PERFIS DOS SISTEMAS DE SAÚDE

ORIENTAÇÕES METODOLÓGICAS

Monitoramento e Análise dos Processos de Mudança/reforma dos Sistemas de Saúde

Edição Especial No. 18

Organização Pan-Americana da Saúde
Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde

USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

PERFIS DOS SISTEMAS DE SAÚDE

ORIENTAÇÕES METODOLÓGICAS

MONITORAMENTO E ANÁLISE DOS PROCESSOS DE MUDANÇA/REFORMA DOS SISTEMAS DE SAÚDE

Organização Pan-Americana da Saúde
Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde

USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Biblioteca sede da OPAS

Rivas-Loría, Priscilla
Orientações metodológicas, perfis dos sistemas de saúde, monitoramento e análise dos processos de mudança dos sistemas de saúde.
Edição Especial n. 18 Washington DC: OPAS © 2006

ISBN 92 75 12621 6

I. Título II. Levcovitz, Eduardo
III. Aráoz, Candelaria IV. Suárez, Claudia V. Griffin, Andrew

1. SISTEMAS DE SAÚDE – organização & administração
2. PERFIL DE SAÚDE
3. REFORMA DO SETOR DE SAÚDE
4. MÉTODOS

NLM WA 540

ISBN 92 75 12621 6

Washington DC
2006

Essa publicação foi elaborada pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) em colaboração com a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), Divisão para a América Latina e Caribe. Este projeto foi possível graças aos recursos disponibilizados pela USAID nos termos da concessão de número LAC-G-00-04-00002-00; e pela OPAS/OMS com fundos do orçamento regular.

Este documento pode ser reproduzido e/ou traduzido em parte ou integralmente quando não for utilizado para fins comerciais.

AUTORES

PRISCILLA RIVAS-LORÍA

Assessora Regional, Reforma do Setor de Saúde
Unidade de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, OPAS/OMS

CLAUDIA SUÁREZ

Residente, Programa Internacional de Saúde
Unidade de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, OPAS/OMS

CANDELARIA ARÁOZ

Oficial Técnica, Reforma do Setor de Saúde
Unidade de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, OPAS/OMS

EDUARDO LEVCOVITZ

Chefe, Unidade de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, OPAS/OMS

COLABORADORES TÉCNICOS E EDITORIAIS

CAROLINE RAMAGEM

Oficial Técnica, Reforma do Setor de Saúde
Unidade de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, OPAS/OMS

ANDREW GRIFFIN

Consultor, Reforma do Setor de Saúde
Unidade de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, OPAS/OMS

LAYOUT E DESIGN

MARÍA LAURA REOS

Designer Gráfica, Reforma do Setor de Saúde
Unidade de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, OPAS/OMS

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....I
ABREVIAÇÕES II
APRESENTAÇÃO.....III

ANTECEDENTES **1**

SOLICITAÇÃO PELOS PAÍSES DA REGIÃO DAS AMÉRICAS
RESPOSTA
LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS
IMPACTO
ESTRATÉGIA DE COOPERAÇÃO TÉCNICA ENFOCADA NOS PAÍSES

ATUALIZAÇÃO DA METODOLOGIA **7**

JUSTIFICATIVA
OBJETIVO
PÚBLICO ALVO
NOVA ESTRUTURA
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

METODOLOGIA **14**

1. CONTEXTO DO SISTEMA DE SAÚDE 14

1.1 ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE
ANÁLISE DEMOGRÁFICA
ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA
OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO

1.2 DETERMINANTES DA SAÚDE
DETERMINANTES POLÍTICOS
DETERMINANTES ECONÔMICOS
DETERMINANTES SOCIAIS
DETERMINANTES AMBIENTAIS

2. FUNÇÕES DO SISTEMA DE SAÚDE 28

2.1 FUNÇÃO GESTORA
MAPEAMENTO DA AUTORIDADE SANITÁRIA NACIONAL
CONDUÇÃO
REGULAÇÃO
DESENVOLVIMENTO DAS FUNÇÕES ESSENCIAIS DE SAÚDE PÚBLICA
FINANCIAMENTO
GARANTIA DE ASSEGURAMENTO
HARMONIZAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

2.2 FINANCIAMENTO E ASSEGURAMENTO
FINANCIAMENTO
ASSEGURAMENTO

2.3 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE
OFERTA E DEMANDA POR SERVIÇOS DE SAÚDE
DESENVOLVIMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE
MEDICAMENTOS E OUTROS PRODUTOS DE SAÚDE
EQUIPAMENTO E TECNOLOGIA
CONTROLE DE QUALIDADE

2.4 MAPEAMENTO INSTITUCIONAL DO SISTEMA DE SAÚDE

3 MONITORAMENTO DOS PROCESSOS DE MUDANÇA/REFORMA DOS SISTEMAS DE SAÚDE 61

3.1 IMPACTO SOBRE AS “FUNÇÕES DOS SISTEMAS DE SAÚDE”
3.2 IMPACTO SOBRE OS “PRINCÍPIOS ORIENTADORES DAS REFORMAS DO SETOR DE SAÚDE”
3.3 IMPACTO SOBRE O “SISTEMA DE SAÚDE”
3.4 ANÁLISE DE ATORES

BIBLIOGRAFIA.....76

GLOSSÁRIO.....80

AGRADECIMENTOS

O documento apresentado nas páginas seguintes é fruto de uma parceria entre a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) e a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID). É também resultado da experiência acumulada durante a aplicação da primeira e da segunda versão deste documento publicadas em 1998 e em 2000, respectivamente. Os comentários e sugestões das equipes nacionais dos países da Região, bem como as observações e recomendações advindas das reuniões de peritos, fóruns e oficinas de trabalho, serviram de base para a revisão, atualização e desenvolvimento da terceira edição das Orientações Metodológicas para a elaboração do documento Perfil do Sistema de Saúde: Monitoramento e Análise dos Processos de Mudança/Reforma dos Sistemas de Saúde.

Gostaríamos de estender um agradecimento especial aos profissionais da área de saúde dos 36 países da Região que fizeram generosa doação de seu tempo, conhecimento e experiência entre 2000 e 2005 para a elaboração da primeira versão dos Perfis dos Sistemas de Saúde: Monitoramento e Análise dos Processos de Mudança/Reforma dos Sistemas de Saúde em seus países. Da mesma forma, em relação ao documento que aqui se apresenta, somos muito gratos à valiosa contribuição técnica dos profissionais relacionados abaixo:

Alfaro, Gerardo
Assessor de Sistemas de Saúde
OPAS/OMS – República Dominicana

Brito, Pedro
Diretor de Área
Desenvolvimento Estratégico de Saúde
OPAS/OMS – Washington, DC

Castellanos Bran, Raúl
Diretor, Escritório de Coordenação da OPAS/OMS
Porto Rico

Gomes, Maria Angélica
Assessora de Sistemas de Saúde
OPAS/OMS – Nicarágua

Gómez, Elsa
Assessora Regional
Unidade de Gênero, Etnicidade e Saúde
OPAS/OMS – Washington, DC

Gonzáles, Ana Cristina
Consultora, Unidade de Gênero, Etnicidade e Saúde
OPAS/OMS – Washington, DC

Gordillo, Amparo
Consultora, Financiamento e Economia da Saúde
Unidade de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde
OPAS/OMS – Washington, DC

Güemes, Armando
Assessor de Sistemas de Saúde
OPAS/OMS – Honduras

Hernández-Pimentel, Federico
Assessor de Sistemas de Saúde
OPAS/OMS – Guatemala

Montenegro, Hernán
Chefe de Unidade, Organização de Serviços de Saúde
Prestação de Serviços de Tecnologia e Saúde
OPAS/OMS – Washington, DC

Puentes-Markides, Cristina
Assessora de Análise de Políticas
Unidade de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde
OPAS/OMS – Washington, DC

Pichardo, Mario
Assessor de Sistemas de Saúde
OPAS/OMS – Cuba

Rigoli, Félix
Assessor Regional de Desenvolvimento de Recursos Humanos
Unidade de Recursos Humanos
OPAS/OMS – Washington, DC

Rojas, Rocío
Iniciativa para a Saúde dos Povos Indígenas
Organização de Serviços de Saúde
Prestação de Serviços de Tecnologia e Saúde
OPAS/OMS – Washington, DC

Saldaña, Kelly
Assessora Sênior em Saúde Pública
USAID- Washington, DC

Santacruz, Javier
Assessor de Sistemas e Serviços de Saúde
OPAS/OMS – Costa Rica

Suárez, Julio
Assessor de Sistemas e Serviços de Saúde
OPAS/OMS – Brasil

Troya, Guillermo
Assessor de Sistemas e Serviços de Saúde
OPAS/OMS – Belize

Vargas, Gustavo
Assessor de Sistemas e Serviços de Saúde
OPAS/OMS – Panamá

ABREVIAÇÕES

ALC:	América Latina e Caribe
AS:	Autoridade Sanitária
CEPAL:	Comissão Econômica para a América Latina e Caribe
DII:	Doenças Intestinais Infecciosas
DNS:	Desenvolvimento Nacional de Saúde
ECTEP:	Estratégia de Cooperação Técnica Enfocada nos Países
FESP:	Funções Essenciais de Saúde Pública
HIV/AIDS:	Vírus de Imunodeficiência Adquirida/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
IDG:	Índice de Desenvolvimento de Gênero
IDH:	Índice de Desenvolvimento Humano
IRA:	Infecções Respiratórias Agudas
LACRSS:	Iniciativa Regional de Reforma do Setor de Saúde da América Latina e Caribe
LPE:	Linha de Pobreza Extrema
LPR:	Linha de Pobreza Relativa
M&A:	Monitoramento e Avaliação
MEG:	Medida de Empoderamento de Gênero
OCDE:	Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODM:	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS:	Organização Mundial da Saúde
ONG:	Organização Não-Governamental
OPAS:	Organização Pan-Americana da Saúde
PEA:	População Economicamente Ativa
PIB:	Produto Interno Bruto
PNUD:	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RSS:	Reforma do Setor de Saúde
TB:	Tuberculose
USAID:	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional

APRESENTAÇÃO

No decorrer da década de 90 e durante o início do novo milênio, os países da Região da América Latina e Caribe (ALC) alcançaram vários êxitos expressivos, dentre os quais um aumento no número de governos eleitos democraticamente, a execução de políticas macroeconômicas sólidas e a realização de reformas de promoção do crescimento econômico. Entretanto, alguns desafios significativos ainda persistem, tais como reverter o aumento/estagnação nos níveis de pobreza em muitos dos países, reduzir a mortalidade materna e infantil, lidar com a desigualdade de gênero no mercado de trabalho e também na esfera política, aumentar o acesso a serviços de abastecimento de água e de saneamento em países de baixa renda e nas áreas mais pobres dos países de renda média e, principalmente, melhorar a eqüidade no acesso a serviços de saúde e em resultados de saúde.

A experiência acumulada durante mais de duas décadas de políticas de ajustes estruturais, reformas de estado e Reformas do Setor de Saúde (RSS) indica que essas iniciativas não tiveram um claro impacto positivo no desenvolvimento dos sistemas de saúde na Região. Atualmente, os países da ALC estão enfrentando diversos problemas: infra-estrutura de saúde pública precária; serviços de saúde subutilizados; padrão regressivo de gasto privado em saúde; desigualdade extrema no acesso a serviços e uma vasta gama de resultados negativos nos índices de saúde.

Durante a Cúpula das Américas em 1994 e na subseqüente Reunião Especial sobre Reforma do Setor de Saúde em 1995, os governos dos países da ALC identificaram a necessidade de elaborar um processo para monitorar e avaliar as reformas sanitárias na Região da ALC. Com o intuito de atender a essa necessidade, a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) e a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) dedicaram-se à tarefa de desenvolver uma metodologia para facilitar a preparação e a atualização periódica de um relatório ("o Perfil") sobre os sistemas de saúde de cada um dos países da região bem como monitorar e avaliar os seus processos de RSS. Em 1998, os países da ALC determinaram que os princípios norteadores para o planejamento e implementação das RSS deveriam centrar-se em torno da melhoria do acesso, eqüidade, eficiência, qualidade e sustentabilidade do sistema de saúde. Em 1999, foi adotada a Resolução CE124.R8 na qual a OPAS/OMS foi solicitada a fornecer a seus estados-membros o apoio técnico necessário para institucionalizar o monitoramento e avaliação contínua de seus processos de RSS. Como resultado, o documento Orientações Metodológicas para a Elaboração de Perfis de Sistemas de Saúde: Monitoramento e Análise das Reformas do Setor de Saúde foi finalizado e publicado no ano 2000.

No momento, 36 países da Região da ALC elaboraram o seu Perfil. Os dados resultantes do processo de acompanhamento das RSS nesses países serviram de base para a preparação das Análises de Tendências em RSS para a ALC. As Análises de Tendências têm sido de fundamental importância para a identificação das tendências e avanços em RSS, bem como de temas que não foram abordados pelas Reformas, tais como as Funções Essenciais de Saúde Pública, Fortalecimento da Função Gestora da Autoridade Sanitária Nacional,

Desenvolvimento de Recursos Humanos e Proteção Social em Saúde. Ademais, a natureza concisa e a atualização periódica do Perfil pelo pessoal técnico de cada país o tornaram uma ferramenta valiosa para tomadores de decisão nas esferas nacional, subnacional, e internacional.

A OPAS/OMS deu continuidade ao processo dinâmico de desenvolvimento, melhoria e adaptação das Orientações Metodológicas para a elaboração dos Perfis. A versão atualizada e revisada apresentada aqui é produto das lições aprendidas a partir da aplicação de versões preliminares da metodologia; da emergência de novos conceitos no campo de saúde pública e sistemas de saúde e da crescente evidência do impacto das RSS na Região da ALC.

As Orientações Metodológicas para a Elaboração de Perfis de Sistemas de Saúde: Monitoramento e Análise dos Processos de Mudança/Reforma do Setor de Saúde são de particular relevância em um momento em que especial atenção vem sendo dada às deficiências dos sistemas de saúde em virtude da crescente percepção de que um sistema de saúde fraco impede que os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) sejam alcançados, assim como outros objetivos globais para a área de saúde.

O comprometimento e o esforço dos países em monitorar o avanço em direção à realização dos ODM nas áreas de saúde infantil e reprodutiva, HIV/AIDS, tuberculose, malária e nutrição oferecem uma oportunidade única para fortalecer a capacidade dos países em gerar e utilizar informação para analisar, elaborar, implementar e monitorar os processos de reforma do setor de saúde.

Esperamos que esta publicação seja utilizada na capacitação e empoderamento das equipes de saúde nacionais para que possam obter uma compreensão abrangente dos seus sistemas de saúde. Assim, estarão aptos a revitalizar as agendas de RSS e compatibilizá-las com os esforços de aprimorar os sistemas de saúde.

PRISCILLA RIVAS-LORÍA

Assessora Regional, Reforma do Setor de Saúde
Organização Pan-Americana da Saúde

KELLY SALDAÑA

Assessora Sênior de Saúde Pública
Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional

ANTECEDENTES

SOLICITAÇÃO PELOS PAÍSES DA REGIÃO DAS AMÉRICAS

Durante a década de 90, a maior parte dos países da Região da América Latina e do Caribe (ALC) introduziu Reformas do Setor de Saúde (RSS) que tiveram um impacto profundo na prestação dos serviços de saúde. Na Cúpula das Américas em 1994[1] e também na Reunião Especial sobre Reformas do Setor de Saúde em 1995,[2] os governos da Região identificaram a necessidade de elaborar um processo para monitorar e avaliar as RSS na Região. Os estados-membros estabeleceram cinco conceitos-chave ou princípios norteadores que seriam a base para o monitoramento e avaliação dos avanços das RSS em seus países. Estes são: Eqüidade, Eficácia e Qualidade, Eficiência, Sustentabilidade e Participação Social. Como resultado, a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) elaborou a Metodologia para a Elaboração dos Perfis de Sistemas de Saúde/Monitoramento e Análise das RSS na América Latina e Caribe. O objetivo principal da metodologia era fornecer apoio aos países no acompanhamento e avaliação de seus processos de RSS por meio da aplicação de perguntas e indicadores para cada um dos conceitos-chave relacionados às reformas.

FIGURA A

1. Primeira Cúpula das Américas: "Plano de Ação", Miami, USA, 3 a 5 de dezembro, 1994.
2. BID, BIRD, CEPAL, OEA, OPAS/OMS, FNUAP, UNICEF, USAID: "Reunião Especial sobre Reforma do Setor de Saúde." 29 a 30 de setembro de 1995. Washington DC, Divisão de Saúde e Desenvolvimento Humano, Jun. 1996. 159 pp.

