IPEA, 1999.

Minayo, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5(1):7-18, 2000

NASCIMENTO, V. B. **SUS: pacto federativo e gestão pública**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Ed; 2007.

PENNA FIRME, T. Avaliação: Tendências e Tendenciosidades. Ensaio: **Aval. Pol. Públ. Educ.**, Rio de Janeiro, v.1, n.2, jan/mar. 1994.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVA, F. ; TRAVASSOS, C.; SANTOS BRITO, A. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência&Saúde Coletiva**, 7(4):687-707, 2002.

PRZEWORSKI, A; STOKES, S. C. Citizen information and government accountability: what must citizens know to control governments? **American Political Science Association**. 1996.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro, Graal, 1980

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2):580-588, mar-abr, 2004.

SEM, A. K. 2001. *Desigualdade reexaminada*. Record. Rio de Janeiro. 301pp.

SILVA, L. M. V, FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: Limites e Perspectivas. **Cad Saude Publica** 1994; 10(1): 80-91.

SUSSER, M. Does risk factor epidemiology put epidemiology at risk? Peering into the future. **J Epidemiol Community Health**, n. 52, p. 608-611, 1998.

TRAVASSOS, C. MARTINS, M. Acesso e utilização de serviços de saude. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S190-S198, 2004.

UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância), 1990. II Pesquisa de Saúde Materno-Infantil no Ceará – PESMIC 2. Comparação de dois estudos de abrangência estadual, 1987/90. Fortaleza: Unicef/Socep/SSE-CE/HOPE. (Mimeo.)

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. **International Journal of Health Services**. 22:429-445. 1992.

WHO. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Soc Sci Med** 1998; 46:1569-85.

13. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa sintetiza o desenvolvimento dos conhecimentos cujo produto final, em seu conjunto, constitui-se em tese. Da inquietação inicial, transformada em pergunta de pesquisa, foram construídas uma hipótese e uma estratégia de construção – que indicam a metodologia e os resultados.

Ao término deste escrito, é preciso afirmar que, do ponto de vista da construção do conhecimento, trata-se de um início. Isso porque a relevância deve entrar na pauta, tanto da área acadêmica como dos serviços de saúde, para receber contribuições e críticas, e aí tornar-se uma ferramenta capaz de orientar a tomada de decisões na gestão em saúde.

Nessa visão de processo é que foi construída a tese, o que fica explícito na diferença entre os atributos da relevância nos dois últimos artigos. Na metassíntese (artigo 3) fica evidente a preocupação em enfatizar a qualidade de vida e o impacto social nos três atributos gerais da relevância, enquanto no último artigo, já com uma discussão mais amadurecida, a qualidade de vida fica relacionada apenas com a humanização e o impacto social apenas com a governança, pois percebemos que a repetição dos atributos seria de utilidade questionável para a gestão e tornaria sua aplicação confusa.

Nessa mesma linha, no artigo 3 a humanização estava em uma perspectiva de refinamento dos atributos da governança e da produção da equidade, enquanto no último artigo a humanização é colocada em um mesmo nível em relação à governança e à produção da equidade. Essa mudança se deve à recolocação da inclusão social no grupo de atributos da produção da equidade, deixando o conjunto denominado humanização mais centrado na qualidade de vida.

Os aportes teóricos e conceituais precisam ser postos à prova e legitimados pelos pares para que se tornem reconhecidos pela ciência. Este é o primeiro passo; a manutenção das diferenças relatadas acima são parte do contexto e sua crítica e debate acadêmico marcam o início do processo de consolidação – ou não – da proposta desenvolvida.

Outro desafio é produzir conhecimento voltado para a prática da gestão em saúde, há aqui outro conjunto de obstáculos, pois não basta que o produto seja direcionado para este fim, é necessário preocupar-se com a aceitação e com a apropriação que os interessados farão desse produto. Para isso é necessário que a construção desse conhecimento aconteça com base na integração serviço/universidade. Apresentar uma proposta

pronta para ser aplicada em determinado serviço, em geral tem pouca aceitação.

Dessa forma, a proposição do critério da relevância pretende uma aplicação futura nos serviços de saúde, dando-lhe uma base empírica para que a gestão construa de maneira democrática e autônoma suas próprias propostas avaliativas, pautada simultaneamente na produção da equidade, na governança e na humanização.

