

## DEBATES E PROPOSTAS

### OS INDICADORES DE EFICÁCIA E DE EFICIÊNCIA NA SAÚDE<sup>1</sup>

#### INDICATORS OF EFFICACY AND EFFICIENCY IN HEALTH

#### LOS INDICADORES DE EFICACIA Y DE EFICIENCIA EN LA SALUD

Elio Borgonovi <sup>2</sup>

Os indicadores são instrumentos através dos quais procura-se modificar os comportamentos das pessoas que operam em realidades organizacionais complexas. Os indicadores exprimem um aspecto, uma dimensão relevante de um fenômeno, cuja medida serve para:

- a) decidir, escolhendo entre diversas alternativas disponíveis, aquela que se considera mais adequada para o alcance dos fins pretendidos, no caso a defesa da saúde;
- b) observar os efeitos das decisões assumidas e das ações implementadas;
- c) avaliar tais efeitos, ou seja, exprimir um juízo sobre a qualidade das ações, juízo este considerado não em termos apriorísticos, mas com base nos resultados obtidos.

Um indicador deve exprimir um aspecto, uma dimensão do fenômeno objeto de análise que não seja abstrata, idealística, utópica, mas que deve ser medida (em termos quantitativos e/ou qualitativos) para conseguir melhorar a dinâmica de um

determinado sistema. Por exemplo, a capacidade de um sistema sanitário de recuperar, conservar ou melhorar o bem-estar físico e psíquico das pessoas. Os indicadores, portanto, são utilizados (e utilizáveis) por razões diversas e precisamente:

- a) para comparar “modelos” sanitários diferentes;
- b) para comparação internacional entre diversos países (com um mesmo ou com diferentes modelos sanitários) ou para comparação entre diversos estados ou municípios dotados de ampla ou significativa autonomia legislativa, financeira e organizativa a respeito do governo central;
- c) para avaliar diferentes políticas nacionais, regionais ou locais;
- d) para avaliar o funcionamento de empresas que produzem e prestam serviços, de uma unidade destas empresas (como um hospital, um departamento, enfermaria, distrito sanitário etc.), de um projeto ou de um programa.

<sup>1</sup> Título original: *Gli indicatori di efficacia ed efficienza nella sanità*, Conferência apresentada à Giornata di studio COGEST Comunicação e Gestão em Saúde), Roma, 16 de dezembro de 1999. Traduzido do italiano por Cristina Melo.

<sup>2</sup> Economista, professor de economia de empresas e da administração pública, fundador e dirigente do C.E.R.G.A.S. (Centro de Pesquisa em Gestão da Saúde) e diretor geral da DAS (Escola de Economia e Negócios da Università degli Studi Luigi Bocconi em Milão, Itália).

Os indicadores, por sua vez, devem poder ser traduzidos em medidas que assumam o significado de parâmetros de comparação entre resultados, custos, rendimentos, volume de recursos empregados (ideais ou aqueles efetivamente empregados) ou permitir o acompanhamento da dinâmica (de melhora ou piora) de um certo fenômeno, ou por em confronto realidades diversas que desenvolvam a mesma atividade ou atividades muito similares. Existem indicadores de diferentes naturezas, entre os quais pode se nomear como típicos os de eficiência e eficácia.

Os indicadores de eficácia na saúde são qualificados pelas seguintes características:

- a) referem-se diretamente às finalidades de defesa da saúde;
- b) deveriam ter por objeto a mensuração das variações do estado de saúde em consequência de uma certa política ou de certas decisões no âmbito da empresa sanitária ou sistema de saúde. No entanto, freqüentemente, limitam-se a demonstrar a quantidade e qualidade dos serviços produzidos e das ações efetuadas quando é possível assumir a hipótese de correlação direta entre estes aspectos e os efeitos finais sobre o estado de saúde;
- c) referem-se aos conhecimentos de caráter médico-científico ou, em geral, à chamada ciência da saúde;
- d) possuem diferentes naturezas, dado que podem se referir a aspectos quantitativos e/ou qualitativos; aos aspectos objetivos ou de tipo subjetivo (exemplo de indicadores de satisfação/insatisfação dos pacientes) ou à contraposição entre espera e serviço efetivamente obtido para quem está em situação de necessitar dos mesmos.