RESPOSTA

Em 1999, os Estados-Membros da OPAS/OMS adotaram a Resolução CD41.R12 intitulada "Monitoramento e Análise dos Processos de Reforma do Setor de Saúde"[3] mediante o qual os estados-membros solicitaram apoio à OPAS/OMS para o acompanhamento e avaliação dos processos de RSS. Logo ficou claro, entretanto, que a fim de aplicar a Metodologia de Monitoramento e Avaliação (M&A) com eficácia, os países necessitariam de um resumo e/ou um perfil que fornecesse uma descrição concisa e analítica da estrutura e dinâmica de seus sistemas de saúde. Por conseguinte, a OPAS/OMS, em colaboração com a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID), elaborou o documento ***Orientações Metodológicas para a Elaboração de Perfis de Sistemas de Saúde no qual foi incorporada a Metodologia para o Monitoramento e Análise de RSS.***

FIGURA B

ESTRUTURA RESULTANTE DA INCORPORAÇÃO DA METODOLOGIA PARA MONITORAMENTO E ANÁLISE DE RSS NA METODOLÓGIA PARA A ELABORAÇÃO DE PERFIS DE SISTEMAS DE SAÚDE

1. **CONTEXTO**
   Político, Social, Econômico, Demográfico/Epidemiológico que Influencia o Desenvolvimento e Desempenho do Sistema de Saúde

2. **SISTEMA DE SAÚDE**
   Estrutura Geral
   Recursos Humanos, Medicamentos, Equipamento/Tecnologia, Funções do Sistema de Saúde: Função Gestora; Financiamento; Asseguramento; e Prestação de Serviços

3. **REFORMA DO SETOR DE SAÚDE**
   Monitoramento do Processo: Dinâmica das Reformas; Conteúdo das Reformas; Avaliação dos Resultados: Eqüidade, Eficiência, Eficácia/Qualidade, Sustentabilidade, Participação Social

Cada conjunto de metodologias pode ser utilizado separadamente, mas o monitoramento e avaliação dos processos de reforma do setor de saúde se beneficiaram enormemente dos resultados das análises geradas por ambas, incluindo a análise do contexto no qual o sistema de saúde opera; a sua estrutura e organização geral; seus recursos e, mais importante, a análise das funções essenciais do sistema de saúde. Na maior parte dos países, teria sido impossível analisar o desempenho do sistema de saúde sem a incorporação da repercussão das reformas planejadas ou em processo de implementação.

3. OPAS/OMS, 41o Conselho Diretor, Resolução CD41.R12, 30 de setembro de 1999.

LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS

Durante o desenvolvimento do primeiro e do segundo ciclo das Orientações Metodológicas, em 1998 e 2000, respectivamente, algumas limitações tornaram-se evidentes. Primeiramente, em alguns países, a informação disponível se mostrou insuficiente e com baixo nível de confiabilidade e também não foi compilada com a devida desagregação, como por exemplo, por gênero, grupos etários, renda ou distribuição geográfica. Nos países onde a informação existia, os dados não haviam sido compilados de modo sistemático e nem haviam sido adequadamente disseminados. Em segundo lugar, a diversidade cultural e os diversos modelos organizacionais redundaram em diferenças significativas na definição de conceitos e/ou terminologia empregada. Dentre os esforços para minimizar esses obstáculos, foi elaborado um Glossário com a definição de conceitos e termos. Por último, os serviços de saúde são realidades complexas e dinâmicas, nos quais a separação entre as fases de continuidade e as fases de mudança rápida não podem ser sempre claramente distinguidas. É ainda mais difícil identificar a separação entre os diferentes estágios e fases das RSS, que estão longe de serem processos planejados e que variam de país para país. Portanto, não é possível estabelecer uma relação de causa e efeito clara entre as funções dos sistemas de saúde, os processos de Reforma Setorial (RS) e o impacto sobre as variáveis utilizadas para avaliar os seus resultados.

Como tentativa de superar esses desafios, os seguintes pontos foram incluídos na preparação da primeira versão das Orientações Metodológicas:

(I) A experiência anterior da OPAS na elaboração, coleta, processamento, validação e disseminação da informação sobre a situação e as tendências na área da saúde;

(II) O trabalho realizado pela equipe da Unidade de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde da OPAS, tanto na sede como em campo,[4] bem como a colaboração com pessoal de outras divisões, unidades e programas;

(III) A experiência de outras agências de cooperação que realizam trabalhos dentro e fora da Região, em especial a Divisão de Análise, Pesquisa e Avaliação da OMS,[5] o Escritório Regional da Europa da OMS,[6] a OCDE,[7] o PNUD[8] e o Banco Mundial;[9]

(IV) A rica experiência dos 17 países que implementaram as “Bases para Acompanhamento e Análise da Reforma Setorial” entre outubro de 1997 e maio de 1998;[10]

4. Entre elas, a experiência da realização das Análises do Setor de Saúde em Chihuahua (México), Nicarágua e Paraguai.
5. OMS – Unidade de Análise, Pesquisa e Avaliação: “Methods for Evaluating Effects of Health Reforms: Current Concerns.” WHO ARA, Paper No. 13, Genebra, 1997.
6. EURO/WHO: “Country Health Systems Profiles: Generic Template and Questionnaire” (draft), Copenhagen, nov, 1997.
7. OCDE: “OECD Health Data 97. A Software for the Comparative Analysis of 29 Health Systems,” CREDES, Paris, 1997.
8. PNUD: “Relatório de Desenvolvimento Humano,” anos 1995, 1996 e 1997, Nações Unidas, Nova Iorque.
9. Banco Mundial: “World Development Report 1993. Investing in Health,” Oxford University Press, Nova Iorque, 1993.
10. LACRSS: “Baseline for Monitoring and Evaluation of Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean,” (mimeo) Technical Series No.2 Washington DC, 1998.

(V) Os resultados do teste de viabilidade da versão preliminar da metodologia em cinco países (Chile, República Dominicana, Peru, El Salvador e Jamaica), bem como as contribuições das Representações da OPAS/OMS em oito países adicionais (México, Panamá, Uruguai, Paraguai, Colômbia, Cuba, Argentina e Guiana);

(VI) As conclusões da reunião internacional de peritos convocada para discutir a questão na sede da OPAS/OMS em abril de 1998.

Em 1999, os resultados foram apresentados e discutidos no Fórum da Sub-região Andina de RSS e as sugestões recolhidas durante a reunião foram incorporadas à metodologia. A reunião também ajudou a confirmar que o sucesso desse esforço depende, em grande parte, do apoio das Autoridades Sanitárias Nacionais e do nível de comprometimento dos funcionários e profissionais em cada um dos países, pois são eles os principais usuários dos resultados. A última etapa foi a revisão externa da segunda versão do documento pela Escola de Saúde Pública da Universidade do Chile e pela Escola de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz no Brasil. Muitas das sugestões de ambas as entidades foram incorporadas à segunda versão das Orientações Metodológicas.

IMPACTO

O formato conciso e a constante atualização do Perfil o tornaram uma ferramenta valiosa para: (1) Profissionais do país que trabalham com o planejamento e administração dos sistemas e serviços de saúde; (2) Profissionais que trabalham para agências de cooperação técnico-financeira e para organizações não-governamentais; (3) Gerentes e profissionais de instituições do setor público, tais como ministérios de planejamento e/ou de economia, bem como de instituições de saúde privadas; (4) Instituições acadêmicas relacionadas à área da saúde; (5) Tomadores de decisão na área de saúde nas esferas nacional, subnacional e internacional. A aplicação da metodologia deu origem, assim, a profissionais da área de saúde capacitados e empoderados com conhecimento pertinente acerca de seus sistemas de saúde e dos processos de reforma do setor de saúde.[11] No momento, 36 países da Região já completaram os seus Perfis, incluindo a seção sobre monitoramento e avaliação de seus processos de RSS. Dois-terços dos Perfis foram revisados e atualizados e estão agora disponíveis em sua segunda edição. Ademais, cem por cento dos Perfis foram submetidos à revisão por pares em instituições acadêmicas de renome nacional. Os Perfis podem ser acessados no portal da Iniciativa Regional de Reforma do Setor de Saúde da ALC: *http://www.lachsr.org*.

11. Rivas - Loría, P. Health Systems Analysis in Latin America and the Caribbean. Proceedings of the Symposium “Alliances for Public Health PAHO-US AID,” Washington DC, 13-14 setembro, 2004.

Os dados resultantes do monitoramento de RSS formaram a base para a preparação da: *Análise Sub-Regional das Tendências da Reforma do Setor de Saúde* na *Sub-Região* da *América Central*,[12] na *Sub-Região Andina*,[13] na *Sub-Região dos Países de Língua Inglesa do Caribe*[14] e na *Região das Américas*.[15] Do mesmo modo, essas análises têm sido fundamentais para a identificação de tendências e progressos em RSS na Região das Américas, bem como de áreas não abordadas pelas Reformas, como as Funções Essenciais de Saúde Pública, Fortalecimento da Função Gestora da Autoridade Sanitária Nacional, Desenvolvimento de Recursos Humanos e da Extensão da Proteção Social em Saúde.[16]

FIGURA C

12. Rivas-Loría, P., Infante A., Pedroza J., Reinharz D. "Análisis de las Reformas del Sector Salud en la Subregión de Centroamérica y la República Dominicana", Iniciativa Regional de Reforma do Setor de Saúde na América Latina e Caribe: USAID-OPAS/OMS. Edição Especial No. 10. Washington DC, 2002. (http://www.lachsr.org/en).
13. Rivas-Loría, P., Infante A., Murillo R., Pedroza J., Schweiger A. et al. "Análisis de las Reformas del Sector Salud en los Países de las Región Andina" Iniciativa Regional de Reforma do Setor de Saúde na América Latina e Caribe: USAID-OPAS/OMS. Edição Especial No. 11. Washington DC, 2002. (http://www.lachsr.org).
14. Rivas-Loría, P., Entwistle, M., La Foucade, A. "Análise de las Reformas del Sector de Salud en los Países del Caribe inglés" Iniciativa Regional de Reforma do Setor de Saúde na América Latina e Caribe: USAID-OPAS/OMS. Edição EspecialNo. 12. Washington DC, 2002. (http://www.lachsr.org).
15. Rivas-Loría, P., Shelton C. "Health Sector Reform Trends in LAC: Are Health Reform and Health Systems Development Moving Forward?", Strengthening Health Systems and Reforms, LACHSR Bulletin, março 2005.
16. López-Acuna D. "La Nueva Generación de Reformas del Sector Salud: Fortaleciendo los Sistemas de Salud" Foro Regional de Reforma del Sector Salud, Antigua Guatemala, 19-22 julho, 2004.

ESTRATÉGIA DE COOPERAÇÃO TÉCNICA ENFOCADA NOS PAÍSES[17]

A evolução do conceito e da prática de cooperação técnica pela Organização Pan-Americana de Saúde centrou-se no fortalecimento da capacidade de seus escritórios locais. No momento, este processo tem como foco a consolidação da descentralização das responsabilidades, recursos e funções, bem como a execução da cooperação técnica. O teor da cooperação técnica da OPAS baseia-se nas necessidades dos países-membros e reflete-se nas prioridades estratégicas e programáticas da Organização.

Recentemente, tanto a OMS quanto a OPAS enfatizaram a necessidade de articulação das demandas e dos recursos de cooperação para a obtenção de resultados específicos que auxiliarão no alcance do Desenvolvimento de Saúde Nacional em cada país. Este é o princípio básico para a organização, atribuição de recursos, gestão e avaliação da cooperação técnica da Organização em seus diferentes níveis operacionais.

O cenário descrito acima demanda o exercício permanente de análise e de construção de consenso com os países em torno das necessidades e prioridades nacionais, bem como o potencial nacional e internacional para cooperação por meio da formulação conjunta da Estratégia de Cooperação com o País (Country Cooperation Strategy, CCS) da OPAS/OMS.

A CCS é uma metodologia proposta pela OMS dentro do marco da "Iniciativa Enfocada no País," que possibilita o desenvolvimento da visão de médio prazo (4 a 6 anos) da cooperação técnica da OPAS/OMS com cada país. O seu objetivo é preparar uma proposta de cooperação integrada que atenda às políticas e necessidades do país no contexto de acordos coletivos, tornando possível o desenvolvimento de uma estratégia única com um único orçamento.

Um dos principais componentes para a elaboração da Estratégia de Cooperação com o País é o Perfil de Sistemas de Saúde: Monitoramento e Análise dos Processos de Mudança/Reforma do Setor de Saúde (http://*www.lachsr.org/en/profiles.cfm*). Outros instrumentos e metodologias produzidos pela Organização são também importantes nesse processo. Dentre estes, incluem-se: (1) Análise do Setor de Saúde *(http://www.lachsr.org/en/hsanalyses.cfm*); (2) Análise Setorial de Água e Saneamento; (3) Iniciativa de Dados Básicos de Saúde *(http://www.paho.org/english/dd/ais/coredata.htm*); (4) Medição do Desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública; (5) Avaliação do Desempenho da Função Gestora da Autoridade Sanitária Nacional *(http://www.lachsr.org/en/toolsframeworks.cfm?view=categoryAsDoc&viewid=14*); (6) Observatório de Recursos Humanos da Área de Saúde *(http://www.lachsr.org/en/observatorio.cfm*); (7) Estudos sobre Exclusão Social na Área de Saúde *(http://www.lachsr.org/en/socialprotect.cfm)*; e (8) Avaliação dos Programas Nacionais de Imunização.

17. OPAS/OMS "A Experiência na Aplicação da Metodologia de Estratégia de Cooperação com os Países (ECP) na Região das Américas." CD46/INF/4, 57a Sessão Regional, Washington DC, 26-30 setembro 2005.

ATUALIZAÇÃO DA METODOLOGIA

JUSTIFICATIVA

Em resposta à solicitação que os países da Região dirigiram ao Conselho Diretor em setembro de 1999 por meio da Resolução CD41.R12 *(http://www.paho.org/english/gov/dc/govbodies-CD.htm)*, a reunião na qual os governos da Região identificaram a necessidade de apoio técnico para o monitoramento das reformas do setor de saúde nas Américas, a OPAS/OMS deu continuidade ao processo dinâmico de desenvolvimento, melhoria e adaptação das *Orientações Metodológicas para a Elaboração de Perfis de Sistemas de Saúde e Acompanhamento e Monitoramento dos Processos de Mudança dos Sistemas de Saúde na América Latina e Caribe. Ademais*, a OPAS/OMS vem fornecendo apoio técnico durante a aplicação da metodologia em todos os países da Região assim como durante a elaboração de seus relatórios periódicos.

No entanto, indícios acerca do impacto dos processos de Reforma Setorial na ALC e sua contribuição para novos avanços conceituais levaram ao reconhecimento de que a *Nova Agenda de Reformas Setoriais*[18] deveria fornecer as ferramentas necessárias para fortalecer os sistemas de saúde. Assim, as estratégias e políticas deveriam (1) reduzir as iniqüidades na área da saúde; (2) aumentar a solidariedade no financiamento; (3) direcionar intervenções às populações vulneráveis; (4) utilizar modelos de atenção baseados na promoção de saúde e prevenção de doenças; (5) promover a saúde pública; (6) promover o desenvolvimento abrangente e sustentável dos recursos humanos da área de saúde; (7) fortalecer a Função Gestora e (8) promover a Expansão da Proteção Social em Saúde.[19],[20]

A atualização periódica das Orientações Metodológicas a cada três (3) anos e a incorporação de novos avanços conceituais é de fundamental importância para o monitoramento dos processos de mudança/reforma nos sistemas de saúde além de ser um mecanismo gerador de conhecimentos que pode aprimorar o desempenho dos sistemas de saúde.

18. Mirta Rosés Periago, Discurso de Abertura, Consulta Regional sobre o Trabalho da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde, OPAS/OMS, Washington DC, 5 julho, 2005.
19. de Savigny, D, Kasale, H, Mbuya, C, and Reid, G. In Focus: Fixing Health Systems. Canadá: IDRC 2004; 126 *(http://web.idrc.ca/en/ev-64763-201-1-DO_TOPIC.html)*
20. Evans, T and Bennett, S. Making Health Systems Work. Health Systems Action Network. 2005:4 *(http://www.phrplus.org/Pubs/HSANFull_article.pdf)*

OBJETIVO

O objetivo da metodologia é facilitar e fortalecer a capacidade institucional de cada país para preparar um relatório ("Perfil do Sistema de Saúde") contendo uma breve descrição e análise de três componentes relacionados ao Sistema de Saúde, a saber, (1) Contexto do Sistema de Saúde; (2) Funções do Sistema de Saúde; e (3) Monitoramento dos Processos de Mudança/Reforma dos Sistemas de Saúde.

A fim de facilitar e fortalecer a capacidade institucional do país para analisar, monitorar e avaliar a reforma do setor de saúde, a OPAS/OMS elaborou diversas ferramentas. Dessa forma, os objetivos específicos da atualização das Orientações Metodológicas incluem:

- Padronização das ferramentas e metodologias preparadas com a finalidade de facilitar e fortalecer a capacidade institucional do país para monitorar e analisar processos de mudança/reforma;
- Incorporação dos avanços conceituais no campo da saúde pública/desenvolvimento de sistemas de saúde;
- Inclusão de questões não abordadas pelos processos de RSS, tais como as Funções Essenciais da Saúde Pública, Função Gestora e Capacitação de Recursos Humanos;
- Fornecer apoio para o desenvolvimento da Estratégia de Cooperação Técnica Enfocada nos Países (ECTEP);
- Simplificar a aplicação das Orientações Metodológicas com o intuito de facilitar a sua atualização contínua.

PÚBLICO ALVO

No âmbito nacional:

- Autoridades sanitárias nacionais e subnacionais (intermediária e local):
- Profissionais nacionais que trabalham nas áreas de planejamento e administração dos sistemas e serviços de saúde, bem como profissionais de campo das agências de cooperação técnica e financeira e das ONGs;
- Gerentes e profissionais de outras instituições públicas (por exemplo, ministérios de planejamento e finanças) e instituições privadas do setor de saúde;
- Instituições educacionais relacionadas à saúde;
- Profissionais de saúde;
- A mídia e o público em geral.

No âmbito internacional:

- Gerentes e profissionais da OPAS/OMS e outras agências de cooperação técnica ou financeira, bilaterais ou multilaterais;
- Autoridades sanitárias nacionais de outros países e regiões;
- Universidades e centros dedicados à educação em saúde pública, administração e gestão sanitária;
- Revistas especializadas; e
- A mídia em geral.

