



**Observatório Ibero-americano de Políticas e Sistemas de Saúde**

---

**Em Defesa dos Sistemas Universais de Saúde Sob Controle Público**

**Projeto Desenvolvimento de matriz analítica para acompanhamento dos países  
do OIAPSS: história, fundamentos e metodologia**

**Eleonor Minho Conill,**

**Coordenadora do projeto, abril 2015**

**Introdução**

O que deve ser observado num sistema de saúde? E de que modo realizar isto? A resposta a estas duas questões estão na origem do projeto que determinou o desenvolvimento de uma matriz analítica para acompanhar os sistemas de saúde os países participantes do Observatório Ibero-americano de Políticas e Sistemas de Saúde-OIAPSS. Seu início coincide com a criação do Observatório que ocorreu em Mérida, Espanha, em 2011. Este texto sintetiza a fundamentação teórica e as opções metodológicas adotadas no projeto, que podem ser consultadas com maior profundidade no Documento base que fundamenta a construção do OIAPSS<sup>1</sup> e demais materiais disponíveis em nossa página. O leitor encontrará nessa página um acervo completo da produção de conhecimento realizada durante este período que contempla

relatórios de Oficinas e Seminários, apresentações de pesquisadores e da coordenação, bibliografia de apoio e guias utilizados para orientar o trabalho.

### **1- Justificativa e fundamentos teóricos**

A noção de sistema de saúde advém da concepção da saúde como manifestação objetiva das condições de vida sendo resultante da ação inter-setorial de diferentes sub-sistemas. Corresponde ao conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pelos processos referentes ao processo saúde/doença e, que se concretizam em organizações, regras e práticas condizentes com os valores e a concepção de saúde em cada sociedade. Já os sistemas de serviços de saúde são parte do sistema de saúde e correspondem ao conjunto de atividades cujo principal propósito é promover, restaurar e manter a saúde de uma população<sup>2</sup>.

A análise desses sistemas tem mostrado a convergência de elementos comuns em função da transição demográfica e epidemiológica, pressões de custo, incorporação tecnológica e difusão de grandes diretrizes de políticas pelos organismos internacionais. Por outro lado, notam-se diferenças importantes no grau e na extensão das formas de proteção social, nos arranjos para financiamento, organização e oferta desses serviços. A existência dessa dinâmica permite que um processo de análise comparada se estruture a partir da identificação de eixos temáticos que representem interesses comuns.

A comparação é um recurso importante para identificar tendências de blocos regionais ou intervenções que contribuam para a qualidade dos serviços. Para além de comparar indicadores ou *benchmarks*, a perspectiva comparada adotada no OIAPSS enfoca a análise de temáticas e desafios no contexto da crescente internacionalização das relações sociais e de produção com suas repercussões no âmbito da saúde. Além

disso, Portugal e Espanha, países que fazem parte do OIAPSS, acumularam um conhecimento interessante na condução de sistemas nacionais com ênfase na atenção primária de saúde /APS. Mas as reformas dos sistemas de países anglo-saxões tiveram maior influência na América Latina havendo, também, pouca interação entre os países de nosso continente.

As comparações se referem, em geral, aos sistemas de serviços profissionais, havendo diversas formas para descrevê-los e analisá-los. As dimensões mais utilizadas são: grau de cobertura (universal ou segmentada); equilíbrio entre as fontes de financiamento (impostos, contribuições sociais, seguro público ou privado, pagamento direto); tipo de organização e grau de integração entre os agentes financiadores e os prestadores (número de agentes financiadores, presença de um Ministério da Saúde e/ou de um Seguro Nacional, descentralização); propriedade dos serviços (públicos, privados- lucrativos ou filantrópicos); formas de remuneração e regulação dos profissionais, especialmente dos médicos (ato, salário, capitação, maior ou menor regulação<sup>3</sup>.

A expressão *modelo assistencial* ou *modelo de atenção à saúde* tem sido, também, utilizada para caracterizar estruturas, práticas profissionais, conhecimentos, tecnologias e modos de organização do trabalho e dos serviços. Modelo assistencial e modo de produção de serviços de saúde podem ser considerados sinônimos e envolvem uma dimensão concreta (recursos financeiros, materiais, força de trabalho), tecnologias e modalidades de atenção. Para Campos<sup>4</sup>, essas dimensões se articulam constituindo uma estrutura produtiva e um discurso, que associado a um conjunto de projetos e políticas assegura sua reprodução social. Num mesmo momento histórico podem co-existir vários modelos (clínico ou epidemiológico, estatal ou privado, liberal ou

assalariado) configurando-se assim diferentes projetos tecnoassistenciais de grupos ou atores sociais em disputa.

De um modo geral, o recurso utilizado para caracterizar o contexto dos países tem sido o uso de indicadores que funcionam como aproximações (variável *proxy*) dos demais sub-sistemas sociais. Raramente as comparações exploram a existência de ações inter-setoriais como um atributo relacionado ao desempenho da qualidade do sistema de serviços. Incorporar este aspecto analítico constitui um dos desafios a ser enfrentado na continuidade das linhas de atuação do Observatório.

Uma ampla gama de possibilidades deve ser examinada na construção de um instrumento para acompanhamento dos sistemas de serviços de saúde e, isso determinou a interação com conhecimentos do campo da avaliação. Implica em escolhas entre a análise de poucas ou múltiplas dimensões, o uso de fontes primárias ou secundárias, o grau de incorporação da perspectiva dos usuários, profissionais e gestores e, o enfoque no sistema, no cuidado individual ou em ambos

A análise integrada de quatro grupos de dimensões e indicadores tem sido proposta para avaliação do desempenho dos serviços: determinantes (ambientais, socioeconômicos, comportamentais e biológicos), condições de saúde (morbidade, estado funcional, bem-estar, mortalidade), estrutura do sistema (condução, financiamento, recursos) e desempenho (efetividade, acesso, eficiência, respeito aos direitos, aceitabilidade, continuidade, adequação e segurança). A equidade é considerada uma medida transversal a todas elas.

As matrizes e propostas que vêm sendo desenvolvidas têm mostrado a importância de reconhecer a diferença entre o conceito de qualidade em nível individual e coletivo

trabalhando com aberturas relacionadas ao ciclo vital e atributos como acesso, segurança, efetividade, custo/gastos e a percepção dos usuários (*patient experience*).

Algumas instituições não governamentais também mostram alternativas com o uso de roteiros analíticos ou informes com orientação mais crítica (*Health Care Systems in Transition-HiT profile, dossiers do projeto Eurosocial salud, Informes de la Federación de las Asociaciones de Defensa de la Sanidad Pública-FADSP*)<sup>1</sup>.

Como os sistemas de acompanhamento avaliação e avaliação devem contribuir para impulsionar mudanças, vem sendo enfatizada a importância de considerar a diferença entre os níveis de análise macro (da formulação de políticas), meso (da gestão) e o micro (da prestação direta), pois implicam em distintas lógicas de ação social<sup>5</sup>.