É a forma que esta pesquisa encontrou para contribuir com um sistema público de saúde que, sendo universal, busque a qualidade e que permita estender a todos os cidadãos brasileiros os seus princípios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. Tradução coordenada e revisada por: Alfredo Bosi, com a colaboração de Maurice Cunio et al. 2. ed. São Paulo: Mestre Jou, 1982.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (ABRASCO). Programa de Avaliação do Desempenho dos Sistemas de Saúde (PROADES). **Boletim ABRASCO**, JUN 2004.
- ALMEIDA, I.B.S. Liberalismo e neoliberalismo: fases da construção da sociedade e da economia capitalista atual no ocidente e no oriente. **Olhares & Trilha**. Uberlândia, Ano VII, n. 7, p. 47-56, 2006.
- ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, E. e GENTILI, P. (Org.). **Pós-neoliberalismo**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2003.
- ANTUNES, R. Anotações sobre o capitalismo recente e a reestruturação produtiva no Brasil. In: ANTUNES, R.; SILVA, M. A. M. (Orgs.) **O avesso do trabalho**. São Paulo: Expressão Popular, 2004.
- ARRETCHE, M.T.S; BRANT, M.C. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, Elizabeth Melo (Org.). **Avaliação de política sociais: uma questão em debate**. São Paulo: Cortez, IEE, 2006.
- AYRES, J.R.C.M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**.10(3):549-560. 2005.
- BARREIRA, M.C.R.N. **Avaliação participativa de programas sociais**. São Paulo: Veras, 2000.
- BESSE, J.M, BOISSIÈRE, A. **Précis de philosophie**. Paris: Nathan, 1998, p. 52-53. Disponível em: <http://www.terravista.pt/ancora/2254/hermneut.htm>. Acesso em: 13 ago de 2003.
- BOBBIO, N, MATTUCCI, N, PASQUINO, G. **Dicionario de politica**. 13.ed. Brasília: Ed. UNB, 2007.
- BOSI, M.L.M., UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa dos cuidados à saúde? **Rev. de Saúde Pública, São Paulo**, vol.41, no.1, 150-53. Feb. 2007.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituicao da Republica Federativa do Brasil : promulgada em 5 de outubro de 1988**. 18. ed.

atual. e ampl Sao Paulo: Saraiva, 1998 234p.

Brasil, M.S. **Ato Portaria n. 1.996/GM**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde e dá outras providências. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/pmaq_manual_instrutivo.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2011.

CARNOY, M. **Educação, economia e estado: base e superestrutura, relações e mediações**. 2a ed. São Paulo (SP): Cortez Ed.: Ed. Autores Associados, 1986. 88p.

CHAVES, M. M. **Saúde e Sistemas**. 2 ed. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 1978.

CHAMPAGNE, F., BROUSSELLE, A., HARTZ, Z., CONTANDRIOPOULOS, A.P., & DENIS, J.L. (2009). L'analyse d'implantation. In A. Brousselle, F. Champagne, A.P. Contandriopoulos & Z. Hartz (Eds.), **L'Évaluation: Concepts et méthodes** (pp. 225–250). Montreal: Presses de l'Université de Montreal.

COLUSSI, C.F. **Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal em Santa Catarina** 210 f. [Tese]. Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

CORREA, V. **Globalização e crise: o sistema capitalcrático ultrapassa o limite da exploração do trabalho**. 454 f. [Tese] - Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

DALLARI, Dalmo de Abreu. **O futuro do Estado**. São Paulo: Saraiva, 1982.

DAVOK, D.F. Qualidade em Educação. **Avaliação Campinas**. 2007; 12(3): 505-513.

DEMO, P. **Política social, educação e cidadania**. Campinas, SP: Editora Papirus, 1994.

DONABEDIAN, A. The Criteria and Standards of Quality. In: **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. Vol. II. Ann

Arbor, MI: Health Administration Press; 1982.

_____. The seven pillars of quality. **Arch Pathol Lab Med.** 1990; 114(11): 1115-1118.

FAGUNDES, H. & MOURA, A.B. Avaliação de programas e políticas públicas. **Revista Textos & Contextos Porto Alegre** v. 8 n.1 p. 89-103. jan. /jun. 2009.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. Rio de Janeiro, vol.11, n.3, p. 553-563. Jul/Set. 2006.

FERREIRA, A.B.H. **Aurélio**: o dicionário da língua portuguesa. 2.ed. Curitiba: Ed. Positivo, 2008.

FIGUEIRÓ, A.C., THULER, C., DIAS, A.L.F. Padrões internacionais dos estudos de linha de base. In HARTZ, Z., FELISBERTO E., SILVA L.M.V. (orgs). **Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 2008, p.47-70.

FLEURY, S., OUVERNEY, A.M. Política de Saúde: uma política social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p.23-64.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 6ª ed., Petrópolis: Vozes, 1988.

GADAMER H. G. **Verdade e método**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis: Editora Vozes; 1997.

HARTZ, Z.M.A. **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Fonte: Rio de Janeiro; Editora FIOCRUZ; 1997.