NOVA ESTRUTURA

A estrutura das Orientações Metodológicas busca facilitar a coleta, a elaboração e a atualização periódica do Perfil com base em três áreas temáticas. Igualmente, busca padronizar a estrutura da metodologia com aquela utilizada para a Análise do Setor de Saúde. A Análise do Setor de Saúde é um processo coletivo e participativo que tem como objetivo fortalecer a capacidade dos quadros técnicos e políticos nacionais para gerenciar o setor de saúde. O documento resultante descreve a situação da saúde bem como o desempenho do sistema de saúde. A Análise orienta a identificação e seleção das intervenções prioritárias para a formulação de políticas de saúde e para o desenvolvimento dos sistemas de saúde. Esse processo foi completado com êxito na Bolívia, Costa Rica, Cuba, Guiana, Haiti, Nicarágua, Paraguai e Porto Rico. *(http://www.lachsr.org/en/hsanalyses.cfm)*

As informações recolhidas durante a aplicação das primeiras e segundas versões da metodologia indicam que o lapso temporal entre a implementação de um conjunto de intervenções e o seu impacto eventual é normalmente demasiadamente longo para que os seus efeitos possam ser observados durante o período de tempo relativamente curto em que a dinâmica, processo e conteúdo da reforma foram monitorados (começando em 1999).

O exposto anteriormente leva à conclusão de que os esforços para realizar avaliações das reformas produzem informação e dados inexatos de pouca utilidade para os tomadores de decisão. Em vista desta situação, foi decidido que as Orientações Metodológicas deveriam centrar-se no Monitoramento dos Processos de Mudança/Reforma dos Sistemas de Saúde. Outros instrumentos e processos de geração de conhecimento devem ser desenvolvidos e empregados no longo prazo para a análise do componente de avaliação.

A estrutura das Orientações Metodológicas que se apresenta a seguir incorpora três áreas temáticas, a saber:

(1) CONTEXTO DO SISTEMA DE SAÚDE

(2) FUNÇÕES DO SISTEMA DE SAÚDE

(3) MONITORAMENTO DOS PROCESSOS DE MUDANÇA/REFORMA DOS SISTEMAS DE SAÚDE

(1) CONTEXTO DO SISTEMA DE SAÚDE. Compreende duas subseções: (i) Análise da Situação de Saúde e (ii) Determinantes de Saúde. A Análise da Situação de Saúde descreve a situação geral em relação ao estado de saúde da população. A seção sobre Determinantes de Saúde resume e analisa os determinantes políticos, econômicos e sociais que influenciam a situação de saúde e o desempenho do sistema de saúde.

(2) FUNÇÕES DO SISTEMA DE SAÚDE. Descreve e analisa a organização geral, os recursos e o desempenho das funções do sistema de saúde, incluindo a Função Gestora; Financiamento e Asseguramento; e Prestação de Serviços.

(3) MONITORAMENTO DOS PROCESSOS DE MUDANÇA/REFORMA DOS SISTEMAS DE SAÚDE. Descreve e analisa as fases ou estágios de transformação mais intensa do sistema de saúde e/ou processos de reforma.

A fim de garantir a homogeneidade entre os países no uso dos termos empregados nas Orientações Metodológicas, um glossário foi incluído ao final deste documento.

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

EQUIPE DE TRABALHO

A liderança do Ministério da Saúde e de outras instituições do setor de saúde (por exemplo, seguridade social, setor privado, universidades, etc.) é de grande importância para o preparo e/ou revisão do Perfil. Estes devem convocar e informar os demais atores do setor de saúde acerca dos objetivos e do escopo do trabalho.

As equipes de trabalho devem ser integradas por no máximo seis membros. Recomenda-se que cada membro seja responsável por um dos itens da metodologia.

Sugere-se que pelo menos uma reunião da equipe de trabalho responsável pelo preparo e/ou revisão do Perfil ocorra ao começo e ao final do processo e que as equipes de trabalho para cada uma das áreas temáticas do Perfil se reúnam com freqüência.

A Autoridade Sanitária Nacional bem como o Escritório Nacional da OPAS/OMS contarão com o apoio técnico da Área de Fortalecimento de Sistemas de Saúde da sede da OPAS/OMS durante todo o processo.

QUE TIPO DE INFORMAÇÃO USAR E ONDE OBTÊ-LA?

As seguintes fontes deverão ser utilizadas no preparo e/ou revisão do Perfil:

a) Informação já disponível, dando prioridade à informação institucional publicada em fontes nacionais oficiais.

b) Informação publicada por agências de cooperação técnica e/ou financeira internacionais.

c) Informação ainda não publicada de fontes nacionais oficiais (denominada "literatura cinza") desde que não exista empecilho à sua utilização. O portal da Iniciativa Regional de Reforma do Setor de Saúde para a ALC contém uma seção dedicada exclusivamente a fontes de informação de literatura cinza cuja consulta é recomendada: *http://www.lachsr.org/en/cyberlibrary.com*.

d) Informação considerada relevante publicada por fontes não oficiais.

Nos casos em que não houver informação ou a informação estiver incompleta (por exemplo, sub-registro de mortalidade) ou quando existirem distorções documentadas, essas devem constar claramente no documento do perfil (por exemplo, se a única informação disponível refere-se aos estabelecimentos ligados ao Ministério da Saúde). Nos casos em que a informação existir, mas não estava disponível durante o preparo do Perfil, isso também deve ser expresso claramente, indicando onde a informação pode ser encontrada e, caso relevante, a razão pela qual ela não pôde ser acessada.

ABORDAGEM DAS ÁREAS TEMÁTICAS

As três áreas temáticas incluídas na metodologia são consideradas essenciais no preparo do Perfil e recomenda-se que elas sejam abordadas na seqüência em que são expostas. Informações relativas a áreas temáticas não abordadas podem ser incluídas em caráter excepcional apenas se esclarecerem aspectos essenciais do sistema de saúde do país e de seus processos de mudança e desde que seja respeitada a extensão total recomendada para o Perfil. Cada área temática deve incluir informação quantitativa e qualitativa.

Com relação à *informação quantitativa*, esforços foram feitos para incluir informação que se sabe existir e estar disponível na maior parte dos países. Sempre que possível, a informação quantitativa deve ser apresentada na forma de tabela ou gráfico e com comentários sobre a evolução da série temporal (se disponível) para os últimos três períodos, por exemplo: 1993-1996; 1997-2000; e 2001-2004.

Em relação *à informação qualitativa*, a metodologia busca ser auto-explicativa ao, por exemplo, esclarecer o escopo do que se pretende investigar, elucidar a definição dos termos e sugerir o espaço que uma questão deve ocupar no Perfil (uma linha, algumas linhas ou um parágrafo). Nesse momento é importante que a equipe de trabalho faça a diferenciação entre *"informação qualitativa," "opinião qualificada" e "juízo de valor."*

Por exemplo, se uma dada proposta ministerial para reforma setorial (ou relativa a um aspecto importante da reforma) gerou oposição e foi eventualmente abandonada, esta é considerada uma informação qualitativa relevante que deve ser registrada. Se a oposição partiu de diversos atores (dentro ou fora do governo), a avaliação da influência de cada um dos atores sobre a rejeição é uma questão de opinião e será incluída apenas se houver suficiente consenso em torno da questão. A avaliação das razões para a oposição de cada ator pertence à categoria de "juízos de valor" e deve ser expressa como tal.

APRESENTAÇÃO DO PERFIL

Em um primeiro momento, as Orientações Metodológicas serão utilizadas como um guia prático para a coleta dos dados solicitados sobre o contexto da saúde, as funções do sistema de saúde e o monitoramento dos processos de mudança. Com base na informação coletada, a segunda fase dos trabalhos discutirá e chegará a um consenso sobre os dados obtidos mediante a análise adequada dos mesmos. Na terceira e última fase, a equipe de trabalho apresentará os resultados obtidos nas fases anteriores em forma de narração. A narrativa final do Perfil deverá ser um resumo objetivo em que descrições longas e detalhadas deverão ser evitadas. Assim, recomenda-se que o estilo de redação empregue frases curtas e com pontuação e acentuação apropriada a fim de evitar frases não relacionadas e uso excessivo de orações subordinadas.

A notação para números em espanhol, português e francês deverá ser respeitada, e.g., "," como o símbolo decimal e "." como o símbolo para o agrupamento de milhares e milhões. No caso dos Perfis preparados em inglês ou na tradução para o inglês dos Perfis originalmente redigidos em outras línguas, a notação em inglês deverá ser mantida, isto é "." como o símbolo decimal e "," como o símbolo para o agrupamento de milhares e milhões.

A extensão total do documento, incluindo a bibliografia, deve ser de 30 a 35 páginas, em espaçamento 1.5, em fonte Arial tamanho 11. Isso não inclui o Resumo Executivo, que não deverá exceder duas páginas. Um equilíbrio entre os gráficos e o texto deverá ser mantido. As seções que contiverem informação quantitativa (apresentada na forma de tabelas ou gráficos) deverão ser organizadas de modo que não excedam 40% a 50% da extensão total do documento.

O Perfil do Sistema de Saúde deve ser o mais objetivo possível, de extensão razoável, acessível por meio do portal da OPAS/OMS *(http://www.paho.org)* e por meio do portal da LACRSS *(http://www.lachsr.org)* e atualizado periodicamente; recomenda-se que essa atualização seja realizada no mínimo a cada três anos. Recomenda-se que o Perfil não exceda 35 páginas e que cada área temática observe a extensão sugerida abaixo:

(1) CONTEXTO DO SISTEMA DE SAÚDE	3-4 PÁGINAS
(2) FUNÇÕES DO SISTEMA DE SAÚDE	10-12 PÁGINAS
(3) MONITORAMENTO DOS PROCESSOS DE MUDANÇA/REFORMA DOS SISTEMAS DE SAÚDE	15-20 PÁGINAS
BIBLIOGRAFIA	1-2 PÁGINAS
TOTAL	30-35 PÁGINAS

ATUALIZAÇÃO PERIÓDICA

Revisões integrais do Perfil devem ser realizadas a cada três anos. Modificações parciais de uma das áreas temáticas, no entanto, podem ser realizadas a qualquer momento. Neste caso, a Autoridade Sanitária Nacional deverá enviar as modificações propostas para o ponto focal na sede da OPAS/OMS correspondente por meio do Representante da OPAS/OMS.

O preparo da nova edição do Perfil e as revisões integrais devem incluir ao menos uma revisão externa. Para esse fim, as representações da OPAS/OMS nos países poderão firmar um acordo com uma ou mais instituições nacionais de prestígio acerca do modo que tal revisão ocorrerá. Essa revisão externa deverá ocorrer antes do envio da nova versão do Perfil para a equipe técnica na sede.

METODOLOGIA

CONTEXTO DO SISTEMA DE SAÚDE

A finalidade desta seção é resumir e examinar a informação disponível acerca da situação de saúde do país. Outro objetivo desta seção é analisar a informação relacionada aos determinantes externos relacionados ao contexto político, econômico e social do país e que afetam o desempenho do sistema de saúde. Nesse sentido, a meta é identificar e analisar os determinantes externos ao setor de saúde que influenciam as intervenções de saúde e os resultados obtidos. Grande parte desta informação está disponível, já foi utilizada no passado e, de modo geral, já foi publicada nos países.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE

O objetivo desta seção é avaliar o estado de saúde da população. Para esse fim, o nível de desenvolvimento dos sistemas de informação da saúde nacionais e, mais concretamente, a disponibilidade de dados desagregados por gênero, grupo étnico, faixa etária, etc., bem como a qualidade, integridade e coerência de tais dados afetarão a capacidade da equipe de trabalho para avaliar o estado de saúde da população. Ao completar esta seção, recomenda-se que a informação seja consolidada, resumida e atualizada de acordo com as Variáveis de Análise e Indicadores apresentados abaixo.

ANÁLISE DEMOGRÁFICA

O conhecimento da estrutura e das tendências do crescimento populacional é de grande relevância, pois os requisitos do sistema de saúde são afetados pelo tamanho da população, e sua distribuição geográfica, estrutura etária e taxa de crescimento.

A finalidade desta seção do Perfil é analisar as variáveis demográficas que atuam como fatores condicionantes do contexto de saúde nacional. Assim, a tendência da média para cada variável deverá ser analisada para cada um dos três períodos qüinqüenais entre 1990 e 2005.

Favor completar a tabela abaixo (no. 1) e comentar a tendência para cada variável por período qüinqüenal entre 1990 e 2005. Se possível, favor anexar a pirâmide populacional para cada período.

TABELA 1: TENDÊNCIAS DEMOGRÁFICAS

Períodos / Indicadores	1990-1994		1995-1999		2000-2005	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
População total (milhares)						
Proporção da população urbana						
População indígena						
Proporção da população com menos de 15 anos						
Proporção da população com mais de 60 anos						
Taxa de crescimento anual da população						
Taxa total de fertilidade						
Taxa bruta de natalidade por 1.000 habitantes						
Taxa de mortalidade bruta						
Expectativa de vida ao nascer						
Saldo migratório						

FONTE (S):

Nota: utilize a abreviação N/D quando a informação não estiver disponível.

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA

A análise epidemiológica deve descrever de modo sintético o estado de saúde da população; isto é, deve apresentar de forma resumida o conjunto relevante de características descritivas acerca da saúde de uma determinada população. A utilidade dessa análise no preparo do Perfil do Sistema de Saúde dependerá da disponibilidade de dados e de sua qualidade. Felizmente, em muitas das jurisdições administrativas do setor de saúde nos países da Região, existe uma prática consolidada de produzir relatórios periódicos acerca do estado da saúde. Assim, como parte do exercício para a construção do Perfil, recomenda-se que a informação de estudos existentes sobre o estado da saúde da população e a sua tendência em anos recentes seja compilada e sistematizada.

Favor completar a tabela abaixo e comente a tendência por período qüinqüenal para cada uma das variáveis para o período entre 1990-2005. Nos casos em que os dados estiverem desagregados por sexo, favor registrá-los separadamente.

TABELA 2: MORBIDADE E FATORES DE RISCO

Períodos / Indicadores	1990-1994		1995-1999		2000-2005***	
	Urbano	Rural**	Urbano	Rural**	Urbano	Rural**
Prevalência de baixo peso ao nascer						
Fertility rate in adolescent Taxa de fertilidade em mulheres adolescentes (15 a 19 anos de idade)						
Prevalência de deficiência nutricional moderada a grave em crianças com menos de cinco anos de idade por ano *						
Prevalência de amamentação exclusiva até o 120º dia de vida						
Porcentagem de partos atendidos por pessoal de saúde capacitado						
Número de casos confirmados de doenças evitáveis com vacinação*						
Incidência de infecções por influenza por ano						
Número de casos de dengue confirmados por ano*						
Número de casos de malária confirmados por ano*						
Incidência de TB por ano*						
Incidência de baciloscopia de escarro positivo por ano						
Incidência de HIV/AIDS por ano						
Proporção de casos de HIV/AIDS (homem/mulher)						
Incidência de neoplasmas malignos de pulmão por ano*						
Incidência de neoplasmas malignos de mama em mulheres por ano						
Incidência de neoplasmas malignos da cerviz por ano						

FONTE (S):

Nota: utilize a abreviação N/D quando a informação não estiver disponível.
** Favor apresentar esta informação desagregada por sexo quando possível.*
***Favor apresentar esta informação desagregada em rural e indígena quando possível.*
****Favor preparar um gráfico da tendência para os últimos 5 anos.*

TABELA 3: TAXA DE MORTALIDADE

	Geral	Materna	Doenças Transmissíveis (registro obrigatório)	TB	AIDS	Malária	Doenças do Sistema Circulatório	Doenças Neoplásicas Malignas	Causas Externas
Períodos									
1990-1994									
1995-1999									
2000-2005									
Gênero									
Homens									
Mulheres									
Área Geográfica									
Urbana									
Rural									
Grupo Étnico*									
Branco									
Indígena									
Mestiço									
Afro-Descen-dente									
Outros									

FONTE (S):

**Cada país especificará os grupos étnicos existentes.*

TABELA 4: MORTALIDADE INFANTIL *

	Neonatal (0 a 28 dias)	Pós-neonatal (28 dias a 1 ano)	Infantil (0 a 1 ano)	Pós-infantil (1 a 4 anos)	Total (1 a 5 anos) **
Períodos					
1990-1994					
1995-1999					
2000-2005					
Causas					
Doenças originadas no período perinatal (trauma no nascimento/asfixia e prematuridade)					
Doenças Intestinais Infecciosas (DII)					
Infecções Respiratórias Agudas (IRA)					
Anomalias congênitas					
Deficiências nutricionais					
Outras causas					
Áreas Geográficas					
Urbana					
Rural					
Grupo Étnico* **					
Branco					
Indígena					
Mestiço					
Afro-descendente					
Outro					

FONTE(S):

**Mortalidade Infantil por mil partos com vida nos últimos 15 anos.*
*** Favor apresentar esta informação desagregada por sexo quando possível.*
****Cada país especificará os grupos étnicos existentes.*

Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)

Ao elaborar os Perfis de Sistemas de Saúde, foi considerado necessário documentar o estado atual do setor com respeito aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Os ODM foram estabelecidos logo após a Cúpula do Milênio das Nações Unidas (2000) e inclui 8 objetivos, 18 metas e 48 indicadores. Os ODM conferem grande destaque a questões de saúde: três dos 8 objetivos e oito das 18 metas são diretamente relacionadas à área da saúde e incluem indicadores a serem monitorados pela OMS. *(www.un.org/millenniumgoals)*

O exercício de preparação do Perfil do Sistema de Saúde fornece uma excelente oportunidade para estabelecer uma linha de base consensual para cada um dos indicadores relacionados à saúde, bem como para determinar o escopo da mudança necessária para alcançar as metas estabelecidas, levando em conta as tendências observadas entre 1990 e 2000 para cada indicador. Ademais, é possível identificar as estratégias e as intervenções que contribuem para o alcance de cada objetivo, incluindo as propostas para estratificação e/ou enfoque em populações e atividades prioritárias. Utilizando a tabela abaixo (no. 5) como marco de referência, descreva sucintamente qual a situação do país com respeito a cada um dos ODM e às informações solicitadas.