A construção de matrizes integradas e o cuidado de captar a percepção individual e coletiva da qualidade aparecem em dois importantes projetos realizados, um na América Latina e o outro no continente europeu. O primeiro desenvolveu uma metodologia para avaliar o desempenho do Sistema Único de Saúde implantado no Brasil, a partir de 1988. Na primeira etapa desse projeto, foi realizada uma revisão das propostas existentes na OMS, na *OECD*, no Reino Unido, Canadá, Austrália e nos Estados Unidos fundamentou a proposta de uma matriz dividida em quatro grupos de dimensões e indicadores, conforme mostra o quadro 1. Em 2008 procedeu-se a uma atualização desse modelo e a terceira dimensão passou a ser o sistema de saúde, sugerindo-se a análise de dois de seus principais componentes: a condução e a estrutura (financiamento e recursos). Foram criados bancos de dados com séries históricas de indicadores que, ao serem analisados, permitiram a elaboração de um relatório analítico sobre o desempenho do sistema de saúde no país.<sup>6</sup>

O segundo projeto foi feito para estabelecer indicadores de qualidade para países da *OECD (Health Care Quality Indicators/HCQI Project)*<sup>7</sup>. Nesse caso a matriz proposta, além de incorporar dados do contexto social, econômico e organizacional, aponta para a necessidade de separar a esfera macro e micro social nos sistemas de monitoramento e avaliação. Sugere-se que o desempenho seja medido através de cinco dimensões (efetividade, segurança, *responsiveness*, acesso, custo/gastos) com relação a quatro tipos de necessidades do ciclo vital: permanecer saudável, melhorar, viver com doença ou incapacidade e enfrentar o final da vida. Estas necessidades se referem respectivamente à promoção e prevenção, as doenças agudas e crônicas e ao envelhecimento (quadro 2).

Quadro 1. Matriz com as primeiras dimensões sugeridas para avaliação do desempenho do sistema de saúde no Brasil.



Fonte:

Fiocruz, Pro-Adess<sup>6</sup>.

Quadro 2- Indicadores de Qualidade da Assistência à Saúde – HCQI, OECD, 2006.



Fonte: Arah<sup>7</sup>

Em síntese, as seguintes tendências presentes no campo da avaliação foram consideradas no projeto desenvolvimento de uma matriz analítica para o OIAPSS:

- 1- uso da análise comparada na busca de alternativas e temas de análise a serem compartilhados, padrões de referência ou *benchmarks*;<sup>5</sup>
- 2- formulação e uso de matrizes integradas;<sup>6,7</sup>
- 3- busca por indicadores que sejam sensíveis as ações setoriais;<sup>8,9</sup>
- 4- incorporação de metodologias de tipo qualitativo ou mistas;<sup>10</sup>
- 5- importância de obter posições de usuários, profissionais, gestores;<sup>11</sup>
- 6- existência de uma multiplicidade de conceitos, atributos, metodologias e modelos;<sup>12</sup>
- 7- necessidade de reconhecer a diferença entre qualidade em nível individual e coletivo e de separar a análise dos níveis macro, meso e microsocial;<sup>13,14,15</sup>
- 8- necessidade de institucionalizar os processos de monitoramento e avaliação no âmbito dos serviços.<sup>16</sup>

Além disso, em nosso caso, o desafio a ser enfrentado consistia na capacidade de propor um instrumento ou tecnologia de informação que pudesse ser suficientemente uniforme para permitir comparações e mostrar tendências, mas também flexível para incorporar especificidades dos países. Foi igualmente necessário considerar os limites impostos por importantes diferenças entre os sistemas de informações dos países. Por essa razão, além do exposto, durante a primeira etapa do projeto foram apresentadas e discutidas outras possibilidades de acompanhamento das políticas e sistemas de saúde, realizadas por Observatórios em Portugal e no Peru, que fazem parte da rede do OIAPSS.

Finalmente, no desenvolvimento de um instrumento dessa ordem também é necessário considerar: a validade de conteúdo que se refere à adequação dos conceitos ou dados em relação ao objeto que se quer medir ou intervir; a validade do critério de predição

(sensibilidade, especificidade) e a validade de construção que se relaciona com os aspectos operacionais. O percurso metodológico descrito a seguir, se estrutura a partir dessas etapas.

## **Percurso metodológico**

### **2.1- Primeiro momento: consenso sobre o instrumento, temáticas prioritárias, validação das categorias analíticas e indicadores**

Inicialmente, as atividades se concentraram no consenso sobre o instrumento e temáticas a serem priorizadas. Isto ocorreu através de dois Seminários e duas Oficinas que permitiram conhecer o estado da arte e as possibilidades de acompanhamento de sistemas de saúde em âmbito nacional e internacional (julho 2011/junho 2012).

A decisão enfocou as seguintes alternativas: Relatórios ou Informes anuais nos moldes do Observatório Português de Sistemas de Saúde (Relatório da Primavera) <sup>17</sup> e da *Federación de las Asociaciones de Defensa de la Sanidad Pública/FADSP (Informe Los servicios sanitarios de las Comunidades Autonomas* <sup>18</sup> ou , a construção de uma matriz de indicadores similar ao realizado pelo Observatorio de la Salud do Peru <sup>19</sup> e pelo PRO-ADESS<sup>6</sup>, projeto já referido.

Optou-se por uma matriz analítica semelhante à do PRO-ADESS por oferecer um modelo teórico-operacional e de programação *web* que permitiria tornar disponíveis na plataforma virtual do OIAPSS um conjunto sintético de informações quantitativas, adaptando-as conforme o surgimento de novas necessidades e temáticas específicas dos países. Trata-se de um modelo testado e desenvolvido por uma instituição pública de ensino e pesquisa brasileira cujo conhecimento poderia ser transferido para os países membros do Observatório, no âmbito de uma cooperação inter-institucional.

Houve consenso em torno de nove temáticas, algumas delas já apontadas como prioritárias na criação do Observatório<sup>1</sup>: 1-Contexto político-institucional e legal; 2-Determinantes sociais; 3- Situação da Saúde; 4- Medicalização/ complexo produtivo; 5-Financiamento; 6- Relação público/privado; 7 - Regionalização/Redes de Atenção, com enfoque na coordenação dos serviços; 8- Trabalho em APS; 9- Desempenho, com ênfase no acesso, efetividade, satisfação.

As temáticas foram distribuídas entre os pesquisadores dos países segundo suas expertises de modo a promover uma dinâmica participativa ao projeto:

1- DETERMINANTES- Núcleo Peru- *Observatório del Derecho a la Salud*- Margarita Petrerá ;

2- SITUAÇÃO DE SAÚDE- Núcleo Espanha/*FADSP*- Marciano Sanchez Bayle

3- MARCO LEGAL- Lenir Santos, Instituto de Direito Sanitário, Brasil;

4- FINANCIAMENTO- Núcleo Argentina- Ernesto Báscolo;

5- MEDICALIZAÇÃO/COMPLEXO PRODUTIVO NA SAÚDE- Núcleo Argentina- Ernesto Báscolo ;

6- RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO- Núcleo Espanha/*FADSP*- Marciano Sanchez Bayle;

7- TRABALHO EM APS- Núcleo Portugal/ Observatório Português de Sistemas de Saúde – Patrícia Barbosa;

8- DESEMPENHO- Núcleo Colômbia- Oscar Fresneda;

Decidiu-se recomendar um aprofundamento qualitativo do tema regionalização, organização de redes e coordenação dos serviços como subsídio prévio a formulação de indicadores quantitativos.