HARTZ, Z. & FERRINHO, P. **Entrevista com Director e Sub-Directora do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa**. Postado por Editorial em 25 de março de 2011. disponível em www.hospitaldofuturo.org/profiles/blogs/saude-publica acessado dia 28/07/2011.

HAYEK, Friedrich August von. **O caminho da servidão**. Tradução e revisão Anna Maria Capovilla, José Ítalo Stelle e Liane de Moraes Ribeiro. 5 ed. Rio de Janeiro: Instituto Liberal, 1990.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. 8ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008.

HOBOLD, Félix. **Neoliberalismo e trabalho**: a flexibilização dos direitos trabalhistas. Florianópolis, SC, 2002. 187 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Jurídicas. Programa de Pós-Graduação em Direito. Disponível em : <<http://www.tede.ufsc.br>

HOBSBAWM, Eric. **Era dos extremos**: o breve século XX: 1914-1991. Trad.: Marcos Santarrita; revisão técnica Maria Célia Paoli. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

Lei 8080 de 19/09/1990. Disponível em <http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm> .

MATUS, C. Fundamentos de planificação situacional. In: RIVERA, F.J.U. Planejamento e programação em saúde. **Um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989, 146.

MATUS, C. **Teoria do jogo social**. São Paulo: Fundap; 2005.

NASCIMENTO, V.B. **SUS: pacto federativo e gestão pública**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Ed; 2007.

NICKEL, D.A., CAETANO, J.C., CALVO, M,C.M. Modelo de Avaliação da Atenção em Saúde Bucal. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**. 2009; 9(3): 373-379.

OFFE, C. **Capitalismo desorganizado**. São Paulo: Brasiliense, 1995.

PEREIRA, L.C.B. **Reforma do Estado para a cidadania**: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional. São Paulo: Ed. 34, Brasília: Enap, 1998

PENNA FIRME, T. Avaliação: tendências e tendenciosidades. Ensaio: **Aval. Pol. Públ. Educ.**, Rio de Janeiro, v.1, n.2, jan/mar. 1994.

POULANTZAS, N. **Poder político e classes sociais**. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

RIZZOTTO, M. L. F. As propostas do Banco Mundial para as reformas do setor de Saúde no Brasil nos anos 1990. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 70, p. 140-147, maio/ago. 2005.

ROUSSEAU, J. **Os Pensadores**. São Paulo: Nova Cultural, 1997.

RAWLS, J. **Uma teoria da justiça**. Tradução de Almiro Pisetta e Lenira M. R. Esteves. – 2ª ed. - São Paulo: Martins Fontes, 2002.

RUA, M.G. (2000). **Avaliação de Políticas, Programas e Projetos**:

Notas Introdutórias. Disponível em <http://www.ena.gov.br/downloads/ec43ea4fUFAM-MariadasGraAvaliaPol.pdf>, no dia 20 de maio de 2011.

SANDER, B. **Administração da Educação no Brasil: evolução do conhecimento**. Fortaleza, Edições UFC, 1981. Série Cadernos de Administração Escolar.

_____. **Administração da educação no Brasil: é hora da relevância**. Educação brasileira, Brasília. 1982. v. 4, n. 9, 207p.

_____. **Gestão da educação na América Latina: construção e reconstrução do conhecimento**. Campinas, SP: Autores Associados, 1995. 220p.

SCARATTI, D. **Um modelo para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde no Brasil : uma aplicação a municípios catarinenses** [Tese]. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

SCRIVEN, M. **Evaluation thesaurus**. 4. ed. Newbury Park, CA: Sage, 1991.

SCRIVEN, M. The logic of evaluation. In H.V. Hansen, et. al., **Dissensus and the Search for Common Ground**. Windsor, ON: OSSA. 2007,

SILVA R.R., BRANDÃO D. **Os quatro elementos da avaliação**. São Paulo: Instituto Fonte; 2003.

SPANIOL, E. L. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política. . **A conflitividade na relação do estado, mercado e sociedade : estudo hemerográfico**. Florianópolis, SC, 2009. 439 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política.

VIACAVA, F. et. al. A methodology for assessing the performance of the Brazilian health system. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2004, vol. 9, n. 3, pp. 711-724.

VIANNA, S. M.; PIOLA, S. F.; REIS, C. O. O. **Gratuidade no SUS: controvérsia em torno do co-pagamento**. Brasília (DF): IPEA, 1998. (Texto para discussão, 587).

WEBBER, M. **Economía y sociedad**, México: Fondo de Cultura Econômica, 1944.

WIECZYNSKI, M. **Considerações teóricas sobre o surgimento do Welfare State suas implicações nas políticas sociais: uma versão preliminar**. Portal Social UFSC. 2003. Acesso em: 05/08/2006.
Disponível em: <http://www.portalsocial.ufsc.br/publicação/considerações.pdf>