TABELA 5: OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO

ODM	Instituições responsá-veis	Base de dados padroni-zada*	Informação atualizada	Identificação de déficits a serem superados até 2015**	Identifica-ção de interven-ções ***	Plano Estraté-gico 2015****	Alocação de Recursos
1. Erradicar pobreza extrema e fome							
2. Atingir o ensino básico fundamental							
3. Promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres							
4. Reduzir a mortalidade infantil							
5. Melhorar a saúde materna							
6. Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças							
7. Garantir a sustentabili-dade ambiental							
8. Estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimen-to							

FONTE (s):

**Nível básico de padronização de indicadores nacionais e internacionais: por exemplo, índice de pobreza, mortalidade materna, acesso à água potável, etc.*
*** Favor apresentar um gráfico com as tendências relacionadas aos ODM (caso exista).*
****Favor mencionar as intervenções que se manifestam em mais de um ODM (intervenções intersetoriais).*
*****Favor descrever o plano estratégico do país para alcançar os ODM até o ano 2015.*

1.2 DETERMINANTES DE SAÚDE

O objetivo desta seção é ajudar a resumir e analisar a informação sobre os determinantes externos à situação de saúde ou ao desempenho do sistema de saúde que são relacionados ao contexto político, econômico e social. Ela aborda determinantes que são predominantemente externos ao setor, mas que influenciam as suas ações e resultados.

DETERMINANTES POLÍTICOS

Na esfera mundial, o início da década de 90 marcou o começo de uma nova etapa econômica e social. O desaparecimento do "socialismo real" e o fim da Guerra Fria simbolizaram o início de uma nova era caracterizada pela unipolaridade, a predominância de incentivos de mercado e tendências em direção à globalização das esferas política, econômica e social.

Para a região da América Latina e Caribe, esse processo representou o fim da maioria dos regimes autoritários e a expansão da democracia. Por outro lado, a Região também experimentou um aumento nos níveis de pobreza e de desemprego. Fenômenos como violência política e social, violações dos direitos democráticos, denúncias de corrupção nos altos escalões, conflitos de fronteira e a pressão do tráfico de drogas aumentaram em vários países. No entanto, concomitantemente, havia apoio à idéia de que o fortalecimento da democracia conduziria ao alcance de um modelo de crescimento econômico com desenvolvimento que seria capaz de alçar a Região ao mundo globalizado e que, além disso, possibilitaria a redução dos altos níveis de iniqüidade existente. Assim, dois processos foram iniciados (ou reativados): (i) de integração sub-regional e de coordenação regional e hemisférica; e (ii) de modificação profunda das relações entre sociedade e Estado.

A transformação das relações entre sociedade e Estado foi instigada pelas políticas de ajuste estrutural, que enfatizavam o mercado e uma diminuição do Estado. A redefinição do papel do Estado levou a um reforço de certas funções-chave (regulação, controle, avaliação) e a um peso maior da iniciativa privada na prestação de serviços. Apesar dos processos terem seguido caminhos distintos em cada país, a maioria dos programas de reforma e modernização do Estado buscou abordar problemas de déficits fiscais, dívida externa, centralização excessiva, ineficiência administrativa, baixo nível de satisfação das demandas sociais e fragilidade do sistema democrático. Além disso, esses programas incorporaram políticas de favorecimento de grupos vulneráveis e de combate à pobreza e à pobreza extrema em particular. Até o presente momento, verifica-se que os efeitos desses programas foram desiguais.[21]

Favor utilizar o guia abaixo para descrever e analisar de forma sucinta os determinantes políticos de saúde. Para cada um dos pontos, solicita-se uma resposta afirmativa ou negativa. No caso de uma resposta afirmativa, favor comentar brevemente e incluir exemplos.

21. Ffrench-Davis, R. "Reformas para América Latina después del Fundamentalismo Neoliberal" Buenos Aires, Siglo XXI, 2005.

Existem situações de instabilidade ou de violência política.

Sim □

Comente como isto afeta o setor de saúde: _____

_____

Não □

O país é parte de uma iniciativa sub-regional ou de uma zona de livre comércio.

Sim □

Comente se há estudos sobre a repercussão sobre as políticas sociais: _____

_____

Não □

Há propostas explícitas sobre a necessidade de reforma do estado.

Sim □

Comente os seus componentes principais e analise o seu desenvolvimento: _____

_____

Não □

Existe cooperação internacional para a modernização do Estado e do setor público.

Sim □

Descreva as organizações e as áreas de cooperação: _____

_____

Não □

As seguintes questões são problemas políticos prioritários: déficit público, dívida externa, descentralização excessiva, administração e gestão ineficientes e insatisfação pública.

Sim □

Comentários: _____

_____

Não □

O combate à pobreza é uma prioridade governamental.

Sim □

Comente como ela é abordada, com quais atores e com quais estratégias: _____

_____

Não □

A violência é percebida como sendo um problema político.

Sim □

Comente sobre quem sofre com a violência (mulheres, crianças, trabalhadores, imigrantes): _____

_____

Não □

Há um Gabinete Social (Ministérios de Desenvolvimento Social, de Saúde, de Educação, etc.).

Sim □

Descreva a sua composição e funcionamento: _____

_____

Não □

Os níveis executivos do Ministério da Saúde anunciaram as estratégias nacionais para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Sim □

Comente se iniciativas setoriais relacionadas a essa questão foram adotadas: _____

_____

Não □

Há coordenação entre os atores dos diferentes setores para o desenvolvimento e a implementação de políticas de saúde pública.

Sim □

Comente se iniciativas setoriais relacionadas a essa questão foram adotadas: _____

_____

Não □

DETERMINANTES ECONÔMICOS

A fim de identificar as principais características da situação econômica do país, é necessário determinar e analisar a evolução das variáveis relacionadas ao desempenho macroeconômico, às despesas públicas e às despesas sociais públicas (incluindo o componente de despesas com saúde).

Favor completar a tabela abaixo (no.6) e comentar a tendência por período qüinqüenal para cada indicador entre 1990 e 2005.

TABELA 6: TENDÊNCIAS PARA INDICADORES ECONÔMICOS ESPECÍFICOS

Indicador	Períodos qüinqüenais		
	1990-1994	1995-1999	2000-2005
PIB per capita em US$, em preços constantes relativo ao ano base			
Gastos públicos per capita *			
População Economicamente Ativa (PEA): PEA entre 15 e 59 anos.* PEA empregada*			
Gasto público total, como porcentagem do PIB			
Gasto público em saúde, como porcentagem do PIB **			
Gasto público com serviços de saúde, como porcentagem do PIB ***			
Gasto privado com saúde*			
Gastos do próprio bolso (% do gasto total com saúde)*			
Taxa de inflação anual			
Remessas como porcentagem do PIB			
Dívida externa, como porcentagem do PIB			
Porcentagem de lares com mulheres chefe de família			
Serviço da dívida externa, como porcentagem do PIB			

FONTE(S):

Nota: utilize a abreviação N/D quando a informação não estiver disponível.
** Favor apresentar esta informação desagregada por sexo quando possível.*
*** Refere-se aos gastos que o setor de saúde realiza com o grupo de instituições que compreendem o sistema de saúde pública .*
**** Refere-se aos gastos com atenção médica e saúde pública (consultar a classificação funcional de gastos).*

NÍVEIS DE POBREZA: A dimensão da pobreza é obtida levando em conta a renda per capita e o valor monetário da cesta básica de alimentos; ou a linha de pobreza extrema (LPE) e duas vezes o valor da cesta básica de alimentos ou a linha de pobreza relativa (LPR).

TABELA 7: NÍVEIS DE POBREZA*

Área	NÍVEL DE POBREZA		
	POBRE	POBREZA RELATIVA	POBREZA EXTREMA
TOTAL			
URBANA			
RURAL			
GRUPOS ÉTNICOS			
INDÍGENA			
AFRO – DESCENDENTE			
OUTROS			
GÊNERO			
HOMENS			
MULHERES			

FONTE(S):

Nota: utilize a abreviação N/D quando a informação não estiver disponível.
** Sugere-se utilizar como fontes de informação as pesquisas domiciliares e dados dos departamentos nacionais de estatística e censo.*

CONDIÇÕES DE EMPREGO: A análise das condições de emprego permite observar as tendências laborais, migratórias e demográficas. Essa informação reflete o número de pessoas que se somam à força de trabalho por ano ou durante outro período específico. Tal informação pode ser desagregada a fim de determinar quantas pessoas ingressam no mercado de trabalho por área geográfica (urbano-rural) e por tipo de trabalho (formal-informal).

TABELA 8: CONDIÇÕES DE EMPREGO DE ACORDO COM GÊNERO E RENDA

SETOR OCUPACIONAL	CONDIÇÕES DE POBREZA			TOTAL
	EXTREMA	RELATIVA	NÃO POBRES	
TOTAL				
FORMAL				
INFORMAL				
HOMENS				
FORMAL				
INFORMAL				
MULHERES				
FORMAL				
INFORMAL				

FONTE(S):

Nota: utilize a abreviação N/D quando a informação não estiver disponível.
** Sugere-se utilizar como fontes de informação as pesquisas domiciliares e dados dos departamentos nacionais de estatística e censo.*

DETERMINANTES SOCIAIS

Os países normalmente dispõem de indicadores mais ou menos atualizados sobre uma série de variáveis básicas, muitas das quais são comunicadas a agências internacionais e cuja evolução faz com que seja possível avaliar a situação social.

Desde 1990, o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) publica o Relatório de Desenvolvimento Humano, onde os países são classificados de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que é calculado com base em uma matriz de variáveis que incluem expectativa de vida ao nascer, nível de alfabetização, escolarização e PIB per capita. Entre 1995 e 2000, o relatório incluiu o Perfil de Desenvolvimento Humano para cada país que, além de incorporar as variáveis anteriores, inclui outras, tais como população com acesso a serviços de saúde, à água potável e ao saneamento básico, oferta calórica per capita, distribuição diária de jornais, acesso à televisão e outros.

Ademais, o Relatório dedica considerável espaço para a avaliação das diferenças de gênero mediante o Índice de Desenvolvimento Relativo a Gênero (IDG), que inclui informação acerca dos seguintes indicadores: expectativa de vida ao nascer para mulheres e para homens, taxas de alfabetização para homens e para mulheres, taxas combinadas de escolarização para homens e mulheres e renda per capita para mulheres e para homens com base na participação na renda derivada do trabalho. A Medida de Empoderamento de Gênero (MEG) também é incluída. Esta medida compreende indicadores que medem o número de cadeiras ocupadas por mulheres no parlamento, o número de mulheres em cargos executivos e administrativos, o número de mulheres em postos profissionais e técnicos e o PIB per capita para as mulheres.

Há inúmeros estudos sobre pobreza e pobreza extrema na América Latina, dentre os quais merecem ser destacados aqueles publicados pela Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL). Além disso, o Banco Mundial mantém uma base de dados para monitorar a pobreza na América Latina que utiliza como fonte de dados as avaliações de pobreza (“poverty assessments”) conduzidas de 1993 até o momento. Um aspecto importante a ser considerado é a distribuição geopopulacional dos problemas, vistos a partir da perspectiva das condições de vida. Em alguns países, uma primeira aproximação pode ser obtida pelos chamados mapas de pobreza preparados com base nos dados censitários. De fato, muitos países já classificaram os seus níveis subnacionais (províncias, regiões, estados ou municípios) em diferentes categorias conforme o grau de satisfação de uma série de necessidades básicas (por exemplo, alimentação, habitação, educação e saúde) e prepararam mapas de pobreza e pobreza extrema para o nível municipal.

Favor completar a tabela abaixo e comentar a tendência por período qüinqüenal para cada indicador entre 1990 e 2005.

TABELA 9: TENDÊNCIAS PARA ALGUNS INDICADORES SOCIAIS

	Posição que o país ocupa segundo o IDH	População com acesso à água potável (%)	População com acesso a saneamento (%)	População analfabeta ** (%)	Taxa bruta de escolarização primária	Taxa de desistência escolar	Taxa de trabalho infantil	Razão entre a renda dos 20% mais ricos e dos 20% mais pobres*	Prevalência de violência doméstica	Prevalência de quadros de depressão
Períodos										
1990-1994										
1995-1999										
2000-2005										
Gênero										
Homens										
Mulheres										
Total										
Áreas Geográficas										
Urbana										
Rural										
Grupo Étnico ***										
Branco										
Mestiço										
Indígena										
Afro-Descendente										
Outros										

FONTE(S):

Nota: utilize a abreviação N/D quando a informação não estiver disponível.
** Favor apresentar um gráfico com as tendências dos últimos 5 anos.*
*** Favor apresentar esta informação desagregada por grupo etário quando possível.*
**** Cada país especificará os grupos étnicos existentes.*

DETERMINANTES AMBIENTAIS

Os riscos e a contaminação ambiental contribuem de modo significativo para a mortalidade, morbidade e incapacidades associadas a doenças respiratórias agudas, doenças intestinais, traumas físicos, intoxicação, doenças transmitidas por picadas de insetos e infecções. A mortalidade e a morbidade cujas causas podem ser atribuídas à pobreza ou desnutrição são também associadas a modalidades insustentáveis de desenvolvimento e à degradação do ambiente urbano e rural.

A identificação dos fatores prejudiciais produzidos pelo ambiente e a proteção da população destes fatores são uma incumbência do setor sanitário. A proteção do nosso meio-ambiente é um componente fundamental dos programas de promoção e prevenção de saúde que devem ser abordados pelas políticas de saúde nacionais.

Favor utilizar o guia abaixo para descrever e analisar de forma sucinta os determinantes ambientais de saúde.

Qual instituição/ões é responsável pelos temas ambientais?

Comente o envolvimento do setor de saúde nesses temas: _____

_____

São detectados problemas de saúde relacionados (direta ou indiretamente) aos fatores ambientais (afecções respiratórias e cutâneas, leucemia, problemas auditivos, mortalidade/morbidade por diarréia em menores de 5 anos).

Sim □

Comente as ações tomadas pelo setor de saúde para prevenir estes problemas: _____

_____

Não □

São identificados e monitorados indicadores ambientais relacionados à saúde da população no país (câncer de pele, morbidade/mortalidade por diarréia em menores de 2 anos, morbidade em virtude de fatores químicos, etc.).

Sim □

Comente quais indicadores são identificados e monitorados:_____

_____

Não □

Há mecanismos legais para a regulação e fiscalização dos problemas relacionados à poluição atmosférica (emissões de gases nocivos).

Sim □

Comente quais (se conhecidos) e se o setor de saúde está envolvido no monitoramento dos mesmos: __

_____

Não □

Há mecanismos legais para a regulação e fiscalização dos problemas relacionados à eliminação de excrementos e resíduos.

Sim □

Comente quais (se conhecidos) e se o setor de saúde está envolvido no monitoramento dos mesmos:

_____

Não □

Há mecanismos legais para a regulação e fiscalização dos problemas relacionados à eliminação de produtos tóxicos e radioativos.

Sim □

Comente quais (se conhecidos) e se o setor de saúde está envolvido no monitoramento dos mesmos:

_____

Não □

Há mecanismos legais para a regulação e a fiscalização dos problemas relacionados à poluição da água.

Sim □

Comente quais (se conhecidos) e se o setor de saúde está envolvido no monitoramento dos mesmos:

_____

Não □

Há mecanismos legais para a regulação e fiscalização do acesso da população à água potável.

Sim □

Comente quais (se conhecidos) e se o setor de saúde está envolvido no monitoramento dos mesmos:

_____

Não □

2. FUNÇÕES DO SISTEMA DE SAÚDE

Uma das mais importantes expressões do papel do Estado no sistema de saúde está na separação das funções do sistema sanitário e na atribuição de cada uma das funções identificadas a um ou mais atores e/ou a agências públicas ou privadas. Há um consenso de que este é um campo que requer mais estudos aprofundados, pois os tomadores de decisão políticas e os gestores da área de saúde necessitam de métodos para analisar e monitorar o desempenho dessas funções a fim de determinar se elas estão sendo executadas apropriadamente e se uma mudança no modo em que uma ou mais destas funções são executadas acarretará uma melhora na eqüidade e eficiência geral do setor.[22]

22. Adaptado da OPAS/OMS, "Evaluación y Mejora del Desempeño de los Sistemas de Salud en la Región de las Américas", Washington, DC: OPAS/OMS Unidade de Desenvolvimento de Serviços e Sistemas de Saúde, 2001.

A OPAS/OMS, com base em uma análise dos processos de reforma e reorganização do sistema de saúde em curso nos países da Região, utiliza uma classificação que leva em conta três funções básicas, que devem sempre ser consideradas de modo integrado, coeso e harmônico. Estas funções são: (1) Função Gestora; (2) Financiamento e Asseguramento e (3) Prestação de Serviços. A finalidade desta seção é resumir e analisar a informação relevante a estas funções, que serão descritas nas subseções correspondentes abaixo.

2.1 FUNÇÃO GESTORA

Os Ministérios de Saúde são as principais organizações públicas depositárias da "Autoridade Sanitária" (AS) e são as entidades com responsabilidade primária pelo exercício da função gestora sobre o setor de saúde. Não obstante, observa-se que em alguns países há uma tendência de não concentrar todas as dimensões ou esferas de ação relativas à gestão setorial em uma única entidade. Nesses casos, o conceito de "Autoridade Sanitária" é entendido como sendo o conjunto de atores/instituições do Estado responsável por assegurar o bem estar público em matéria de saúde.

1. MAPEAMENTO DA AUTORIDADE SANITÁRIA

Como primeiro passo para a definição e o fortalecimento da Função Gestora, é importante identificar, descrever, caracterizar e representar graficamente os atores e as entidades que compõem a Autoridade Sanitária, assim como o seu âmbito de ação, estabelecendo claramente a inter-relação entre o marco jurídico que delega poder público ao Estado para desenvolver a Função Gestora na área da saúde e a matriz institucional que efetivamente executa estes poderes. Este processo é conhecido como o *Mapeamento da Autoridade Sanitária*.