A etapa seguinte compreendeu um processo de formulação e validação do conteúdo das categorias analíticas e dos indicadores em cada uma dessas áreas. O roteiro distribuído aos pesquisadores sugeria as seguintes atividades: identificar perguntas-chaves; revisão crítica da bibliografia; confirmar a pertinência dos indicadores para o conjunto dos países distinguindo o que seria comum ou específico; elaborar fichas técnicas com conceitos, fontes e o modo de coleta identificando a possibilidade de realizar séries históricas, bem como os limites de sua comparabilidade; sugerir estimativas rápidas ou abordagens qualitativas no caso de ausência de informação.

Um conjunto de indicadores foi apresentado pelos pesquisadores responsáveis pelas áreas temáticas mencionadas para discussão e revisão de consultores externos, em uma Oficina realizada em Brasília (novembro de 2012), para fins de validação do conteúdo. As apresentações feitas pelos pesquisadores podem ser consultadas no acervo do material sobre o projeto que está disponível *on line*. Ficou decidido que a equidade e a relação público-privado seriam eixos transversais a orientar a escolha de indicadores em várias dimensões da matriz e, a temática situação de saúde seria substituída por indicadores de desempenho que permitissem inferir, de forma mais direta, os efeitos do sistema sobre essa situação. Também foi apresentado um esquema metodológico que permitisse trazer informações sobre o marco legal, uma vez que as leis e normas existentes definem a “moldura” e as principais características dos sistemas estudados: reconhecimento da saúde como um direito, papel da iniciativa privada, formas de controle social, entre outros aspectos.

Os principais aspectos levantados pelos consultores externos ao discutirem a validade do conteúdo das dimensões e indicadores sugeridos mostrou a importância dos seguintes pontos a fim de aprimorá-los:

- 1- No marco legal considerar a diferença entre lei e direito. Este implica num processo mais amplo com participação na criação de normas e controle social para garantir sua execução. A matriz terá que evoluir na direção de indicadores da efetividade do direito;
- 2- Os determinantes sociais são importantes marcadores de mecanismos intermediários de desigualdades na saúde sendo imperativo desagregá-los por gênero, renda, escolaridade, população urbana e rural, com dificuldades operacionais para o uso do conceito de classe social;
- 3- A pertinência das três correntes propostas para análise do complexo produtivo: a institucionalista que enfoca o papel regulador do Estado na disputa dos atores por recursos, a marxista que estuda a dinâmica de acumulação setorial (financiamento, indústria, serviços) e, a estruturalista segundo a qual o Estado promove a participação público-privada em inovações que geram desenvolvimento nacional. É preciso ter em mente que os sistemas universais passam a ser do interesse dos agentes privados sendo necessário mapear o modo como o excedente está circulando e sendo apropriado por setores econômicos em cada país. Observar o Estado, suas políticas de regulamentação e acordos internacionais é importante nesse sentido;
- 4- Os indicadores de financiamento devem permitir a análise do caráter redistributivo do gasto público, mas também investigar a retração desse gasto por parte dos governos centrais;

5- Ampliar o enfoque dado à APS para identificar sua centralidade nas políticas e efeitos sobre a saúde (inclusão de indicadores de condições sensíveis a atenção primária na temática desempenho).

## **2.2- Segundo momento: coleta exploratória dos indicadores e discussão do *web design* previsto para a página do OIAPSS**

A coleta exploratória ocorreu de dezembro de 2012 a abril de 2013 com apresentação dos resultados em nova Oficina, realizada em maio desse mesmo ano em Rosário, Argentina. Dos 63 indicadores propostos na I Oficina, apenas 30 mostraram viabilidade após um trabalho de coleta exploratória e discussão. Ainda assim, alguns desses indicadores necessitavam um aprofundamento complementar, conforme mostram os quadros 3, 4, 5 e 6 que integram o Relatório da II Oficina<sup>20</sup> disponível no acervo do projeto.

Diferenças nos critérios utilizados nos inquéritos nacionais sobre morbidade e serviços de saúde dificultavam a comparação de indicadores de acesso. Por exemplo, no Peru são realizados inquéritos anuais, mas essas pesquisas não incluem doenças crônicas. Dados sobre a medicamentos genéricos são disponíveis e de boa qualidade para Portugal, mas no Brasil essa informação é incipiente e poderia expressar apenas uma parcela do sistema público (Secretarias Municipais).

Para garantir a sustentabilidade da matriz e do modelo de tecnologia de gestão da informação proposto decidiu-se: priorizar bancos de organismos internacionais de acesso livre; realizar a comparação quando houvesse a informação em pelo menos três países e o indicador representasse uma abordagem inovadora da temática.

### QUADRO 3: INDICADORES DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Responsable: Margarita Petrer

INDICADOR PROPUESTO (noviembre 2012)	SITUACIÓN ACTUAL (mayo 2013)
Pobreza monetaria	<b>SE SUSTITUYE FUENTE DE PAISES POR LA DE CEPAL.</b> Porque los países podrían utilizar metodologías diferentes que pueden dificultar su comparación.
Pobreza monetaria extrema	<b>SE SUSTITUYE FUENTE DE PAISES POR LA DE CEPAL.</b> Porque los países podrían utilizar metodologías diferentes que pueden dificultar su comparación. Se consensua utilizar estos indicadores en A.L y ver cómo se procederá con España y Portugal
GINI	<b>SE SUSTITUYE FUENTE DE PAISES POR LA DE CEPAL.</b> Porque los países podrían utilizar metodologías diferentes que pueden dificultar su comparación.
Comprensión lectora estudiantil	<b>RETENIDO.</b> Todos los países cuentan con la misma fuente (OCDE)
Violencia Física contra la mujer	<b>SE ELIMINA</b> Porque varios países no producen dicha información El informe del consultor indicará dicha dificultad
Violencia Psicológica contra la mujer	<b>SE ELIMINA</b> Porque varios países no producen dicha información El informe del consultor indicará dicha dificultad
Feminicidio "Número de mujeres asesinadas por razones de género"	<b>RETENIDO.</b> Falta información sobre Colombia e Brasil
Suicidio	<b>RETENIDO.</b> Todos los países trabajan con la misma definición.
Desnutrición Crónica Infantil	<b>RETENIDO</b> para los países de A.L. España utiliza otro método y sería necesario consultar con expertos para ver si pueden compararse
Sobrepeso infantil	<b>RETENIDO.</b> Idem anterior.
Saneamiento Urbano	<b>RETENIDO.</b> % de hogares urbanos con conexión domiciliar de agua potable.
Saneamiento Rural	<b>RETENIDO.</b> % de hogares rurales con eliminación de excretas por pozo séptico o con servicio de saneamiento mejorado

Fonte:Ruiz<sup>20</sup>

Se recomienda incorporar los indicadores de: estructura demográfica; empleo: población ocupada en empleo informal y población desempleada