São exemplos de indicadores de eficácia:

- a) a variação da taxa de mortalidade e/ou de morbidade de uma certa população após uma intervenção sanitária (ou de outro tipo como as intervenções de caráter

alimentar que provocam efeitos não secundários e não marginais nos níveis de saúde);

- b) a dinâmica da expectativa de vida ao nascer de uma determinada população ou a vida média dos habitantes de uma certa área;
- c) os níveis de mortalidade e de morbidade considerados particularmente significativos para avaliar determinada política sanitária (a exemplo da mortalidade neonatal ou infantil e das principais causas de morte, de doenças, de invalidez).

No que diz respeito ao nível de gestão, os indicadores de eficácia estão correlacionados à “taxa de sucesso” no enfrentamento de determinados problemas de saúde ou, dito de um outro modo, à mensuração da relação entre o nível da demanda e o nível da oferta dos serviços. No plano conceitual pode-se sustentar que os indicadores de eficácia constituem a relação entre o nível de necessidades e o nível de oferta, ou seja, o nível dos atos, prestações e serviços idôneos para satisfazê-los. Recordar-se, todavia, que o conceito de “necessidade de saúde” é, às vezes, re-direcionado a elementos objetivos mensuráveis e verificáveis (pensa-se na irrupção de uma doença sintomática, em uma fratura que se deve tratar, em uma limitação que reduz a capacidade funcional de uma pessoa, que pode ser eliminada com uma intervenção cirúrgica, com a administração de um medicamento, com a disponibilidade de um certo tipo de apoio). Outras vezes exprimem um estado de mal-estar das pessoas que é percebido subjetivamente (por exemplo, a dor, a sensação de mal-estar, de depressão etc.) e não encontra confrontação objetiva e imediata e/ou, às vezes, exprimem a presença de condições destinadas a refletir negativamente sobre a saúde, não se traduzindo em sintomas evidentes, não sendo destacáveis senão *a posteriori* (quando se determina o estado de saúde) e, por vezes, exprimem até mesmo a espera, a esperança, os desejos das pessoas que não podem ter respostas dado o estado atual de conhecimento.

Observa-se que, em relação a estas diversas definições de necessidades, se encontram diversos graus de dificuldade na definição dos indicadores de eficácia. No caso extremo da pura esperança e dos puros desejos (de deixar de sofrer e, utopicamente, de não morrer) não é possível identificar indicadores de eficácia e os problemas conceituais passam da esfera dos problemas de governo dos sistemas sanitários e de gestão das intervenções para o campo da ética, da filosofia, do senso (religioso ou leigo) sobre o sofrimento, a vida e a morte.

Voltando aos aspectos mais operativos dos indicadores de eficácia da saúde, pode-se observar que:

- a) aqueles utilizáveis para confrontar diversos modelos de sistema, diversos países, diversas políticas (nacionais, regionais, supra nacionais ou de assistência aos países economicamente ou socialmente menos evoluídos) são de tipo bastante sintéticos (taxa de mortalidade neonatal ou infantil, expectativa de vida, principais causas de morte etc.);
- b) esses são freqüentemente analisados em relação a indicadores igualmente sintéticos, expressivos da oferta (nível da despesa sanitária abrangente ou pública, número de médicos ou de trabalhadores da saúde, número e distribuição da estrutura, hospitais, postos-leitos, ambulatórios etc.). Todavia deve-se recordar que, freqüentemente, não existe correlação, ou se existe esta é muita baixa, entre oferta de serviços e respostas às necessidades, enquanto o estado de saúde depende de outras variáveis como estilos de vida, profissionalismo e papel social dos médicos, eficiência da despesa etc.;
- c) os indicadores de eficácia referidos à gestão são específicos de cada campo de intervenção (a exemplo das diversas terapias ou das diversas abordagens ao paciente; das diversas modalidades organizativas da rede de serviços, a

exemplo da rede de serviços de urgência e de pronto atendimento; e dos diversos modelos organizativos); são numericamente limitados para cada diferente situação de saúde a enfrentar, mas são em número elevado se considerados globalmente e podem ser precisáveis por parte dos especialistas do setor, através da aplicação dos métodos científicos ou idôneos para reduzir o risco de auto-referencialidade ou de distorções criadas pelas percepções ou sensações subjetivas.