Para o propósito de elaborar o Perfil, recomenda-se que seja completado o Marco Orientador para o Mapeamento da Autoridade Sanitária. Não obstante, o país pode decidir completar o Marco Orientador como parte da elaboração do Perfil ou completá-lo durante a aplicação das *Orientações Metodológicas para a Avaliação do Desempenho da Função Gestora da Autoridade Sanitária Nacional*. Ambos os instrumentos podem ser acessados no site *http://www.lachsr.org/static/TallerRectoria/index-taller-rectoria-antecedentes.html*.

2. CONDUÇÃO DA POLÍTICA GERAL DE SAÚDE

A dimensão de Condução da Função Gestora examina a capacidade da Autoridade Sanitária para formular, organizar e administrar a implementação da Política Nacional de Saúde estabelecendo objetivos viáveis e metas factíveis; e a capacidade de elaborar e implementar planos estratégicos de saúde.

Favor utilizar o guia abaixo para descrever e analisar de forma sucinta a capacidade de condução/liderança da Autoridade Sanitária para desenvolver e executar a Política Nacional de Saúde. Para cada um dos pontos, solicita-se uma resposta afirmativa ou negativa. No caso de uma resposta afirmativa, favor comentar brevemente e incluir exemplos.

2.1 Há definição formal da visão e da missão da AS.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

2.2 Fontes de informação sobre a situação de saúde são facilmente identificados no âmbito do Sistema Nacional de Saúde.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

2.3 A AS promove e garante a disponibilidade de informação acerca do acesso a serviços de saúde por grupo sócio-econômico, divisão geográfica, grupo étnico e gênero.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

Favor completar a tabela abaixo com as porcentagens (%) de pessoas que têm acesso aos serviços de saúde:

TABELA 10: ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE [23]

NÍVEL DE DESAGREGAÇÃO DA INFORMAÇÃO	ACESSO	
Períodos	Homens	Mulheres
1990-1994		
1995-1999		
2000-2005		
Grupo populacional		
Crianças com menos de 5 anos de idade		
Pessoas entre 5 e 17 anos de idade		
Pessoas entre 18 e 45 anos de idade		
Pessoas entre 46 e 64 anos de idade		
Pessoas com mais de 65 anos de idade		
Áreas geográficas		
Urbana		
Rural		
Grupo Étnico		
White		
Indígena		
Mestiço		
Afro-descendente		
Outros		
Nível Econômico		
População com pobreza extrema		
População com pobreza relativa		
População não pobre		
Nível de Atenção		
Nível primário		
Nível secundário		

FONTE(S):

Nota: utilize a abreviação N/D quando a informação não estiver disponível. Recomenda-se consultar as pesquisas domiciliares.

23. Acesso a serviços de saúde é entendido como sendo a probabilidade de obtenção de atenção médica quando esta é necessária.

2.4 A AS possui os recursos humanos, materiais e financeiros para utilizar tal informação e tomar decisões, incluindo a formulação dos Objetivos Nacionais de Saúde.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

2.5 A AS leva em conta a atenção primária quando elabora a Política Nacional de Saúde.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

2.6 A AS prepara e periodicamente atualiza a Política Nacional de Saúde.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

2.7 A Política Nacional de Saúde define os atores e as suas responsabilidades a fim de atender aos Objetivos Nacionais de Saúde.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

2.8 As entidades componentes da AS, os demais setores governamentais e a sociedade civil possuem fácil acesso ao documento da Política Nacional de Saúde.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

2.9 A AS possui um sistema de monitoramento e avaliação para medir o impacto das políticas de saúde.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

2.10 A AS promove o consenso entre os múltiplos atores do setor de saúde a fim de viabilizar a formulação da Política Nacional de Saúde.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

2.11 A AS mobiliza os recursos (materiais, humanos, financeiros e organizacionais) do setor de saúde a fim de executar a Política Nacional de Saúde.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

2.12 A AS elabora projetos de saúde para submeter à consideração de agências de cooperação internacional.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

2.13 A AS participa ativamente como porta-voz e representante do setor de saúde em organizações internacionais, regionais e sub-regionais.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

2.14 A AS define objetivos que servem como ponto de referência para a avaliação do desempenho do sistema de saúde.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

2.15 A AS fomenta e promove a participação da sociedade civil na identificação de problemas e no planejamento e implementação de ações no campo da saúde.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

2.16 A AS supervisiona a preparação de normas e intervenções destinadas a favorecer ações de promoção de saúde.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

2.17 Existem mecanismos mediante os quais a AS garante o direito à saúde.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

É de fundamental importância a análise da cooperação internacional para o país, em termos gerais, e em particular, a cooperação dirigida ao setor de saúde, tanto em termos econômicos quanto do ponto de vista da representatividade dos atores envolvidos, da administração, da gestão e da implementação.

2.18 As entidades de cooperação técnico-financeira presentes em seu país e atuantes no setor de saúde são conhecidas?

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

2.19 O setor de saúde conhece os marcos legais e institucionais e os procedimentos para obtenção de recursos de cooperação internacional para a saúde?

Sim □

Comente: _____

Não □

Comente acerca das características e tendências em cooperação internacional com o país no setor de saúde: _____

2.20 Quais são as tendências esperadas em termos de cooperação internacional para o futuro imediato?

_____

2.21 Há mecanismos de coordenação da cooperação internacional para a programação e distribuição de recursos financeiros?

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

Favor completar a tabela abaixo com informações para os seguintes períodos:

TABELA 11: RECURSOS FINANCEIROS DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL (EM US$)

Períodos / Recursos	1990-1994	1995-1999	2000-2005
Reembolsáveis			
Não reembolsáveis			
Total			

FONTE(S):

Nota: utilize a abreviação N/D quando a informação não estiver disponível.

3. REGULAÇÃO SETORIAL

A dimensão da Regulação Setorial tem como finalidade elaborar e garantir a obediência ao marco normativo que protege e promove a saúde da população. A regulação e o monitoramento de sua aplicação são necessários a fim de garantir o papel do Estado em organizar as relações entre a produção e a distribuição dos recursos, bens e serviços de saúde com base nos princípios de solidariedade e eqüidade.

Favor utilizar o guia abaixo para comentar os pontos fortes e fracos, as realizações alcançadas e as deficiências identificadas que a AS apresenta com relação à regulação setorial.

3.1 Existe um marco institucional e jurídico para a execução da Função Gestora.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

3.2 O marco jurídico atribui à Autoridade Sanitária o exercício da função reguladora de modo direto ou por meio de agências especializadas.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

3.3 A implementação da função regulatória mostrou-se positiva em termos de sua contribuição à melhoria das condições de saúde da população.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

3.4 A AS garante o cumprimento das regulações por meio de sanções efetivas proporcionais à magnitude do prejuízo à saúde individual ou coletiva.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

3.5 Os diversos setores envolvidos têm a percepção de que a AS realiza a sua função fiscalizadora com um alto nível de transparência.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

3.6 O governo nacional auxilia os níveis subnacionais em sua função fiscalizadora.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

3.7 Existem normas sanitárias para o funcionamento de estabelecimentos públicos e a AS fiscaliza o seu cumprimento.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

3.8 A AS avalia os quadros de funcionários no setor de saúde do país, identificando as lacunas em termos de composição e disponibilidade, conforme os perfis epidemiológicos e demográficos.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

3.9 A AS determina o procedimento para a certificação de profissionais de saúde.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

4. DESENVOLVIMENTO DAS FUNÇÕES ESSENCIAIS DE SAÚDE PÚBLICA (FESP)

Descreva o desempenho da AS por meio de um resumo dos resultados da aplicação do instrumento de medição das Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP) em seu país, dando ênfase às FESP com pontuação mais alta e com pontuação mais baixa. Comente as ações tomadas para melhorar o desempenho das FESP com baixa pontuação.

5. FINANCIAMENTO

A responsabilidade da AS nesta área envolve a garantia, monitoramento e ajuste da complementaridade dos recursos de fontes diversas a fim de assegurar acesso eqüitativo a serviços de saúde para a população.

Favor utilizar o guia abaixo para comentar os pontos fortes e fracos, as realizações alcançadas e as deficiências que a AS apresenta com relação a financiamento.

5.1 A AS desenvolve e estabelece as políticas dirigidas à promoção da eqüidade por meio de mecanismos de redistribuição financeira.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

5.2 A AS possui os mecanismos para fiscalizar o financiamento setorial a partir da perspectiva da qualidade, eficiência e transparência (por exemplo, mapeamento dos fundos; contas nacionais de saúde; eficiência e estudos de qualidade).

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

5.3 A AS possui a capacidade de articular as suas necessidades por meio do diálogo e da negociação com o Ministério da Economia e as autoridades fiscais no âmbito nacional.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

5.4 A AS utiliza mecanismos de redistribuição de fundos entre os diferentes provedores de seguro a fim de garantir o acesso eqüitativo. Por exemplo, a transferência de subsídios entre os diferentes esquemas (contributivo e subsidiado); a criação de fundos de solidariedade nacional; ou fundos para a compensação de riscos.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

5.5 A AS define critérios para a alocação de recursos para selecionar quais intervenções e serviços devem ser garantidos e priorizados, alocando os recursos necessários para a devida implementação.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

5.6 A AS busca alcançar o financiamento sustentável a fim de fortalecer os sistemas de saúde.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

6. ASSEGURAMENTO

Por asseguramento, entende-se o acesso a um conjunto de serviços de saúde garantido para todos os habitantes ou planos específicos para atender às necessidades de certos grupos populacionais.

Favor utilizar o guia abaixo para comentar os pontos fortes e fracos, as realizações alcançadas e as deficiências que a AS apresenta com relação a asseguramento.

6.1 A AS informa todos os habitantes ou certos grupos populacionais, conforme o caso, sobre osbens e serviços de saúde aos quais eles têm direito sob um plano de benefícios garantidos.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

6.2 Os planos de benefícios a que os usuários têm direito são complementares e conhecidos publicamente?

Sim □

_____

Não □

6.3 Existe uma entidade formal encarregada da proteção dos direitos dos cidadãos?

Sim □

Especifique os mecanismos para a apresentação de demandas e adjudicação de reclamações e comente se eles são respaldados por suficiente alocação orçamentária: _____

_____

Não □

6.4 Existem e são aplicadas normas para regular a qualidade da prestação de serviços de saúde pela AS?

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

6.5 As atividades e o funcionamento dos provedores de seguro de saúde são regulados e fiscalizados (diretamente ou por meio de superintendências ou organizações similares)?

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

6.6 A AS fiscaliza a solvência financeira dos provedores de seguro de saúde com o objetivo de proteger os consumidores da possível falta de solvência que poderia afetar a disponibilidade e a qualidade dos serviços recebidos?

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

7. HARMONIZAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Esta função refere-se à capacidade da AS em promover a complementaridade entre os diversos provedores de serviços e grupos de usuários e estender a cobertura dos serviços de saúde de forma eqüitativa e eficiente.

Favor utilizar o guia abaixo para comentar os pontos fortes e fracos, as realizações alcançadas e as deficiências que a AS apresenta com relação à harmonização da prestação de serviços.

7.1 A AS padroniza os planos de ação e os modelos de gestão das diversas agências públicas descentralizadas ou desconcentradas que fornecem serviços de saúde no país.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

7.2 A AS avalia a possibilidade de duplicidade de serviços, com particular ênfase na formulação de estratégias para evitar a fragmentação dos serviços e promover eqüidade e acesso.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

7.3 A AS estabelece as normas básicas do serviço de saúde, ou padrões para a prestação de serviços, tanto extra quanto intra-hospitalar.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

Não □

7.4 A AS promove e assegura a integração e coordenação dos níveis primário, secundário e terciário de atenção.

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

2.2 FINANCIAMENTO E ASSEGURAMENTO

FINANCIAMENTO

A função de financiamento compreende a determinação da quantia de recursos financeiros disponíveis no sistema de saúde, ou, se necessário, em cada um dos subsistemas existentes; a coleta destes recursos por meio de impostos, contribuições à seguridade social, co-pagamentos ou outros recursos financeiros; e a distribuição e alocação dos fluxos financeiros dentro do sistema. Para fins metodológicos, um conjunto de definições operacionais foi adotado. Por exemplo, financiamento é definido como sendo:

> *"a captação de fundos da sociedade (empresas e domicílios), do Estado e de doadores/financiadores nacionais ou internacionais, por agências que são legalmente ou contratualmente responsáveis (governamentais, seguridade social, associativas/mutuárias/cooperativas ou comerciais) para executar esta função e a identificação dos principais mecanismos de coleta (impostos, contribuições de seguridade social, prêmios, pagamentos diretos de provedores, doações, empréstimos)."*

Com base na definição apresentada, portanto, o financiamento diz respeito à origem dos fundos administrados pelas organizações do setor de saúde. Para efeitos desta seção, é necessário ressaltar que o financiamento é dividido em financiamento público (que provém de impostos, contribuições, pagamento dos custos relativos à prestação dos serviços e, por fim, a divisão dos ativos e fundos recolhidos pelo governo ou entidades de seguridade social) e financiamento privado (que provém dos cidadãos e que é entregue a companhias de seguro, provedores particulares ou a provedores públicos como pagamento por certos serviços).

Favor completar a tabela abaixo (no.12) com as porcentagens das principais fontes de financiamento para o sistema de saúde de acordo com os setores institucionais e os múltiplos instrumentos de financiamento.

TABELA 12: FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE (em US$) *

	1990-1994	1995-1999	2000-2005
ORÇAMENTO NACIONAL TOTAL			
ORÇAMENTO NACIONAL DOTADO PARA O SETOR DE SAÚDE			
SUBSETOR PÚBLICO (TOTAL)			
MINISTÉRIO DA SAÚDE			
SEGURIDADE SOCIAL			
OUTROS			
SUBSETOR PRIVADO (TOTAL)			
SEGURADORAS PRIVADAS			
PROVEDORES PRIVADOS			
CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS			
GASTOS DO BOLSO (DIRETO)			
COMPANHIAS PRIVADAS			
DOAÇÕES			
ORGANISMOS INTERNACIONAIS			
OUTROS (ESPECIFICAR)			

FONTE(S):

Nota: utilize a abreviação N/D quando a informação não estiver disponível.
**Recomenda-se que seja consultado o relatório de Contas Nacionais de Saúde, caso exista, e o Orçamento Nacional da Saúde.*

Muitos países estão empreendendo esforços para melhorar os sistemas de informação sobre financiamento e gastos com saúde e, assim, superar as já conhecidas dificuldades para obter dados sobre o volume e o fluxo que influenciam as decisões políticas relativas à alocação de recursos. Esses esforços fortaleceram a iniciativa de estabelecer e aplicar metodologias de Contas Nacionais de Saúde como forma de compensar pela ausência de informação. Se o país já conduz este tipo de estudo, ou se possui planos de fazê-lo, é importante que seja divulgado e que incorpore as principais descobertas, conclusões e recomendações.

As despesas com bens e serviços de saúde podem ser relatadas com referência aos gastos por setor institucional da economia e por tipo de gasto com saúde que é realizado para diferentes propósitos.

Favor relatar sucintamente se o país elabora Contas Nacionais de Saúde e qual instituição/ões é responsável pela seu elaboração. Favor completar as duas tabelas abaixo (no.13 e no.14) sobre os gastos do sistema de saúde.

TABELA 13: GASTOS COM SAÚDE REALIZADOS NOS ÚLTIMOS 5 ANOS **

Gasto Realizado	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Gasto público em saúde per capita em US$						
Gasto público em saúde/Gasto público total						
Gasto total em saúde per capita em US$						
Gasto total em saúde como % do PIB						
Dívida externa em saúde/dívida externa total						

FONTE(S):

**Recomenda-se consultar o relatório de Contas Nacionais em Saúde.*

TABELA 14: GASTO COM SAÚDE POR SUBSETOR E FUNÇÃO, EM US$

Funções* / Setores	Produtos, Instrumentos e Equipamento Médico	Serviços Ambulatoriais	Serviços Hospitalares	Serviços de Saúde Pública	Pesqui-sas em Saúde	Saúde (não especificado)
Subsetor Público						
Subsetor Privado						
Total						

FONTE(S):

* **Produtos, Instrumentos e Equipamento médico**, incluem os produtos farmacêuticos, produtos (materiais) médicos em geral e aparato e equipamento médico.
Serviços para pacientes ambulatoriais, incluem serviços médicos em geral, serviços médicos especializados, serviços odontológicos e serviços paramédicos.
Serviços hospitalares, incluem serviços hospitalares em geral, serviços hospitalares especializados, serviços médicos e de centros de maternidade, serviços residenciais para idosos e casas de repouso.
Serviços de saúde pública, incluem serviços de saúde pública, individuais e coletivos.
Pesquisas em saúde, incluem exclusivamente a pesquisa relacionada com saúde e gestão pública.
Saúde não especificada: Administração, gestão e apoio de atividades de formulação, administração, coordenação e fiscalização de políticas, planos e programas gerais em matéria de saúde; preparação e execução de legislação e normas acerca da prestação de serviços de saúde, inclusive a concessão de licenças aos estabelecimentos médicos e ao pessoal médico e paramédico; produção e difusão de informação geral, documentação técnica e estatísticas sobre saúde.

ASSEGURAMENTO

O asseguramento consiste na garantia de cobertura e acesso aos serviços de saúde em caso de necessidade. Compreende a organização e a gestão da prestação de serviços, operacionalizada por meio de várias modalidades de administração de risco que se centram na alocação e administração de recursos para garantir que o risco financeiro associado às intervenções de saúde seja assumido por todos os membros por meio de um fundo comum ou "pool" e não pelos membros individualmente.