**QUADRO 4-: INDICADORES DE COMPLEJO PRODUCTIVO – INDUSTRIA  
FARMACÉUTICA Y FINANCIAMIENTO**

**Responsables: Ernesto Báscolo y Gabriela Blejer**

INDICADOR PROPUESTO (noviembre 2012)	SITUACIÓN ACTUAL (mayo 2013)
<i>Gasto en investigación y desarrollo (I+D) como porcentaje del PIB</i>	<b>PROFUNDIZAR e RETER</b> No es posible de ser desagregado en salud. Los países no tienen esta información. Se propone buscar información en bases nacionales y en la OCDE, mas mantê-lo pois o dado geral pode ser considerado um <i>proxy</i> do setor saúde
<i>Patentes otorgadas por United State Patentand Trademark Office (USPTO) por millón de habitantes</i>	<b>PROFUNDIZAR</b> . Idem anterior
<i>Gasto en I+D por sector de financiamiento</i>	<b>RETENIDO</b> . Base de la CEPAL.
<i>Porcentaje de facturación Industria Farmacéutica de producción nacional como% de la facturación total de salud</i>	<b>PROFUNDIZAR</b> . En este indicador no habrá información en fuentes nacionales. Se propone enviar una carta desde el OIAPSS, a cada país, solicitando esta información.
<i>Gasto total en salud como porcentaje del PIB</i>	<b>RETENIDO</b> . La OMS realiza un relevamiento anual "Global Health Indicator"
<i>Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud</i>	<b>RETENIDO</b> . Se sugiere construir un indicador para la redistribución pública, que evalúela existencia del carácter distributivo o no.

Fonte: Ruiz<sup>20</sup>

## QUADRO5: INDICADORES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Responsable: Patricia Barbosa

INDICADOR PROPUESTO (noviembre 2012)	SITUACIÓN ACTUAL (mayo 2013)
<i>Tasa de utilización global de consultas médicas en APS</i>	<b>CAMBIA</b> . Se propone un nuevo indicador "número de especialistas en APS, ver abaixo "
<i>Porcentaje de médicos de familia a ejercer actividad en unidades de APS</i>	<b>CAMBIA</b> . Se propone un nuevo indicador "Porcentaje del total de médicos que se dedican a APS", sendo usado como proxy "número de especialistas en APS"
<i>Porcentaje de enfermeros en ejercer actividad en unidades de APS</i>	<b>RETENIDO</b> . Se recomienda indagar en el Observatorio de Recursos Humanos de la OPS
<i>Proporción de usuarios referenciados para consulta hospitalaria</i>	<b>SE RETIRA</b> ESTE INDICADOR POR FALTA DE INFORMACIONES EN LOS PAÍSES DE A.L
<i>Porcentaje de recién nacidos con por lo menos una consulta médica de vigilancia en los primeros 28 días de vida</i>	<b>SE RETIRA</b> ESTE INDICADOR
<i>Porcentaje de niños con PNV total cumplido hasta los 2 años</i>	<b>CAMBIA</b> . Se propone un nuevo indicador "Porcentaje de niños con PNV total cumplido"
<i>Porcentaje de mujeres entre 50 y 70 años con mamografía realizada en los últimos 2 años</i>	<b>CAMBIA</b> . Se propone un nuevo indicador "Porcentaje de mujeres con mamografía realizada según recomendación del país"
<i>Porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer</i>	<b>RETENIDO</b> . Todos los países tienen esta información
<i>Porcentaje de usuarios satisfechos</i>	<b>PROFUNDIZAR</b> . Se cuestiona este indicador, sin embargo no se lo deja de lado sino que se señala que es un tema complejo que debe ser mejor pensado para abordarlo
<i>Proporción de internaciones por enfermedad cerebro-vascular de la población residente con menos de 65 años</i>	<b>PROFUNDIZAR</b> . Se acuerda ver si existe información en los países.

Fonte: Ruiz.<sup>20</sup>

## QUADRO6: INDICADORES DE DESEMPEÑO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Responsable: Oscar Fresneda

INDICADOR PROPUESTO (noviembre 2012)	SITUACIÓN ACTUAL (mayo 2013)
<i>Cobertura de la atención médica en caso de enfermedad o accidente en los últimos 30 días</i>	<b>PROFUNDIZAR</b>
<i>Cobertura de la atención prenatal (al menos consultas)</i>	<b>PROFUNDIZAR</b> . Habría que ver si se necesita un indicador adicional para la calidad de la atención y no sólo la cobertura. Ver comparabilidad entre países ibéricos y latinoamericanos
<i>Porcentaje de partos atendidos por personal calificado de salud</i>	<b>RETENIDO</b> . Información existente en todos los países.
<i>Proporción de niños vacunados contra Difteria, Tétanos y Tos Ferina</i>	<b>RETENIDO</b> . Información existente en todos los países.
<i>Consulta médica en los últimos 12 meses (%)</i>	<b>PROFUNDIZAR</b> . Se requieren nuevas exploraciones para mayor cobertura en los países
<i>Consulta odontológica en los últimos 12 meses (%)</i>	<b>PROFUNDIZAR</b> . Se requieren nuevas exploraciones para mayor cobertura en los países
<i>Hospitalización últimos 12 meses</i>	<b>PROFUNDIZAR</b> . Se requieren nuevas exploraciones para mayor cobertura en los países (Brasil, Colombia, España y Portugal tienen información)
<i>Camas hospitalarias</i>	<b>RETENIDO</b> . Información existente en todos los países.
<i>Mediana de la disponibilidad y razón de precios de determinados medicamentos genéricos</i>	<b>PROFUNDIZAR</b> . Sólo 3 países del OIAPSS tienen esta información y es discontinua.
<i>Aseguramiento en salud (sí-no)</i>	<b>SE RETIRA</b> ESTE INDICADOR POR SU AMBIGÜEDAD
<b>Indicadores de los ODM:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Tasa de mortalidad infantil</i></li> <li>• <i>Tasa de mortalidad en menores de 5 años</i></li> <li>• <i>Tasa de mortalidad materna por 100 000 nacidos vivos</i></li> <li>• <i>Prevalencia estimada de VIH/SIDA entre adultos de 15-49 años</i></li> <li>• <i>Tasa de incidencia de Tuberculosis</i></li> </ul>	<b>RETENIDOS</b> . Todos los países cuentan con información comparable.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Tasa de éxito en el tratamiento bajo observación directa (DOTS) de nuevos casos de tuberculosis pulmonar</i></li> <li>• <i>Porcentaje de partos por cesárea</i></li> </ul>	<b>RETENIDOS</b> . Todos los países cuentan con información comparable