Passando aos indicadores de eficiência, pode-se observar que estes:

- a) têm relação com a esfera da instrumentalidade da ação;
- b) têm por objeto a relação resultados obtidos *versus* recursos empregados;
- c) fazem referência ao conhecimento de caráter técnico, organizativo, econômico e gerencial;
- d) podem ser referidos a medidas de caráter físico-técnico (rendimentos expressos da relação entre número de intervenções efetuadas; dos casos tratados e número de médicos, enfermeiros, outros trabalhadores etc.) ou a medidas de natureza econômica (a exemplo do custo por procedimento, por caso tratado, por população assistida etc.);
- e) em geral são pouco significativos se usados em confronto no nível macro (por exemplo, entre diferentes modelos sanitários, entre países, entre políticas de intervenção) enquanto a própria utilização é significativa no âmbito do sistema local, de empresas sanitárias, ou de específicos projetos e programas;
- f) a respeito dos indicadores de eficiência pode-se observar que esses, geralmente, são tanto mais úteis quanto mais relacionados com os âmbitos definidos e controláveis; em outras palavras, quanto maior é o grau de especificidade dos mesmos.

Ao final da definição da “grande escolha política” no setor saúde (qual modelo adotar; sistema e modalidade de financiamento; programação sanitária) são úteis, sobretudo, os seguintes indicadores:

- a) de eficácia, ainda que poucos e sintéticos;
- b) de despesa, considerada na dimensão da despesa total; despesa *per capita* e incidência sobre o PIB; da estrutura referida a fatores produtivos (pessoal, medicamentos, outros bens e serviços de consumo etc.); e a distinção entre despesa corrente e de investimento;
- c) de financiamento, considerado em referência à sua estrutura (arrecadação fiscal, contribuições de saúde voluntárias ou obrigatórias, contribuições por seguros privados ou pagamento direto do paciente, como no caso da aquisição de medicamentos ou de outra prestação).

Ao termo da implementação da política e de gestão das estruturas que produzem e financiam a oferta de serviços são úteis, sobretudo, os seguintes indicadores:

- a) de eficácia, porque são específicos e relacionados a boas alternativas de intervenção identificadas (por exemplo, o tratamento via internação ou *day hospital* etc.);
- b) de eficiência técnico-organizativa, especialmente se relacionados com modalidades alternativas para obter os mesmos resultados e para conseguir os mesmos níveis de eficácia ou níveis muito similares. No entanto, é de fato problemático sob o plano técnico e discutível sob o plano ético, moral, político e social confrontar escolhas caracterizadas por níveis de eficácia muito diferentes, enquanto se deveria estabelecer um *trade-off* (relação de troca), por exemplo, entre o número de mortes evitáveis, incapacidades recuperadas plenamente, sofrimento eliminado (é o caso de doentes terminais) e custos, duas dimen-

sões que são consideradas incomensuráveis, ao menos na cultura européia dominante, ainda que nos EUA, majoritariamente sensível ao conceito de “valor econômico”, tal confronto seja considerado aceitável numa medida mais ampla;

- c) de despesa, que deve ser referida à unidade organizativa (abordagem estrutural) ou aos centros/unidades de responsabilidade pelos custos (abordagem funcional) que, por sua vez, seguindo a evolução das técnicas contábeis, cada vez mais cede seu lugar aos indicadores de custo;
- d) de financiamento, com relação, sobretudo, à sua estrutura em termos de fontes (de transferências estatais; da venda de serviços; dos fundos de pesquisa; de outras contribuições) e dos sujeitos envolvidos.

Como já foi dito, os indicadores são instrumentos conhecedores da dinâmica dos sistemas de saúde em vários níveis e em relação a múltiplos e diferentes aspectos, o que contribui para um melhor governo destes sistemas.