O elemento central do asseguramento consiste em determinar o conjunto de benefícios, serviços e prestações ao qual um grupo populacional tem direito em função de determinadas circunstâncias (econômicas, pessoais, familiares) em troca de uma contribuição financeira: impostos, contribuições à seguridade social, prêmios de seguro privados ou diferentes esquemas mistos.

A análise do asseguramento em saúde requer a caracterização dos seguintes elementos: (I) Marco Jurídico; (II) Benefícios; (III) Estrutura e Gestão; (IV) Cobertura Populacional; (V) Fundo Comum ou " Pooling"; e (VI) Mecanismos de Pagamento a Provedores.

Favor utilizar o guia abaixo para comentar os pontos fortes e fracos, as realizações alcançadas e as deficiências que a AS apresenta com relação ao asseguramento.

(I) MARCO JURÍDICO

Existem documentos jurídicos (constituição, lei, regulamento) que descrevem quais os beneficiários da cobertura dos serviços médicos: se a população toda—cobertura universal; ou grupos populacionais específicos?

Sim □

Especifique os documentos e descreva como é explicitada a informação acerca dos beneficiários e dos benefícios:_____

_____

Não □

Existem sanções para os indivíduos/instituições que não cumprirem os dispositivos estabelecidos nas normas jurídicas?

Sim □

Especifique as sanções jurídicas: _____

_____

Não □

(II) BENEFÍCIOS

Existem benefícios definidos explicitamente para o sistema de saúde ou para alguns dos subsistemas de saúde?

Sim □

Especificar quais são, qual o nível de detalhamento e quais são os critérios de inclusão: _____

_____

Não □

Os benefícios incluem apenas os bens privados ou incluem também ações de saúde pública?

Sim □

Especificar quais são: _____

_____

Não □

Os provedores públicos e privados são obrigados a fornecer o mesmo conjunto de benefícios?

Sim □

Especificar se existem planos complementares privados: _____

_____

Não □

(III) ESTRUTURA E GESTÃO

Identifique a modalidade principal de asseguramento de saúde:

_____

Indique as instituições que participam do asseguramento de saúde. Descreva as suas funções no âmbito do asseguramento:

_____

Identifique (caso exista) a entidade que executa a função reguladora do asseguramento em saúde. Comente acerca do nível de desenvolvimento desta função:

_____

Indique se o marco regulatório existente para as instituições que participam da proteção social refere-se aos aspectos financeiros (liquidez, transparência no recolhimento de contribuições ou prêmios, transparência no recolhimento de co-pagamentos, transparência nos mecanismos de reembolso, etc.); ou aos aspectos de saúde (tipo e extensão da cobertura, existência de atividades de prevenção, qualidade do cuidado fornecido pelo prestador do serviço):

_____

(IV) COBERTURA POPULACIONAL

Favor completar a tabela abaixo com relação ao nível de cobertura do sistema de saúde com respeito a gênero, grupos populacionais, áreas geográficas e grupos étnicos para cada período qüinqüenal.

TABELA 15: COBERTURA DO SISTEMA DE SAÚDE

	Porcentagem de pessoas cobertas pelo Sistema de Saúde (total)	Porcentagem de pessoas cobertas pelo Estado (Ministério ou Secretaria de Saúde)	Porcentagem de pessoas cobertas por seguro de saúde	Porcentagem da população coberta pelo setor privado	Porcentagem da população sem cobertura
Períodos					
1990-1994					
1995-1999					
2000-2005					
Gênero					
Homens					
Mulheres					
Grupo populacional					
Menos de 5 anos de idade					
Entre 5 e 17 anos de idade					
Entre 18 e 45 anos de idade					
Entre 46 e 64 anos de idade					
Idade superior a 65 anos					
Áreas geográficas					
Urbana					
Rural					
Grupo Étnico					
Branco					
Indígena					
Mestiço					
Afro-descendente					
Outros					

FONTE(S):

Nota: utilize a abreviação N/D quando a informação não estiver disponível.

(V) FUNDO COMUM OU "POOLING"

Existem critérios explícitos para a administração dos riscos associados às intervenções de saúde no âmbito do subsistema público, subsistema privado e instituições de seguridade social?

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

Existem mecanismos regulatórios dirigidos à prevenção de seleção de risco ("skimming"), risco moral e seleção adversa? Existem agências governamentais dedicadas exclusivamente à fiscalização do cumprimento destes regulamentos?

Sim □

Comentários/Exemplos: _____

_____

Não □

(VI) MECANISMOS DE PAGAMENTO AOS PROVEDORES

Mecanismos de pagamento utilizados para cada um dos provedores de saúde (por exemplo, médicos, hospitais, farmacêuticos):

_____

Mecanismos de pagamento para provedores privados e públicos:

_____

Existem planos para mudar os mecanismos de pagamento de provedores?

_____

2.3 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

O objetivo desta seção é descrever e analisar os pontos fortes e os pontos fracos da organização e da estrutura do sistema de saúde, que serve de base para a Prestação de Serviços de Saúde.

OFERTA E DEMANDA POR SERVIÇOS DE SAÚDE

A descrição da oferta e da demanda por serviços de saúde torna possível a identificação de lacunas que existem no sistema de saúde, a determinação de áreas onde existem problemas e a apresentação de recomendações com implicações na formulação de políticas, planos e programas. A oferta é compreendida pelos serviços concebidos para promover, prevenir, recuperar e reabilitar a saúde da população-alvo, tanto em nível individual quanto em nível coletivo, nas atuais condições da população e do ambiente. A demanda é considerada como sendo a solicitação formal (explícita) por serviços de saúde, considerando que a utilização ou uso dos serviços expressa a demanda que é satisfeita pela prestação de serviços, com relação a uma população-alvo e um período determinado.

Favor completar as duas tabelas (no.16 e no.17) abaixo para o ano mais recente disponível com a informação solicitada em relação a taxa global de uso do serviço (demanda) e ao número e à capacidade das instalações de saúde (oferta).

TABELA 16: USO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE*

Utilização (Taxa Global)													
Níveis de atenção	Gênero		Área geográfica		Grupo Étnico				Grupos Etários				
	Homens	Mulheres	Rural	Urbana	Branco	Afro-descendente	Indígena	Outros	Menos de 5 anos de idade	Entre 5 e 14 anos de idade	Entre 15 e 49 anos de idade	Entre 50 e 64 anos de idade	Mais de 65 anos de idade
Estabelecimentos de Atenção Primária													
Estabelecimentos de Atenção Secundária													

FONTE(S):

** Fontes recomendadas: Pesquisas domiciliares sobre a percepção das necessidades de saúde e de cuidados de saúde.*

TABELA 17: NÚMERO E CAPACIDADE DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE *

SETOR PÚBLICO	No. de estabelecimentos por 1.000 hab.	No. de leitos por 1.000 hab.
Hospitais		
- Alto nível de complexidade		
- Médio (especialidades básicas)		
- Baixo (medicina geral)		
Total (hospitais)		
Centros ambulatoriais		
- Centros especializados		
- Centros de Nível Primário com Medicina Geral		
- Centros de Nível Primário com Pessoal não Profissional		
Total (Centros Ambulatoriais)		
SETOR PRIVADO		
Hospitais		
- Alto nível de complexidade		
- Médio (especialidades básicas)		
- Baixo (medicina geral)		
Total (hospitais)		
Centros ambulatoriais		
- Centros especializados		
- Centros de Nível Primário com Medicina Geral		
- Centros de Nível Primário com Pessoal não Profissionals		
Total (Centros Ambulatoriais)		
Total (Centros de Saúde)		

FONTE(S):

** Fontes recomendadas: Pesquisas domiciliares sobre a percepção das necessidades de saúde e de cuidados de saúde.*

DESENVOLVIMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE

A finalidade desta seção é analisar as principais características dos recursos humanos do setor de saúde e avaliar qual o seu impacto sobre a estrutura e as transformações do sistema. A fim de realizar essa tarefa, as observações e a coleta de dados devem enfocar pelo menos quatro áreas complementares: treinamento de pessoal; gestão de trabalho e condições de emprego; mercados de trabalho e a sua regulação; e, finalmente, governança e conflito setorial.

Formação de Recursos Humanos

O primeiro nível de análise é a disponibilidade de recursos humanos, o que requer o uso de dados básicos para estimar o contingente de recursos humanos na área de saúde que estão disponíveis à população, a taxa de sua produção e a sua capacidade de adaptação às necessidades do sistema de saúde.

É possível preparar uma lista das entidades responsáveis pela formação de profissionais de saúde?

Sim □

Especifique as entidades responsáveis pela formação de profissionais de saúde: _____

_____

Não □

Qual a tendência em relação a "generalistas vs. especialistas" no país? Ela é condizente com o sistema de saúde?

Sim □

Comente sobre a tendência e a sua adequação ao sistema de saúde: _____

_____

Não □

Com qual freqüência são revisados e reformulados os currículos de graduação e pós-graduação dos cursos para as carreiras em saúde?

Sim □

Especifique para os níveis de graduação e pós-graduação: _____

_____

Não □

Gestão de Recursos Humanos e Condições de Emprego

O objetivo geral das reformas em termos de maximização dos resultados está estreitamente ligado com a adoção bem sucedida de novas práticas de trabalho e gestão. A busca por mais serviços a um menor custo por unidade de produto requer mudanças nos processos e condições de trabalho, na qualificação de

pessoal, bem como transformações nos regimes salariais e de incentivos e nos sistemas de avaliação de desempenho, entre outros aspectos.

Os esforços para aumentar a produtividade e a qualidade do trabalho pelos processos de reforma criam novas modalidades de organização institucional (tal como cooperativas e hospitais com auto-gestão) e de relações laborais (tal como a terceirização, privatização e subcontratação). Isto significa que a gestão de recursos humanos deve passar a lidar com as novas condições do mercado de trabalho não apenas como um meio de designar e fixar o preço da mão de obra do setor, mas também como uma maneira de introduzir novos tipos de contratos e de gestão. Os fluxos de mão de obra, que até recentemente ocorriam no âmbito do subsetor público (ministérios e seguridade social), agora exibem uma tendência a manifestar-se no âmbito de unidades autônomas do sistema. A descentralização política e administrativa e as mudanças que vêm ocorrendo nas carreiras profissionais, a estabilidade de emprego e os sistemas de incentivo, resultaram em uma situação em que a idéia de trabalho, como um fluxo e não como uma oferta, encontrou o seu lugar dentro da lógica de gestão de pessoal.

Há estudos sobre os tipos de empregos na área de saúde, flexibilidade laboral e proteção social destes trabalhadores?

Sim □

Especifique os estudos e comente acerca dos resultados: _____

_____

Não □

Como se distribui o emprego entre os setores público e privado, Ministérios de Saúde/Seguridade Social e as agências centralizadas e as entidades descentralizadas?

Sim □

Especifique a distribuição: _____

_____

Não □

Qual a relação existente entre renda e nível de qualificação no setor público? Qual a relação existente entre renda e nível de qualificação no sistema particular?

Sim □

Especifique a relação entre renda e nível de qualificação: _____

_____

Não □

Estão ocorrendo processos de reposicionamento, reclassificação, indenização trabalhista e demissão? Qual o impacto que eles têm sobre os profissionais de saúde?

Sim □

Comente:_____

_____

Não □

Modalidades de terceirização estão sendo incorporadas ao setor? Em quais áreas?

Sim □

Comente:_____

_____

Não □

Oferta e Distribuição de Recursos Humanos

A primeira abordagem da problemática dos recursos humanos no setor deve ser guiada por dados macro acerca da existência e da geração de recursos humanos no país ou no território e as suas principais características. Alguns dos principais índices descritivos relacionados à quantidade, distribuição por profissão, sexo, setores público e privado e regiões geográficas, constituem a abordagem inicial que torna possível a obtenção de uma idéia geral sobre quais problemas prioritários devem ser aprofundados.

É possível preparar uma tabela estatística com o número total de trabalhadores do setor de saúde, desagregados por profissão, gênero e distribuição geográfica?

Sim □

Comente:_____

_____

Não □

Há processos de emigração ou imigração profissional? Em quais carreiras? De/para quais lugares?

Sim □

Comente:_____

_____

Não □

Com o objetivo de identificar as tendências em relação à disponibilidade de recursos humanos em saúde, favor completar a Tabela 18 e a Tabela 19.

TABELA 18: RECURSOS HUMANOS EM INSTITUIÇÕES DO SETOR PÚBLICO

Período / Instituição	1990-1994			1995-1999			2000-2005		
	Médicos	Enfermeiras	Auxiliares	Médicos	Enfermeiras	Auxiliares	Médicos	Enfermeiras	Auxiliares
Total									

FONTE(S):

Nota: utilize a abreviação N/D quando a informação não estiver disponível.
** Favor apresentar esta informação desagregada por sexo quando possível.*

TABELA 19: RECURSOS HUMANOS NO SETOR DA SAÚDE

Período / Tipo de Recurso Humano	1990-1994	1995-1999	2000-2005
Razão de médicos por 10.000 hab.			
Razão de enfermeiras profissionais por 10.000 hab.			
No. de profissionais com treinamento (em nível de pós-graduação) em Saúde Pública			
No. de pós-graduados em Saúde Pública			
No. de escolas de Saúde Pública			
No. de Universidades com Mestrados em Saúde Pública			
Modalidades de contratação			

FONTE(S):

Governança e Conflito no Setor de Saúde

Em vista da importância dos recursos humanos nas transformações das condições de trabalho e na reestruturação dos sistemas, os processos de reforma devem levar em consideração os atores individuais e coletivos que representam os profissionais de saúde. É notória a dificuldade de implementar mudanças nos serviços de saúde quando aqueles que devem implementá-las se opõem a elas.

Existe uma longa tradição de organizações de trabalhadores de saúde influentes, a exemplo de uniões trabalhistas ou associações profissionais, que podem possuir um viés científico ou ético, mas que geralmente tomam posição de defesa das condições de trabalho de seus associados. As respostas individuais e coletivas às reformas são de tipo e intensidade bastante variados, mas pode-se afirmar que, de modo geral, a resistência à mudança de fato existe, em geral combinada com uma aversão aos riscos gerados pelas novas condições de contratação e de incentivos. Essas respostas normalmente resultam em certo grau de conflito que retarda, desvia ou paralisa o progresso das reformas.

Um elemento adicional é a reestruturação de poder no interior das organizações de saúde que tem origem nas múltiplas instâncias de descentralização. Em muitos casos, o conflito advém das novas instâncias de tomada de decisão, gerando aplicação desigual das mudanças e condições desiguais de governança. Como resultado, há necessidade de contemplar e adotar novas estratégias a fim de conduzir o conflito em direção a uma maior compreensão por parte dos funcionários acerca dos objetivos da reforma e, assim, incentivar o comprommisso com a mesma. Esse processo de envolvimento implica novas formas de participação, dando um conteúdo substantivo aos processos de empoderamento (“empowerment”) das pessoas encarregadas de realizar os principais processos no setor de saúde.

Existem instrumentos para aumentar a capacidade de gestão de conflitos?

Sim □

Comente:_____

_____

Não □

Foram definidas estratégias para a construção de consenso acerca de políticas e gestão participativa?

Sim □

Comente:_____

_____

Não □

MEDICAMENTOS E OUTROS PRODUTOS SANITÁRIOS

Os medicamentos e outros produtos sanitários tais como vacinas, próteses e implantes são aspectos importantes para o funcionamento diário e para os processos de reforma dos sistemas de saúde, em virtude de seu valor como instrumentos terapêuticos, a alta proporção de gastos sanitários, tanto públicos quanto privados, alocados a eles, bem como a importância econômica dos setores envolvidos nos processos de pesquisa e desenvolvimento, produção, distribuição e prescrição de medicamentos e produtos sanitários.

Dada a existência de diversos conjuntos de indicadores para analisar e avaliar este setor, a finalidade desta seção é fornecer algumas informações básicas, dos quais dados relevantes podem ser extraídos para a análise e para a avaliação dos papéis dos subsetores públicos e privados.

O país possui um observatório de medicamentos essenciais?

Sim □

Comente:_____

_____

Não □

Existe uma política nacional para medicamentos essenciais?

Sim □

Comente:_____

_____

Não □

A pesquisa sobre acesso e disponibilidade de medicamentos essenciais é atualizada com freqüência?

Sim □

Comente:_____

_____

Não □

Existe uma entidade que regula o processo de compra e distribuição dos medicamentos essenciais no país?

Sim □

Comente:_____

_____

Não □

Existe uma política de preços de medicamentos?

Sim ◻

Comente:_____

_____

Não ◻

Existe uma lista nacional de medicamentos essenciais? Com qual freqüência ela é revisada?

Sim ◻

Comente:_____

_____

Não ◻

Existem protocolos de tratamento para patologias que são prevalentes nas instituições públicas de prestação de cuidados primários? Eles são aplicados em hospitais?

Sim ◻

Comente:_____

_____

Não ◻

Exige-se a presença de um farmacêutico nas farmácias privadas? E nos hospitais?

Sim ◻

Comente:_____

_____

Não ◻

TABELA 20: MEDICAMENTOS*

INDICADOR	1990-1994	1995-1999	2000-2005
Número total de produtos farmacêuticos com registro			
Porcentagem de medicamentos de marca			
Porcentagem de medicamentos genéricos			
Porcentagem do gasto público em saúde destinado a medicamentos			

FONTE(S):

**Recomenda-se que seja consultado o Observatório de Medicamentos (se o país possuir esta informação).*

EQUIPAMENTO E TECNOLOGIA

A finalidade desta seção é contribuir para a análise da estrutura e da dinâmica dos recursos tecnológicos, medicamentos e produtos biológicos da rede de serviços de saúde. Esses elementos constituem a base material do setor de saúde e articulam-se em programas e serviços, de modo que, em cada caso, determinam o marco regulatório e os modelos organizacionais das instituições e organizações do setor que os compõem.