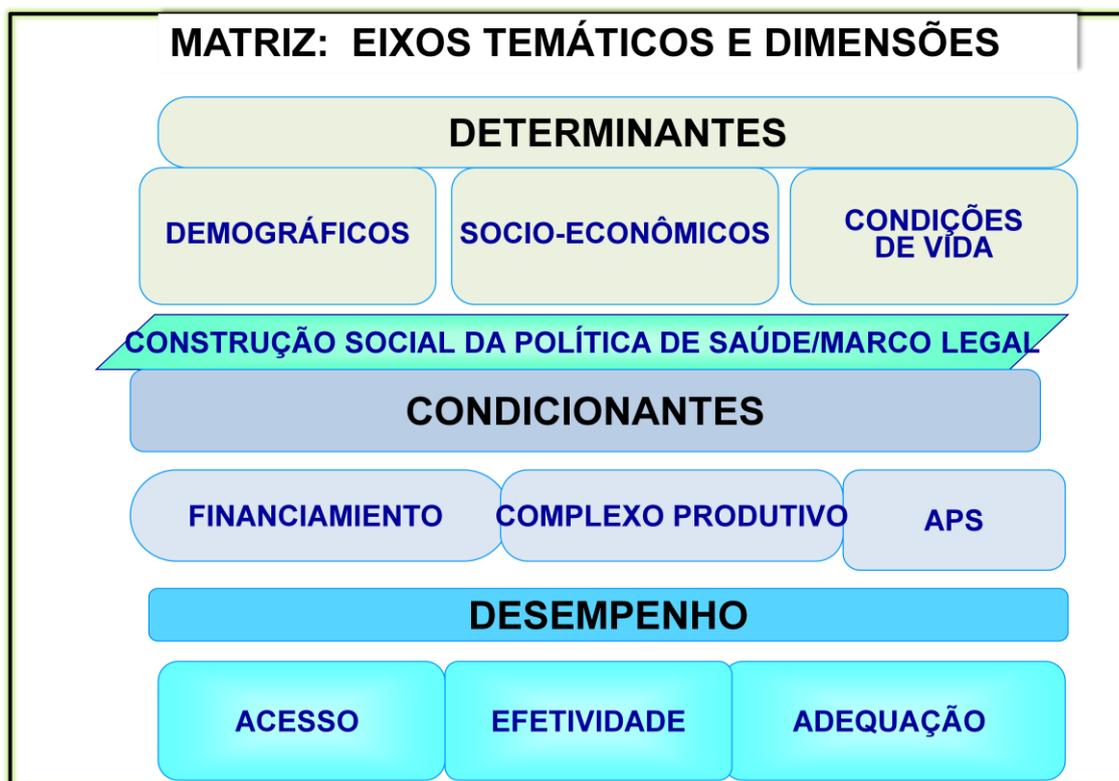
Fonte; Ruiz.<sup>20</sup>

Ainda nesta Oficina, houve a apresentação de um primeiro protótipo do *web design* e da programação que permitiria o acesso na página do OIAPSS ao conjunto de documentos referentes ao projeto, a matriz conceitual e a matriz de indicadores. Estariam disponíveis os metadados (fichas técnicas) e os dados para construção de gráficos comparativos entre os países, conforme período de abrangência e possibilidades de desagregação do indicador.

### **2.3-Terceiro momento: revisão, criação e complementação dos bancos de indicadores e de suas fichas técnicas**

Esta etapa ocorreu no período maio a dezembro de 2013, sendo realizada pela coordenação, equipe técnica do ICICT/FIOCRUZ, em interação com os pesquisadores sempre que necessário. A matriz foi estruturada em torno de quatro grandes áreas temáticas e suas dimensões, conforme mostra a figura 1: determinantes, construção social da política de saúde, condicionantes e desempenho.

FIGURA1: Modelo sugerido para matriz analítica do OIAPSS



Fonte: Conill et al <sup>21</sup>

Na primeira etapa deste momento foram construídos bancos de dados com séries históricas de indicadores conforme dimensões e sub-dimensões dos blocos temáticos que permitiam uma abordagem quantitativa:

- 1- **Determinantes**– demográficos (**estrutura, razão de dependência**), socioeconômicos (**renda, trabalho, desigualdade, educação**), condições de vida (**nutrição, saneamento, violência, saúde mental, mobilidade urbana**);
- 2- **Condicionantes**- Complexo produtivo (**desenvolvimento e inovação, medicalização, incorporação tecnológica, balança comercial**), financiamento (**caráter redistributivo, segmentação, composição público-privado**); APS (**força de trabalho**);

**3- Desempenho: Acesso (cobertura, oferta de recursos), efetividade (mortalidade evitável e por condições sensíveis a APS, morbidade evitável, programas marcadores), adequação (procedimentos não esperados).**

Os quadros 7, 8 e 9 mostram os indicadores desenvolvidos ou em processo de revisão nesta etapa do projeto.

## QUADRO 7- DIMENSÕES E INDICADORES DA TEMÁTICA DETERMINANTES SOCIAIS

DIMENSÃO	SUB-DIMENSÃO	INDICADOR	FONTE, PAÍSES <sup>1</sup> , PERÍODO
<b>1-DEMOGRÁFICA</b>	1.1. Estrutura	% pop: 15 a 65 , < 15 15 a 65, > 65 anos	OMS. Banco mundial 2000- 2011
	1.2- Razão de Dependência	0 a 14 e > 65 / 15 a 64 anos	
<b>2-SOCIO-ECONOMICA</b>	2.1-Renda	% pop- linha pobreza % de informalidade	Argentina, Brasil, Colômbia Peru, Paraguai. Banco Mundial , 2004-2011
	2.2- Trabalho	Índice de Gini	
	2.3- Desigualdade	Índices PISA (leitura, ciências, matemática)	CEPAL, 2000-2012
	2.4- Educação	% desnutrição ≤ 5, % sobrepeso ≤ 5, % sobrepeso > 15, % sobrepeso > 15 O, % sobrepeso > 15 anos Q	Banco Mundial. 2000-2010  OECD - 2000-2009
<b>4- CONDIÇÕES DE VIDA</b>	3.1- Nutrição		OMS. 2000- 2010
	3.2-Saneamento	%pop acesso a inst. saneamento adequadas: rural, urbana	
	3.3- Violência e saúde mental	Taxa de mortalidade para homicídios Feminicídios Suicídios	OMS/UNICEF. 2000- 2010  OMS. 2000- 2010
	3.4- Mobilidade urbana	Taxa de mortalidade por acidentes de transporte	OMS. 2000- 2008.  OMS. 2000-2008.

<sup>1</sup> Assinalados quando o indicador não cobre todos os países participantes;  
PISA- *Programme for International Student Assessment*

## QUADRO 8- DIMENSÕES E INDICADORES DA TEMÁTICA CONDICIONANTES

DIMENSÃO	SUB-DIMENSÃO	INDICADOR	FONTE, PAÍSES <sup>2</sup> , PERÍODO
<b>1-COMPLEXO PRODUTIVO DA SAÚDE</b>	1.1.Desenvolvimento e Inovação (I+D)	Gasto %PIB, Gasto bruto privado, privado não lucrativo, público Gasto bruto setorial com educação superior % de patentes: tecnologia, produtos farmacêuticos	OECD, Argentina, Portugal, Espanha, 2004-2011
	1.2. Medicalização	Gasto farmacêutico público e privado per capita	WIPO, 1997-2011 OMS, 2000-2010
	1.3. Incorporação tecnológica	Tomógrafos , Mamógrafos /1000 hab.	Em revisão
	1.4 - Balança Comercial	Exportação/importação de produtos farmacêutico(US\$ milhões), Superávit / Déficit (US\$ milhões)	OMC, 2008 - 2012
<b>2-FINANCIAMENTO</b>	2.1 Capacidade Redistributiva	Pressão tributária sobre o PIB Fontes fiscais sobre gasto total	
	2.2 Descentralização/ Alocação	Participação sub-regional no gasto total com saúde	
	2.3 Segmentação	Brecha entre gastos dos regimes de seguro não redistributivos e do setor público	Em revisão
	2.4 Influência da Composição Público-Privada	Participação do gasto privado/gasto total e sobre o PIB	
<b>3-ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE</b>	3.1 Recursos Humanos	% especialistas APS/ total MD, Especialistas APS/hab., % MD-APS/total de médicos % ENF APS	Brasil, Espanha, Portugal, fontes (governamentais, Conselhos), período em revisão