Para que sejam realmente úteis, os indicadores devem ter as seguintes características:

- a) fundamentação no plano científico;
- b) relevância no plano técnico-organizativo (por exemplo, um indicador que se refere a somente 1% das despesas dificilmente será útil na avaliação);
- c) de fácil observação por métodos e técnicas amplamente aceitos;
- d) elevado nível de homogeneidade de medida, de modo que sejam reduzidas as distorções no processo de mensuração. Isto, no entanto, não é possível de ser completamente eliminado;
- e) verificabilidade e controle dos dados, o que previne o uso “instrumental” dos mesmos (uso de dados manipulados para que condicionem as análises e decisões, o que é um aspecto sempre crítico em sociedades nas quais a informação e o dado prevalecem sobre a “crítica”, no sentido filosófico do termo);

- f) aporte de um “valor agregado” significativo ao nível do conhecimento: a utilização de indicadores que agregam pouco ou nada ao conhecimento cria somente uma maior complexidade de gestão;
- g) custo de utilização/identificação baixo ou justificado em relação ao valor agregado no plano do conhecimento: é um desperdício identificar/utilizar, com custos muito elevados, indicadores que produzem um escasso valor agregado à melhoria do conhecimento sobre uma dada situação;
- h) capacidade de influenciar a eliminação das “percepções erradas” sobre os problemas de saúde (preconceitos ligados à cultura e à experiência individual) ou de remover vínculos na tomada de decisão (por exemplo, demonstração de uma elevada relação de custo-benefício ou demonstração de que os custos “objetivos” de certas intervenções são bastante limitados).

Em referência a estas características, pode-se agregar que a moderna tecnologia informática para o tratamento dos dados e telemática para a transmissão dos mesmos à distância contribuem de modo determinante na difusão do uso dos indicadores em todos os sistemas sociais, econômicos e, em particular, na saúde.

Quanto ao fato de que isto tenha contribuído para melhorar a qualidade das decisões na saúde, da capacidade de governo do sistema e do nível de saúde podem-se obter apenas avaliações de ordem pessoal, fundadas nos valores, concessões da sociedade, ideais e ideologias, desde que os indicadores possam demonstrar tudo e o contrário de tudo. Pode-se somente afirmar que o uso dos indicadores de eficácia e de eficiência, além daqueles de adequação, de essencialidade do tratamento, de equidade do tratamento, de qualidade da assistência, de real respeito aos princípios de subsidiariedade e de humanização da assistência possam contribuir para introduzir no governo do sistema sanitário, em todos os níveis, um maior conhecimento e competência profissional (de diferentes tipos: médico, econômico etc.) em relação ao papel da política

em senso estrito, da ideologia, da ética, da moral “abstrata” não relacionada aos comportamentos reais. De *per si*, todavia, o uso de indicadores não muda, nem pode mudar, a base de legitimidade da decisão sanitária ligada aos valores e às culturas “dominantes” em certos períodos e em uma dada sociedade.

Concluindo, deve-se recordar que o nó do problema dos indicadores de eficácia e eficiência (e de outros apenas citados de passagem) não é de ordem técnica (sobre muitos existe um amplo acordo, sobre outros o progresso da ciência permitirá que se reduzam as margens das diversas interpretações), nem de ordem tecnológica (pelo fato de que as modernas metodologias permitem elaborar indicadores em número muito elevado e de tipo muito sofisticado). Os nós cruciais que devem ser enfrentados, e sobre os quais confrontar-se, podem ser assim sintetizados:

- . Quem define os tipos de indicadores úteis para certos processos de decisão e de avaliação em saúde?
- . Como se definem os indicadores (com maior ou menor rigor científico; de modo autoritário ou participativo)?
- . Quem usa os indicadores e com quais finalidades (explícitas ou implícitas) os usam?
- . No confronto de quem se aplicam os resultados obtidos pelos indicadores (para eliminar a auto-referência de quem tem o poder de avaliar os outros operadores e para fazer emergir os melhores ou, ao contrário, para impor o conformismo da cultura dominante e obstaculizar a inovação e a mudança)?
- . Quais são as conseqüências relacionadas ao uso dos indicadores e quais as garantias para quem é submetido a decisões motivadas pelo uso deles (por exemplo, pacientes que se recusam a se submeterem a um tratamento sobre a base de indicadores que demonstram a própria ineficácia ou que, ao contrário, não demonstraram ainda a própria eficácia)?