Favor fornecer a informação solicitada na tabela abaixo (no.21) para os seguintes períodos: 1993–1996; 1997-2000; 2001–2004.

TABELA 21: DISPONIBILIDADE DE EQUIPAMENTO NO SETOR DE SAÚDE

TIPO DE RECURSO / SUBSETOR	Números de leitos por 1.000 habitantes	Equipamento de radiodiagnóstico básico por 1.000 hab.	Laboratórios clínicos por 100.000 hab.	Bancos de sangue por 100.000 hab.
Público				
Subtotal				
Privado (com lucro e sem lucro)				
Subtotal				
TOTAL				

FONTE(S):

Nota: utilize a abreviação N/D quando a informação não estiver disponível.

É conhecida a porcentagem de equipamento defeituoso ou fora de uso?

Sim □

Comente:_____

_____

Não □

É conhecida a porcentagem do orçamento alocada à manutenção?

Sim □

Comente:_____

_____

Não □

QUALIDADE DOS SERVIÇOS

Existem documentos em que são estipuladas as normas básicas de atenção à saúde?

Sim □

Especifique o(s) documento(s) e descreva os padrões básicos de atenção que estipulam: _____

_____

Não □

Foram desenvolvidos programas para melhorar a qualidade dos serviços de saúde?

Sim □

Especifique quais os mecanismos – licenciamento, certificação, credenciamento: _____

_____

Não □

Existem critérios ou procedimentos para o credenciamento de instituições de saúde públicas ou privadas?

Sim □

Especifique os critérios e procedimentos existentes: _____

_____

Não □

Existe uma entidade de credenciamento? Descreva o grau de autonomia com o qual atua.

Sim □

Especifique a entidade e o seu grau de autonomia: _____

_____

Não □

Existem instrumentos para medir o desempenho dos serviços de saúde com relação ao cumprimento dos padrões de qualidade estabelecidos?

Sim □

Especifique os instrumentos e comente acerca dos resultados obtidos: _____

_____

Não □

Existem mecanismos específicos para a apresentação de demandas e adjudicação de reclamações para os diferentes atores do setor?

Sim □

Especifique os instrumentos e comente acerca dos resultados obtidos: _____

_____

Não □

São aplicados padrões para a avaliação do desempenho dos serviços de saúde em termos de:

- **Recursos humanos treinados?**
- **Recursos humanos suficientes?**
- **Recursos financeiros suficientes?**
- **Insumos e tecnologia adequados?**
- **Periodicidade do monitoramento?**

Sim □

Especifique: _____

_____

Não □

2.4 MAPEAMENTO INSTITUCIONAL DO SISTEMA DE SAÚDE

Diversas abordagens podem ser utilizadas para examinar as estruturas, regras e normas que regem e governam o desempenho e operação do sistema de saúde. Para os propósitos da presente metodologia, foi eleito um enfoque sistêmico combinado com a análise das funções básicas necessárias para garantir o funcionamento e desenvolvimento do sistema como um todo, bem como a análise de suas inter-relações. Essa informação justifica o crescente consenso relativo ao papel crítico do Estado em melhorar o desempenho global do sistema.

Favor identificar na tabela abaixo as instituições envolvidas na execução de cada uma das funções do sistema de saúde.

TABELA 22: MAPEAMENTO INSTITUCIONAL DO SISTEMA DE SAÚDE

FUNÇÕES / ORGANIZATIONS	Função Gestora		Financiamento	Asseguramento	Prestação de Serviços
	Condução/ Liderança	Regulação e Fiscalização			
Governo Central - Min. da Saúde - Min. da Justiça - Forças Armadas - Outros					
Instituições de Seguridade Social					
Governo regional (província, estado)					
Governo local (distrito, município, etc.)					
Seguradoras privadas - Sem lucro - Com lucro					
Provedores privados - Sem lucro - Com lucro					

FONTE(S):

Nota: utilize a abreviação N/D quando a informação não estiver disponível.

3. MONITORAMENTO DOS PROCESSOS DE MUDANÇA/REFORMA DOS SISTEMAS DE SAÚDE

O objetivo desta seção é caracterizar as fases ou as etapas de reforma e/ou intensa transformação do sistema de saúde como um todo, associando-as aos momentos em que os processos de mudança incidiram sobre os seguintes pontos:

- Transformações concretas nas funções do sistema de saúde;
- Os princípios orientadores/chave das reformas de saúde;
- O alcance e os efeitos das mudanças no sistema de saúde;
- Construção da coalizão sócio-política-econômica para dar sustentação às mudanças.

Deve ser enfatizado que a caracterização destas transformações e o impacto em cada um dos itens listados acima é uma sutileza metodológica cuja finalidade é facilitar a compreensão do processo de reforma. Não obstante, é necessário considerar a sua articulação e superposição com os processos políticos existentes, onde as fases/etapas tendem a convergir.

3.1 IMPACTO SOBRE AS "FUNÇÕES DOS SISTEMAS DE SAÚDE"

Utilizando a Tabela 23 como parâmetro, favor referir-se à informação compilada na seção 2, Funções do Sistema de Saúde, a fim de analisar como os processos de mudança afetaram as funções do Sistema de Saúde entre 1990 e 2005.

TABELA 23: IMPACTO DA MUDANÇA NAS FUNÇÕES DOS SISTEMAS DE SAÚDE

Períodos / Funções do Sistema de Saúde	1990-1994			1995-1999			2000-2005		
Subsetores	**Público**	**Privado**	**Seg. Social**	**Público**	**Privado**	**Seg. Social**	**Público**	**Privado**	**Seg. Social.**
Função Gestora									
Financiamento e Assegura-mento									
Prestação de Serviços									

FONTE(S):

3.2 IMPACTO SOBRE OS "PRINCÍPIOS ORIENTADORES DAS REFORMAS DO SETOR DA SAÚDE"

A finalidade desta seção é analisar até que ponto os processos de reforma incidiram sobre seus princípios orientadores e estão contribuindo para melhorar os níveis de Eqüidade, Efetividade e Qualidade, Eficiência, Sustentabilidade e Participação e Controle Social nos sistemas de saúde.

Os princípios orientadores das reformas são as grandes categorias que permitem avaliar a direção das reformas que estão em curso ou ainda em fase de planejamento a partir do ponto de vista dos objetivos finais. Assim, nenhuma reforma deveria opor-se a tais princípios e a "reforma ideal" seria aquela em que, na conclusão do processo, as cinco categorias estivessem em melhores condições. Por sua vez, eles constituem o marco conceitual de uma série de variáveis e indicadores que buscam medir o impacto de tal mudança.

Os autores do presente documento estão cientes da impossibilidade em estabelecer relações causais diretas e inequívocas entre os processos de reforma do sistema de saúde e as mudanças detectadas nos indicadores propostos. Em muitos casos, os efeitos da RSS serão produzidos a médio ou em longo prazo e serão mediados por múltiplos fatores que podem não ser diretamente atribuídos a elas. Isto fica especialmente evidente no caso dos efeitos da RSS sobre certos indicadores relacionados à situação da saúde.

Finalmente, a avaliação dos efeitos da RSS será afetada, pelo menos em cada país, pelos diferentes pontos de vista dos diversos atores que participam ou não do processo. Assim, uma avaliação adequada do impacto da RSS deve ser global; deve combinar indicadores quantitativos e qualitativos e variáveis sistemáticas e deve também levar em conta os diferentes pontos de vista.

Favor utilizar as seguintes perguntas orientadoras e a Tabela 24 para descrever como os processos de mudança dos sistemas de saúde ou as reformas afetaram os princípios orientadores da RSS entre 1990 e 2005.

• EQÜIDADE

Existem indícios de que as reformas influenciaram a redução das lacunas em alguns ou todos os seguintes indicadores por unidade territorial? (se possível, forneça dados de acordo com: sexo, idade, raça, nível sócio-econômico e esquema de cobertura).

COBERTURA

Foram reduzidas as lacunas nas porcentagens da população coberta por um conjunto garantido de prestações?

(Ao responder, favor referir-se à Tabela 15: Cobertura do Sistema de Saúde)

Sim □

Descreva os indícios e os dados acerca da redução das lacunas na cobertura: _____

_____

Não □

DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS

Foram reduzidas as lacunas no Gasto Total com Saúde per capita? E em relação às lacunas no Gasto Público em Saúde per capita?

(Ao responder, favor referir-se à Tabela 13: Gastos com Saúde Realizados nos Últimos 5 anos)

Sim □

Descreva os indícios e os dados acerca da redução de lacunas nos gastos: _____

_____

Não □

Foram reduzidas as lacunas no número de médicos por 10.000 habitantes? E em relação às lacunas no número de enfermeiras profissionais por 10.000 habitantes?

(Ao responder, favor referir-se à Tabela 19: Recursos Humanos no Setor da Saúde)

Sim □

Descreva os indícios e os dados acerca da redução de lacunas no número de médicos e enfermeiras por 10,000 habitantes: _____

_____

_____

Não □

Foram reduzidas as lacunas no número de leitos hospitalares por 1.000 habitantes?

(Ao responder, favor referir-se à Tabela 19: Recursos Humanos no Setor da Saúde)

Sim □

Descreva os indícios e os dados acerca da redução de lacunas no número de leitos hospitalares passíveis de serem contados: _____

_____

Não □

ACESSO

Foram reduzidas as lacunas relacionadas à possibilidade de que um paciente seja tratado no mesmo dia em que ele/ela solicitar serviços de atenção primária?

(Ao responder, favor referir-se à Tabela 10: Acesso aos Serviços de Saúde)

Sim □

Descreva os indícios e os dados acerca da redução de lacunas no acesso: _____

_____

Não □

Foram reduzidas as lacunas na porcentagem de instalações de saúde que diminuíram as barreiras de acesso funcional (por exemplo, idioma, horário de funcionamento, gênero)?

(Ao responder, favor referir-se à Tabela 10: Acesso aos Serviços de Saúde)

Sim □

Descreva os indícios e os dados acerca da redução de lacunas no acesso: _____

_____

Não □

- ## EFICÁCIA

Existe evidência de que a reforma de saúde influiu na redução de lacunas em alguns ou em todos os seguintes indicadores por unidade territorial? (Se possível, forneça dados de acordo com: sexo, idade, raça, nível sócio-econômico e esquema de cobertura).

MORTALIDADE INFANTIL E MATERNA

Foram reduzidas a taxa de mortalidade infantil, a taxa de mortalidade materna e a porcentagem de recém-nascidos com baixo peso ao nascer?

(Ao responder, favor referir-se à Tabela 3: Taxa de Mortalidade e à Tabela 4: Mortalidade Infantil)

Sim □

Descreva os indícios e os dados acerca da mortalidade infantil e materna: _____

_____

Não □

MORTALIDADE EM VIRTUDE DE NEOPLASMAS MALIGNOS

Quais foram as tendências em relação às mortes decorrentes de neoplasmas da mama e da cerviz em mulheres?

(Ao responder, favor referir-se à Tabela 2: Morbidade e Fatores de Risco)

Sim □

Descreva os indícios e os dados acerca da mortalidade em virtude de neoplasmas malignos: _____

_____

Não □

INCIDÊNCIA DE MALÁRIA, TUBERCULOSE E HIV/AIDS

Foi reduzida a incidência de malária, tuberculose e HIV/AIDS?

(Ao responder, favor referir-se à Tabela 2: Morbidade e Fatores de Risco)

Sim □

Descreva a evidência e os dados acerca da incidência de malária, tuberculose e HIV/AIDS:

_____

Não □

• EFICIÊNCIA

Existem indícios de que a reforma influiu de modo global ou por unidade territorial sobre algum ou todos os seguintes indicadores? (Se possível, forneça dados de acordo com: sexo, idade, raça, nível sócio-econômico e esquema de cobertura).

ALOCAÇÃO DE RECURSOS

Houve aumento no abastecimento de água potável nas áreas rural e urbana?

(Ao responder, favor referir-se à Tabela 9: Tendência para Alguns Indicadores Sociais)

Sim □

Especifique os indícios e os dados disponíveis: _____

_____

Não □

Houve aumento na disponibilidade de serviços de saneamento nas áreas rural e urbana?

(Ao responder, favor referir-se à Tabela 9: Tendência para Alguns Indicadores Sociais)

Sim □

Especifique os indícios e os dados disponíveis: _____

_____

Não □

Houve aumento na porcentagem do orçamento de saúde alocado à saúde pública?

(Ao responder, favor referir-se à Tabela 14: Gasto com Saúde por Subsetor e Função)

Sim □

Especifique os indícios e os dados disponíveis: _____

_____

Não □

• SUSTENTABILIDADE

Existem indícios de que a reforma do setor de saúde aumentou:

A legitimidade das instituições do sistema de saúde.

Sim □

Especifique os indícios: _____

_____

Não □

A capacidade de gerir recursos financeiros de diferentes fontes.

Sim □

Especifique os indícios e os dados disponíveis: _____

_____

Não □

A capacidade de gerir e negociar financiamento externo e interno.

Sim □

Especifique os indícios e os dados disponíveis: _____

_____

Não □

• PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Existem indícios que a reforma do setor de saúde aumentou:

A participação da sociedade civil na identificação de problemas, planejamento e implementação das atividades de saúde.

Sim □

Especifique se para a população geral e/ou para grupos específicos: _____

_____

Não □

TABELA 24: IMPACTO SOBRE OS PRINCÍPIOS ORIENTADORES DAS REFORMAS DO SETOR DE SAÚDE

Períodos / Princípios-chaveda Reforma	1990-1994			1995-1999			2000-2005		
Subsetores	Público	Privado	Seg. Social	Público	Privado	Seg. Social	Público	Privado	Seg. Social
Eqüidade									
Eficácia									
Eficiência									
Sustentabilidade									
Participação Social									

FONTE(S):

3.3 IMPACTO SOBRE O "SISTEMA DE SAÚDE"

Utilizando a Tabela 25 como parâmetro, favor referir-se à informação compilada na seção *1, Contexto do Sistema de Saúde*, a fim de analisar como os processos de mudança afetaram as funções do Sistema de Saúde entre 1990 e 2005.

TABELA 25: IMPACTO SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE

Períodos / Implicações das Mudanças	1990-1994	1995-1999	2000-2005
Direito dos cidadãos à saúde			
Impacto sobre a Função Gestora			
Separação das funções do sistema de saúde			
Desconcentração e/ou descentralização			
Promoção da participação da sociedade civil			
Impacto sobre a governança			
Mudanças no modelo de atenção			
Mudanças no modelo de gestão			
Barreiras de acesso a serviços de saúde individuais e coletivos			
Mudanças na qualidade da atenção			
Mudanças no mercado de trabalho e recursos humanos de saúde			

FONTE(S):

3.4 ANÁLISE DE ATORES

Esta seção tem como finalidade a identificação dos atores envolvidos nas reformas ou processos de mudança (quem e quantos são), sua posição em relação a cada objetivo e estratégia da reforma e o seu poder ou capacidade para ação.[24]

Os processos de mudanças pelos quais os sistemas de saúde passam – em diferentes momentos históricos – centram-se em uma fase intensa de transformação dos sistemas de saúde realizada durante um período determinado, a partir de contextos específicos que os justificam e viabilizam. Portanto, é de grande importância identificar e analisar os múltiplos atores sociais e políticos que participam de forma passiva ou ativa nestes processos. A identificação dos atores não é um processo linear, mas sim de caráter dinâmico, o que torna a identificação mais difícil. Não obstante, esta seção apresenta os passos ou etapas deste processo, que podem ocorrer de forma simultânea e/ou paralela.

Eles são denominados "atores" para enfatizar que eles não são objetos ou coisas que podem ser manipulados para que um determinado fim seja alcançado, mas participantes ativos que interagem e negociam com outros atores, tais como indivíduos, instituições e outras entidades de natureza coletiva e que podem representar grupos de interesse e/ou grupos de influência ("lobby").[25] Os atores que são relevantes para a análise em cada país, assim como o seu poder e posição, dependem da proposta de reforma (conteúdo e objetivos específicos), o contexto (institucional, econômico, político) e os valores dominantes da sociedade.[26]

UTILIDADE DA ANÁLISE DE ATORES[27]

O objetivo final da análise dos atores políticos é obter um mapeamento dos atores a partir do qual se identifica o potencial apoio ou resistência, bem como as oportunidades e obstáculos que cada ator representa para a estratégia no momento de realização da análise. Devem ser realizados mapeamentos de atores para todas as estratégias identificadas nos diferentes momentos do processo. A comparação entre o mapeamento dos atores para as diferentes estratégias e em distintos momentos fornece uma estimativa da viabilidade de cada estratégia para certas condições econômicas e sociais.

24. Existem várias metodologias e instrumentos para realizar a identificação, análise e mapeamento de atores, inclusive um programa de software (Policy Maker); mas para os objetivos do presente documento, técnicas, metodologias e instrumentos qualitativos são propostos para a obtenção de informação diretamente das experiências durante o processo. A análise qualitativa possibilita a compreensão e identificação do papel que os atores têm ou tiveram no processo de mudança e para analisar ou prever a posição dos atores no contexto histórico, político, social e econômico nos quais as mudanças ocorrem no setor de saúde. A implementação, progresso e sustentabilidade destas mudanças dependem não apenas da viabilidade técnica e financeira, mas também da viabilidade política.
25. Grupos de interesse: Na linguagem dos projetos, muitas vezes se faz referência a atores como sendo "interessados" ou "grupos de interesse" por que cada um possui os seus próprios interesses, propósitos, ambições, necessidades, requisitos, desejos e percepções.
26. Ham C. Hawkins L. Innovations in Health Care Delivery: Reform within the Public Sector: 1999.
27. Jaén, MH, Rivas, JC, Salvadto, S. Propuesta de Análisis de Actores para las Estratégias de Reducción de la Exclusión en Salud. (documento interna da OPAS)

Desta análise surgem as primeiras decisões com relação a quais estratégias de gestão de mudança[28] devem ser promovidas – por sua maior viabilidade de implementação ou para manter ou mobilizar os atores que possuem influência sobre certas estratégias de desenvolvimento do sistema de saúde. A viabilidade dessas estratégias será maior ou menor conforme os atores com alta ou média capacidade de ação possuírem o equilíbrio de poder em seu favor; caso contrário, se o equilíbrio os desfavorecer, a viabilidade das estratégias será menor. Neste último caso, a viabilidade pode ser aumentada dependendo do custo de alterar, favoravelmente, o equilíbrio.