<sup>2</sup> Assinalados quando o indicador não cobre todos os países participantes;  
WIPO: World International Property Organization

## QUADRO 9- DIMENSÕES E INDICADORES DA TEMÁTICA DESEMPENHO

DIMENSÃO	SUB-DIMENSÃO	INDICADOR	FONTE, PERÍODO <sup>4</sup>	PAÍSES
1- ACESSO	1.1. Cobertura	% 4 consultas pré-natal	ONU/ODMI Argentina, Brasil, Colômbia, Peru, Paraguai 2000-2011	
		% partos assistidos pessoal qualificado	BANCO MUNDIAL Argentina, Brasil, Colômbia, Peru, Paraguai 2000-2010 BM, OMS, OECD	
		% cobertura vacinal DPT menores de 1 ano	2000-2011	
		% mamografia critério país	<b>Em revisão</b>	
	% Papanicolau critério país			
	1.2- Oferta de recursos	Leitos/1000 hab.	2000-2012	

<sup>3</sup> Países mencionados apenas quando o indicador não cobre todos os participantes;

<sup>4</sup> Há variação entre os países, com ausência de dados para alguns anos e, informações advindas de inquéritos nacionais podem ser quinquenais em alguns casos;  
Siglas utilizadas: UNITED NATIONS STATISTICS DIVISION-UNDS,

**.Quadro 9- INDICADORES DA TEMÁTICA DESEMPENHO (continuação)**

DIMENSÃO	DIMENSÃO	SUB-DIMENSÃO	FONTE, PAÍSES PERÍODO
2- EFETIVIDADE	2.1- Mortalidade evitável	Mortalidade infantil, ≤ de 5 anos, materna, infantil por doença diarréica e infecção respiratória aguda; mortalidade por doenças isquêmicas do coração, cerebrovasculares, diabetes mellitus	OMS, 2000 - 2011.
	2.2- Morbidade evitável	% baixo peso ao nascer Taxa de prevalência SIDA <sup>5</sup> 15-49 anos;	OMS, 2000- 2011. OMS,1990, 2000 , 2011
	2.3-Programas intervenções marcadoras	Taxa de incidência e tuberculose/ 100.000 hab.  Proporção de êxito no tratamento de novos casos de tuberculose pulmonar-DOTS <sup>6</sup>	OMS,2002, 2004, 2008  OMS, 2000 e 2011.
3- ADEQUAÇÃO	3.1- Procedimentos não esperados	partos cesáreos	OMS, 2000-2012

<sup>5</sup> Síndrome de Imunodeficiência Adquirida,

<sup>6</sup> DOTS- Directly Observed Short-time Treatment Strategy

## **2.4- Quarto momento: apresentação dos resultados parciais , validação junto aos Núcleos e *ajustes do web-design***

Esta etapa do projeto estendeu-se de fevereiro de 2014 a junho de 2015. No processo de construção dos bancos, uma série de ajustes adicionais se mostrou necessária: atualização dos períodos em função do tempo prolongado do projeto, mudanças ou acréscimos de indicadores, substituição de fontes de dados para melhor validade e sustentabilidade da matriz.

Em junho de 2014, durante o XXX Congresso do CONASEMS realizado em Vitória (Espírito Santo, Brasil), ocorreu a III Oficina do projeto para fins de apresentação dos resultados parciais que haviam sido obtidos, submetendo-os a uma primeira etapa de validação junto aos representantes dos Núcleos. Após a apresentação do modelo já num *site* provisório, constituíram-se grupos de trabalho segundo os eixos temáticos da matriz e por dimensões que ainda apresentavam problemas para construção dos bancos, como foi o caso da APS. Das recomendações dessa Oficina é importante destacar:

- na área temática dos condicionantes a inclusão do gasto público e privado como % do PIB; melhora dos conceitos operacionais nas fichas técnicas, tais como, gasto em saúde, gasto farmacêutico, tecnologias médicas; abrir uma observação no gasto governamental especificando que incluía seguros públicos, que não é um gasto redistributivo; calcular indicador de gasto redistributivo, se possível; revisar dados da balança comercial que sugeriam inconsistência;

- nos indicadores de APS complementar com um indicador que pudesse expressar a relação equipe/profissionais por habitantes. No entanto, dada a grande variabilidade no entendimento do que sejam práticas de APS, indicou-se o envio de uma ficha a ser

preenchida por cada país, composta pelos seguintes itens: constituição das equipes básicas de APS-(quem são os profissionais que integram estas equipes?), definição das especialidades médicas que atuam em APS, tipos (níveis) de formação dos enfermeiros que atuam em APS, número de especialistas em medicina familiar/comunitária, número total de médicos em atividade no país, número de médicos no país atuando em APS, número de especialistas em medicina familiar atuando em APS, número total de enfermeiros universitários em atividade no país, número de enfermeiros universitários atuando em APS, apontando-se em todos esses itens as fontes e a bibliografia para consulta.

Na continuidade, este trabalho foi realizado por Portugal e pelo Brasil, o que possibilitou um aprofundamento sobre a viabilidade da construção de séries temporais de indicadores nesta área temática. Concluiu-se que será necessário um desdobramento posterior, uma vez que requer o uso de bases nacionais e pesquisas complementares sobre o tema.

Nesse momento, um estudo da completitude da matriz mostrou que não foi possível obter dados de 63 dos 72 indicadores previstos, o que representava quase 90 % do universo dos dados pretendidos. No entanto, é necessário considerar que 44% ou 32 desses indicadores disponibilizavam dados comparativos parciais, pois as séries temporais não cobriam todos os países ou apresentavam descontinuidade em alguns anos. Havia nove indicadores (13%) considerados “**Em Desenvolvimento**” e que foram suprimidos na versão final da matriz. Tratava-se de indicadores sugeridos pelos pesquisadores sobre os quais não foi possível obter dados. Havia a idéia inicial de mantê-los a fim de dar visibilidade a sua importância, quer pelo caráter inovador (feminicídios) ou por serem informações que já deveriam estar em bases internacionais (mamógrafos/hab., tomógrafos/hab, cobertura do câncer cérvico-uterino, entre outros).

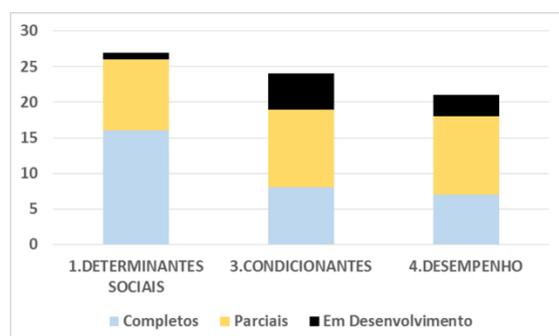
A tabela 1 e a figura 2 apresentam o panorama encontrado e, que tem pouca diferença com a situação de completitude obtida ao final do projeto. .

**Tabela 1. Distribuição da completitude dos indicadores por dimensão da matriz OIAPSS, fevereiro de 2015.**

Tema	Total de Indicadores	Completos	Parciais	Em Desenvolvimento
1.DETERMINANTES SOCIAIS	27	16	10	1
3.CONDICIONANTES	24	8	11	5
4.DESEMPENHO	21	7	11	3
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>31</b>	<b>32</b>	<b>9</b>

Fonte: [www.teste-oiaps.icict.fiocruz.br/matriz.php?ling=2](http://www.teste-oiaps.icict.fiocruz.br/matriz.php?ling=2) (Acessado em 07/02/2015)

**Figura 2. Distribuição da completitude dos indicadores por tema da Matriz OIAPSS, fevereiro de 2015.**



Fonte: [www.teste-oiaps.icict.fiocruz.br/matriz.php?ling=2](http://www.teste-oiaps.icict.fiocruz.br/matriz.php?ling=2) (Acessado em 07/02/2015)

Após a realização de novos ajustes, um conjunto de materiais foi enviado para os pesquisadores e/ou participantes dos Núcleos dos países para auxiliar na fase final de validação e análise de inconsistência. Compunham esse conjunto:

1- relatórios com os dados consolidados (infográficos e fichas técnicas) já preparados a partir do link da matriz para cada indicador separado por temas (material em pdf) ;

2-um guia de navegabilidade para a criação própria de gráficos a partir do link,

<http://teste-oiapss.icict.fiocruz.br/matriz.php?ling=2> , caso fosse necessário;

3-planilha em EXCEL para sistematizar esse trabalho de validação.

O *web-design* também passou por mudanças nessa etapa do projeto, produzindo-se um *lay out* que pudesse ser mais atrativo para o usuário. Ficou ainda acertado a existência de cinco itens no “menu” da página da matriz: **SOBRE A MATRIZ, MATRIZ CONCEITUAL, BUSCA, DOCUMENTOS E PRODUTOS**. No primeiro estará este texto síntese que descreve a história, fundamentação, metodologia do projeto, considerações finais e propostas para continuidade; o segundo mostra todos os componentes da matriz com os conceitos das áreas temáticas e dimensões , com a justificativa para escolha dos indicadores, apoiada em revisão bibliográfica; no terceiro aparecem as orientações para navegabilidade e criação de gráficos; o quarto consiste num acervo composto por apresentações feitas pelo coordenador e pesquisadores ao longo do projeto, relatórios de pesquisa e Oficinas e bibliografia de apoio; no quinto estarão os infográficos e outros materiais analíticos, tais como o Relatório final, com tratamento comunicacional adequado para que sirvam aos públicos que o OIAPSS pretende atingir ( movimentos sociais, Conselhos, gestores).

A seguir, apresentamos uma listagem dos complementos, ajustes e atualizações que foram realizados nas dimensões, sub-dimensões e indicadores nesta etapa de finalização do projeto e que corresponde a versão disponível *on line* .

**TEMÁTICA DETERMINANTES:**

- 1- Dimensão demográfica- ajuste no período da série temporal: 2000-2011;
- 2- Dimensão socioeconômica e condições de vida-
  - atualização da série temporal e/ou ajuste das fontes: % população abaixo da linha da pobreza( 2004-2010); indicadores da sub-dimensão nutrição (2000-2011); saneamento (OMS/UNICEF, 2000-2011); taxa de mortalidade por homicídios (2000-2011), suicídios e acidentes de transporte (2000-2010);
  - acrescentado o indicador PIB/capita na sub-dimensão renda, Banco Mundial/OECD, período 2000-2013; taxa de desemprego na sub-dimensão trabalho, CEPAL/Eurostat, período 2000-2013; anos de escolaridade esperados para crianças que ingressaram na escola na sub-dimensão educação, UNESCO, período 2000-2003;

**TEMÁTICA CONDICIONANTES:**

Dimensão complexo produtivo da saúde:

- ajuste e atualização no período do indicador % de patentes de tecnologia médica e produtos farmacêuticos, da sub-dimensão Desenvolvimento e inovação (2000-2012);
- substituição dos indicadores tomógrafos e mamógrafos por 1000 habitantes pelos indicadores acelerador linear para tratamento de cancer por 1 milhão de habitantes e unidades de radioterapia por 1 milhão de habitantes. Conforme explicitado na ficha técnica, estes indicadores necessitam de maior tempo para que possam evidenciar mudanças da incorporação tecnológica que possibilitam melhorar o acesso. Por outro lado, ao contrário dos que

havam sido previstos, são indicadores apresentavam viabilidade pois a informação é monitorada pela *International Atomic Energy Agency /IAEA*;

Dimensão financiamento:

- reformulação das sub-dimensões que passaram a ser apenas duas: gasto setorial e composição público-privada;
- indicadores selecionados no gasto setorial: recursos externos como % do gasto em saúde, gasto em saúde como % do PIB, gasto total do governo como % do gasto governamental;
- indicadores na composição público-privada: gasto privado como % do gasto total, gasto individual direto como % do privado, gasto com planos privados como % do gasto, gasto público como % do gasto total;

## **TEMÁTICA DESEMPENHO**

Dimensão acesso

- atualização da série temporal e/ou ajuste das fontes: cobertura de consultas pré-natal , ONU/ODMI (2000-2012), % partos assistidos por pessoal qualificado, Banco Mundial (2000-2012);

Dimensão efetividade

- atualização da série temporal e/ou ajuste das fontes: mortalidade infantil, menores de 5 anos e materna, Inter Agency Group for Child Mortality estimates/IGME; mortalidade por doenças isquêmicas, do coração, crebrovasculares, Eurostat (2000e 2010); % de baixo peso ao nascer , OECD/OPAS (2000-2011), taxa de prevalência de SIDA, OPAS/Eurostat

(2000-2012), proporção de êxito no tratamento de novos casos de tuberculose pulmonar/DOTS, OMS;

- acrescentados os indicadores mortalidade neo-natal e pós-neo-natal na sub-dimensão mortalidade evitável.

### **3- Considerações finais e propostas para continuidade:**

Num levantamento sobre os Observatórios da área da saúde foram identificados cem portais, dos quais trinta pertenciam a América Latina e Caribe. No entanto, a maior parte deles se concentrava no acompanhamento de determinadas temáticas ou de grupos específicos<sup>1</sup>. A matriz desenvolvida para o OIAPSS propõe uma abordagem integrada que inter-relaciona quatro grandes áreas (determinantes, construção social da política de saúde, condicionantes, desempenho), além de incorporar nós críticos pouco explorados em matrizes desta ordem, tais como, relação público-privado, complexo produtivo da saúde, força de trabalho em APS).

No entanto, trabalhar com países de um bloco geo-político e cultural cujos sistemas de saúde não tem sido objeto de estudos comparados trouxe desafios adicionais a complexidade já inerente a este tipo de pesquisa (6). Portugal e Espanha integram os bancos de dados da *Organisation for Economic Co-operation and Development /OECD* enquanto os demais países da América Latina participam dos *Indicadores e Dados Básicos da América*. Há um empenho técnico no tratamento dessas bases com limpezas anuais de indicadores com problemas de validade e acréscimo de outros por novas necessidades. No caso da América Latina, além da padronização dos dados de mortalidade que permite comparações, são também feitas correções através de estimativas de sub-registro e de causas mal-definidas. Também na *OECD*, há preocupação com o que denominam de *meta data*, ou seja, a

“informação acerca da informação”, com um trabalho de uniformização de conceitos, modo de cálculo e de coleta dos indicadores.

No entanto, para além de questões relacionadas à validade dos dados, a análise dessas bases mostra que os sistemas de informações refletem as garantias de direitos e o modo de organização dos sistemas. Assim, na base da *OECD* foi introduzido um número maior de indicadores para monitorar desigualdades no acesso, qualidade dos cuidados, saúde mental, envelhecimento da população e consumo de medicamentos, entre outros. Estes temas deveriam ser gradativamente incorporados aos sistemas de informações dos países latino-americanos.

A análise dos resultados do desenvolvimento da matriz mostra que a área temática dos determinantes sociais foi aquela onde foi possível obter o maior grau de completitude de indicadores. Mas, foi necessário modificar e adaptar alguns dos indicadores previstos devido à dificuldade nas fontes de dados, principalmente em áreas temáticas e dimensões que propunham enfoques inovadores (complexo produtivo da saúde, financiamento, atenção primária).

Embora a APS tenha sido selecionada como uma das dimensões que condicionam o desempenho dos sistemas de saúde devendo ser acompanhada, não foi possível obter dados que viabilizassem uma comparação entre os países iberoamericanos . Os recursos humanos foram considerados um marcador importante da implementação dessa política, mas será necessário um desdobramento específico do estudo a fim de aprimorar esta importante dimensão analítica (uniformização de conceitos, fontes para coleta de dados secundários). Essa tarefa deveria ser objeto de maior atenção daqueles que organizam os atuais sistemas de informações. É surpreendente que num tema enfocado por organismos internacionais, objeto de políticas governamentais e de inúmeros estudos acadêmicos durante várias

décadas, ainda permaneçam questões conceituais e operacionais que dificultam seu acompanhamento de um modo objetivo.

Conforme sugestão referendada na III oficina do projeto, o conjunto de dados coletados no projeto matriz deverá subsidiar a elaboração de um relatório analítico sobre as tendências dos sistemas de saúde, a ser publicado a cada dois anos. Este relatório irá incorporar bibliografia oriunda de outros estudos ou relatórios internacionais, estabelecendo um diálogo crítico que possa contribuir para melhorar a qualidade das informações obtidas.

A sistematização desse primeiro conjunto de indicadores quantitativos mostrou a necessidade de uma adequação da diretriz do OIAPSS de “não fazer mais do mesmo” em função das atuais fontes disponíveis. Será necessário “fazer o melhor com o mesmo”, enquanto contribuimos promovendo formas complementares para agregar conhecimento em torno dessas temáticas. A convergência de informações num sistema dinâmico dessa ordem poderá potencializar complementos com estudos e discussões qualitativas, revisões sistemáticas e uma maior interação com centros de ensino e pesquisa. Este é um caminho imprescindível na continuidade da gestão do conhecimento pretendida pelo OIAPSS.

### **Referências bibliográficas**

- 1- Observatório Iberoamericano de Políticas e Sistemas de Saúde/OIAPSS. Documento base. [www.oiapss.org](http://www.oiapss.org) (acessado em 14/Abril/2015).
- 2- - Lobato LV, Giovanella,L. Introdução à Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde. Curso à Distância de Aperfeiçoamento em Metodologias de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: Escola de Governo/Ensp/Fiocruz e Rede de Investigação em Sistemas e Serviços de Saúde; 2006.

- 3- Conill EM. Sistemas comparados de saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Junior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/Fiocruz; 2012. p. 596.
- 4- Campos GWS. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: HUCITEC; 199
- 5- Conill E. A Análise comparada na avaliação de serviços e sistemas de saúde. In: Campos RO, Furtado JP. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde. Campinas: UNICAMP; 2011. p 159-84.
- 6- Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Projeto Desenvolvimento de metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro - PRO-ADESS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003 [acesso em 2015 Março 17]. Disponível em: [www.proadess.icict.fiocruz.br/](http://www.proadess.icict.fiocruz.br/)
- 7- Arah OA, Wespert GT, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. Int J Qual Health Care. 2006 Sep [acesso em 2015 Março 17];18(1): p 5-13. Disponível em: [http://intqhc.oxfordjournals.org/content/18/suppl\\_1/5.full.pdf+html](http://intqhc.oxfordjournals.org/content/18/suppl_1/5.full.pdf+html)
- 8- Hussey PS, Anderson GF, Osborn R, Feek C, McLaughlin V, Millar J, et al. How does the quality of care compare in five countries? Health Aff (Millwood). 2004 May-Jun;23(3):89:99.
- 9- Macinko J, Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The influence of primary care and hospital supply on ambulatory care-sensitive hospitalizations among adults in Brazil, 1999-2007. Am J Public Health. 2011 [acesso em 2011 May 25];0:AJPH.2010.198887v1. Disponível em: <http://ajph.aphapublications.org/cgi/content/abstract/AJPH.2010.198887v1>
- 10-Campos OR, Furtado JP. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde. Campinas: UNICAMP; 2011.p 159-84
- 11-Figueiró AC, Frias PG, Navarro LM. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, editores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p.1-13.
- 12-Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, editor. Avaliação em saúde: dos métodos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p. 29-48.

- 13-**Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. Soc Sci Med 2000 Dec; 51:(11) 1611-25.
- 14-**Conill EM, Fausto MCR, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2010 Nov;10(Supl 1)S14-S27.
- 15-**Silva SF. Desafios para o aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde no SUS no contexto da implementação do Pacto pela Saúde. In: Silva SF, Organizador. Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde. Campinas: IDISA/CONASEMS; 2008. p. 117-136.
- 16-** Felizberto E, Alves CKA, Bezerra LCA. Institucionalização da avaliação. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, editores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p.143-60.
- 17-**Observatório Português de Sistemas de Saúde. Relatório de Primavera 2013. Duas faces da saúde. <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2013.pdf> (acessado em 11/Nov/2013).
- 18-**Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Publica. Informe: la salud y el sistema sanitario en las CCAA. Una visión global antes de la privatización generalizada. <http://www.fadsp.org/index.php/observatorio-ccaa> (acessado em 23/Nov/2013).
- 19-**Observatorio de la Salud. [Versión Actualizada Matriz de Indicadores para Monitoreo Sanitario desde la Sociedad Civil - Grupo de Derecho a la Salud.](http://observatorio.cies.org.pe/web-promoviendo/indicadores.php) <http://observatorio.cies.org.pe/web-promoviendo/indicadores.php> (acessado em 23/Nov/2013).
- 20-**Ruiz G. Acta de la reunión del OIAPSS, Proyecto Matriz analítica, Rosario, 8 de mayo,
- 21-** Conill et al- O que deve ser observado num sistema de saúde . Desenvolvimento de matriz analítica para acompanhamento dos sistemas de saúde de países, Apresentação feita na EXPOGEP, Ministério da Saúde, Brasil, 2014. Disponível em <http://www.oiapss.org/wp-content/uploads/2015/02/MATRIZConillEXPOGEP2014.pdf> (acessado em 24/Março/2015).