ESQUEMA METODOLÓGICO

Existem diversas metodologias e instrumentos para realizar a identificação, análise e mapeamento dos atores.[29] Para os propósitos do Perfil do Sistema de Saúde, o método qualitativo é proposto. Este método permite que seja obtida informação direta sobre as experiências do processo e também permite a compreensão e identificação do papel que estes atores têm ou tiveram nos processos de mudança e analisar ou prever o deslocamento dos atores no contexto histórico, político, social e econômico em que as mudanças do setor de saúde ocorreram. A implementação, progresso e sustentabilidade destas mudanças dependem não apenas da sustentabilidade técnica e financeira, mas também de sua viabilidade política.

ETAPAS DO PROCESSO

I. RESUMO DESCRITIVO DO PROCESSO DE MUDANÇA DO SISTEMA DE SAÚDE
- Resumo das Políticas
- Objetivos dos Processos de Mudança
- Composição da Equipe de Trabalho que Conduziu o Processo

II. IDENTIFICAÇÃO DOS ATORES QUE PARTICIPAM NO PROCESSO DE MUDANÇA

III. OPORTUNIDADES E OBSTÁCULOS NO:
- Contexto Político
- Contexto Social
- Contexto Econômico
- Contexto Ambiental

IV. MAPEAMENTO POLÍTICO DOS ATORES: DEMONSTRA O NÚMERO DE ATORES ENVOLVIDOS, SUA POSIÇÃO E O SEU NÍVEL DE PARTICIPAÇÃO

28. Quando discutimos a estratégia de gestão de mudança, está se fazendo referência ao processo político que possui uma ação específica associada a ele a fim de obtê-lo. Estratégias de gestão de mudança têm por objetivo mudar as relações de poder e o posicionamento de atores no contexto da estratégia.

29. "Stakeholder analysis guidelines/SAG" (toolkit) elaborado como parte do projeto "Partnership for Health Reform Project – PHR", 2000, Abt. Associates Inc, in "Strengthening Health Policy Reform in Latin America: An introduction to the toolkit and the policy process" Capítulo 1: Stakeholder analysis guidelines/SAG (Toolkit) Bethesda, MD, Mimeo e no www.prhproject.com; Jaén, Maria Helena e Paravisini, Daniel (janeiro, 2000) "Lineamentos para la realización de análisis estrtégicos de los actores de la política sectorial en salud" in Série Política del Sector de Salu n.4. Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, OPAS, OMS.

LISTA SUGERIDA DE ATORES[30]

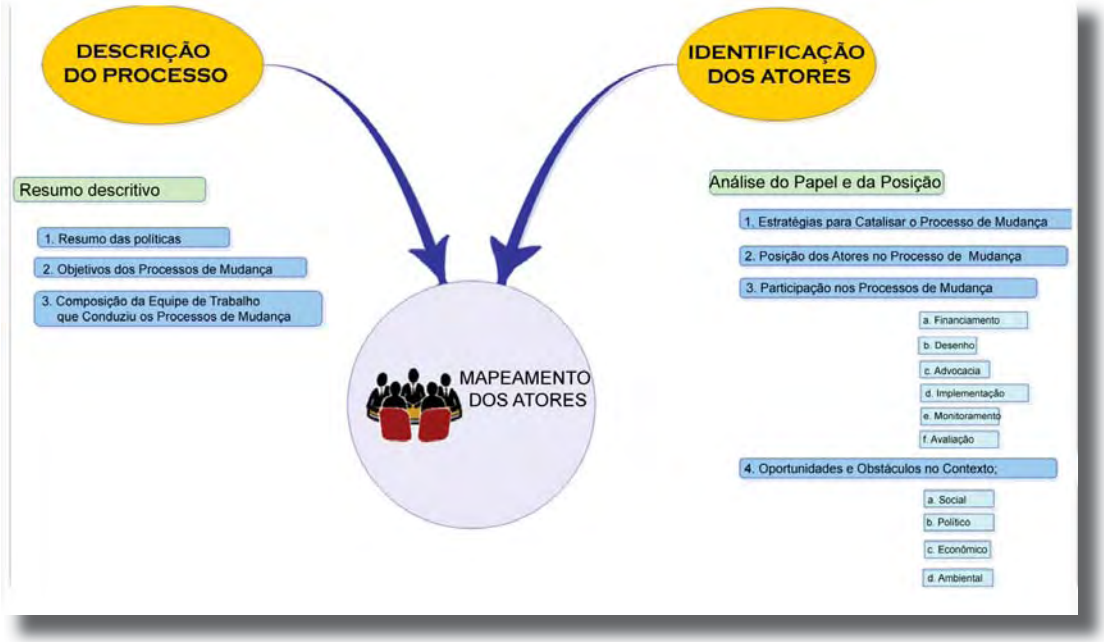
A lista apresentada abaixo é uma simples tipologia de apoio à equipe de trabalho para que considere os possíveis atores e, portanto, não pretende ser exaustiva.

À medida que maior precisão e especificidade forem alcançadas na identificação de atores, a análise passa a ser mais abrangente. Nesse sentido, deve ser considerado o tipo de sistema de saúde existente no momento em que os atores forem selecionados, já que a entrada ou saída de atores, bem como a sua importância, sofrerá variações conforme o tipo de sistema. O termo atores, neste contexto, refere-se tanto a atores individuais quanto a grupos.

- Setor Público: Governo nacional: Presidência da República, Ministério da Saúde, Seguridade Social, Gabinete Social (Ministérios do Desenvolvimento Social, Saúde, Educação, etc.), Conselhos de Saúde Nacionais. Governos locais: unidades de coordenação para empréstimos multilaterais; Universidades Públicas e Institutos de Ensino Superior; outras instituições no sistema de serviços de saúde.
- Setor Privado: Seguradoras nacionais e internacionais, com ou sem fins lucrativos, provedores de serviços com ou sem fins lucrativos, companhias de tecnologia de saúde.
- Sociedade Civil Organizada em torno de Questões Relacionadas à Saúde: grêmios, associações trabalhistas, uniões, associações profissionais, ONGs de saúde, comitês ou conselhos de saúde, associações de usuários de serviços de saúde.
- Gabinete Social (Ministérios de Desenvolvimento Social, Saúde, Educação, etc.)
- Elites (empresários, acadêmicos)
- Sociedade Civil Organizada em Geral: partidos políticos, empresas privadas, igrejas, mídia, defensorias públicas, associações comunitárias.
- Agências e Organizações de Cooperação Internacional

30. Esta lista é uma adaptação da tabela 4.1 do documento “Principais atores do sistema de saúde” Washington, DC: OPAS-OMS; 1998.(p.34)

Mapeamento dos Atores[31]



PERGUNTAS SUGERIDAS PARA A IDENTIFICAÇÃO DOS ATORES:[32]

1. Os processos de mudança propostas no setor de saúde foram iniciadas pelo:

Setor econômico □

Público □

Privado □

Outro (especificar) □ _____

Cooperação Internacional □ (especificar a agência) _____

Setor político □

Setor de saúde □

Outro (especificar) □ _____

Especificar se a mudança se deu em resposta a acordos internacionais ou nacionais _____

_____

31. Suárez,C., Rivas-Loria,P. ; OPAS/OMS, 2005
32. Adaptação de Suárez, C. 2005, utilizando dois documentos como fundamento: (1) M.H. and Paravisini, D. (1999). "Lineamientos para la realización de análisis estratégicos de los actores de la política sectorial en salud". Serie Política del Sector Salud. Divisão de de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Organização Pan-Americana de Saúe e Organização Mundial de Saúde. janeiro 2000. (2) Jaén, M.H. (2001) "Análisis Estratégico de Actores" com observações e comentários de Barbara O' Hanlon de Abt Associates Inc; OPAS.

2. As mudanças foram formuladas por meio de uma ação acordada por vários atores envolvidos ou por uma autoridade central?

Sim □ Não □

3. Favor especificar o tipo de sistema de saúde do país:

Segmentado □

Integrado □

4. A proposta de mudança é compatível com o tipo de sistema de saúde do país?

Sim □ Não □

5. Quem financia os processos de mudança (reforma)?

Fundos estatais □

Cooperação internacional □

Setor privado □

Fundos reembolsáveis com origem nacional □

6. Dos atores listados abaixo, indique quais participaram da mudança nos sistemas de saúde.

Governo (Poder Executivo) □

Poder Legislativo □

Sociedade Civil Organizada em torno de Questões Relacionadas à Saúde □

Sociedade Civil Organizada em Geral □

Setor Privado □

Setor acadêmico □

Outro (especificar) □

7. Quais atores possuem poder de veto sobre as decisões?

Legislativo □ Executivo □ Ambos □ Nenhum □

8. As mudanças evidenciadas no setor de saúde contribuem para o processo democrático nacional? Em caso de resposta afirmativa, favor completar a tabela abaixo com os elementos do processo democrático que foram fortalecidos.

Sim ◻ Não ◻

Elementos do Processo Democrático	Sim	Não
Maior Controle Social		
Eleições livres		
Participação Social		
Gestão Participativa		
Tomada de Decisões		
Outros		

FONTE(S):

9. Indicar o atual estágio do processo democrático:

Transição ◻ Construção ◻ Consolidação ◻ Não existente ◻

10. Quais os poderes conferidos aos atores pelas leis? Favor especificar na tabela abaixo:

LEI	ATOR	FUNÇÃO OU RESPONSABILIDADE

FONTE(S):

POSIÇÃO DOS ATORES (PA)

Análise da posição dos atores nos processos de mudança dos sistemas de saúde. Sugerem-se as seguintes perguntas:

11. Qual a posição das instituições/organizações que representam em relação a sua capacidade de ação?

Fortemente a favor ◻

Um pouco a favor ◻

Neutro ◻

Um pouco contra ◻

Contra ◻

12. Qual o prestígio e a imagem do ator na sociedade?

Positiva ◻

Negativa ◻

Neutro ◻

FUNÇÃO DO ATOR (FA)

13. Qual a capacidade para agir (poder) de cada um dos atores que participa da reforma para afetar positiva ou negativamente os resultados dos objetivos de mudança?

Alta ◻ Média ◻ Baixa ◻

14. O ator possui controle sobre a informação acerca dos processos de mudança?

Sim ◻ Não ◻

15. O ator possui controle sobre os meios de comunicação para a disseminação dos processos de mudança?

Sim ◻

Especificar: _____

_____

Não ◻

BIBLIOGRAFIA

Alleyne GAO. A Vision for Health System Reform in the Americas. *Pan American Journal of Public Health 2000*;8(1/2).

Alleyne GAO. Equity and Health. *Pan American Journal of Public Health 2000*; 7(1).

Almeida-Filho N, Kawachi I, Pellegrini Filho A, Norberto J, Dachs W. Research on Health Inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric Analysis (1971-2000) and Descriptive Content Analysis (1971-1995). *American Journal of Public Health* 93 (12) 2003, pp. 2037-2043.

Buvinic M, Giuffrida A, Glassman A. *Gender Inequality in Health and Work: The Case of Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: Inter-American Development Bank, Sustainable Development Department, Social Development Division; 2002.

Chackiel J. *El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?* Santiago, Chile: CEPAL; 2000.

Daniels N, Bryant J, Castano RA, Dantes OG, Khan KS, Pannarunothai S. Benchmarks of Fairness for Health Care Reform: A Policy Tool for Developing Countries. *Bulletin of the World Health Organization 2000*.

Diderichsen F, Evans T, Whitehead M. The Social Basis of Disparities in Health. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, eds. *Challenging Inequities in Health - From Ethics to Action*. Oxford: Oxford University Press; 2004.

EURO/WHO. European Observatory on Health Care Systems. *Health Care Systems in Transition: Production Template and Questionnaire*. Copenhagen: EURO/WHO; 1999.

Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, eds. *Challenging Inequities in Health - From Ethics to Action*. Oxford: Oxford University Press; 2004.

Feachem RGA. "Globalisation Is Good For Your Health, Mostly". *British Medical Journal 2001*;323:504-506.

Fleury, S. et.al. (eds) *Reshaping Health Care in Latin America: A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil and Mexico* (Ottawa: International Development Research Center, 2000).

Ffrench Davis F. *Reformas para América Latina después del Fundamentalismo Neoliberal* (Buenos Aires: Siglo XXI, 2005).

Grupo Banco Mundial. *Inequality in Latin America and the Caribbean: Breaking with History?* Washington, DC: The World Bank; 2003.

Grupo Banco Mundial. *World Development Report 1993 - Investing in Health.* New York: Oxford University Press; 1993.

Gupta N, Zurn P, Diallo K, Deal Poz MR. Uses of Population Census Data for Monitoring Geographical Imbalance in the Health Workforce: Snapshots from Three Developing Countries. *International Journal for Equity in Health* 2003; 2(11).

Gwatkin DR. Health Inequalities and The Health of the Poor: What Do We Know? What Can We Do? *Bulletin of the World Health Organization 2000*, 78(1).

Gwatkin DR. Poverty and Inequalities in Health within Developing Countries: Filling the Information Gap. In: Leon D, Walt G, eds. *Poverty, Inequality, and Health: An International Perspective*. Oxford: Oxford University Press; 2000:217-246.

Gwatkin DR. The Need for Equity-Oriented Health Sector Reforms. *International Journal of Epidemiology* 2001.

Gwatkin DR, Rustein S, Johnson K, Pande RP, Wagstaff A. *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition, and Population in Bolivia.* Washington, DC: The World Bank; 2000.

Infante A, de la Mata I, López-Acuña, D. "*Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: Situación y Tendencias*". Revista Panamericana de Salud Pública 2000; 81(1/2).

Jaén MH. *Análisis Estratégico de Actores*. Washington, DC: OPAS; 2001.

Jaén MH, Paravisini D. *Lineamientos para la realización de análisis estratégicos de los actores de la política sectorial en salud*. Washington, DC: OPAS; 1999.

Latin America and Caribbean Health Sector Reform Initiative (LACHSR). Baseline for Monitoring and Evaluation of Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean. Washington, DC: LACHSR; 1998. (Technical Series No. 2 – Disponível em: www.lachsr.org)

Levcovitz E. Health Systems Profiles: Monitoring and Evaluation of Health Sector Reform. Proceedings of the Symposium "Alliances for Public Health PAHO-USAID"; 2004 set 13-14; Washington, DC.

McPake B, Kutzin J. *Methods for Evaluating Effects of Health Reforms*. Geneva: WHO, Division of Analysis, Research and Assessment; 1997. (Current Concerns Series, ARA Paper number 13. WHO/ARA/CC/97.3).

Mintz P, Savedoff WD, Pancorvo J. *Prosalud and the Insurance Program for Mothers and Children (SNMN)*. Washington, DC: The World Bank and the Inter-American Development Bank; 2000.

National Health Policy Forum. *Filling the Geriatric Gap: Is the Health System Prepared for an Aging Population – A Discussion Featuring Christine K. Cassel, Marthy Mezey, and Richard D. Della Penna*. Washington, DC: National Health Policy Forum; 1999 (No. 729).

OECD. OECD Health Data 1997: *A Software for the Comparative Analysis of 29 Health Systems.* Paris: OECD; 1997.

Östlin P, George A, Sen G. Gender, Health and Equity: The Intersections. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A and Wirth M, eds. *Challenging Inequities in Health - From Ethics to Action*. Oxford: Oxford University Press; 2004.

Organización Panamericana de la Salud, Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud / Organización Mundial de la Salud. *Envejecimiento Activo y Saludable: Marco Político*. Washington, DC: OPAS/OMS; 2002.

Organización Panamericana de la Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud / Organización Mundial de la Salud. *Evaluación y Mejora del Desempeño de los Sistemas de Salud en la Región de las Américas*. Washington, DC: OPAS/OMS; 2001.

Organização Pan-Americana da Saúde /Organização Mundial da Saúde. *Contribuciones de Foros Subregionales en Envejecimiento y Salud en las Americas* - 1998-2000. Washington, DC: OPAS/OMS; 2000.

Organização Pan-Americana da Saúde /Organização Mundial da Saúde. 41º Conselho Diretor - Resolução CD41.R12. 30 setembro 1999.

Organização Pan-Americana da Saúde /Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a "Reunião Especial sobre a Reforma do Setor de Saúde." Washington, DC: OPAS/OMS; 1996.

Organização Pan-Americana da Saúde /Organização Mundial da Saúde. OPAS/OMS Cooperación Técnica focalizada en los Países y el Desarrollo Nacional de la Salud SPP39/10. Minutas da "39a Sessão do Sub-comitê de Planejamento e Programação do Comitê Executivo"; 2005 16-18 março; Washington, DC.

Organização Pan-Americana da Saúde /Organização Mundial da Saúde. *Verificación de la Cobertura Universal de los Servicios de Salud*. La experiencia de la Organización Panamericana de la Salud en México. México: OPS; 2002.78

Organização Pan-Americana da Saúde, Programa de Salud del Adulto Mayor / Organização Mundial da Saúde. *La Salud y el Bienestar de las Personas Adultas Mayores en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: OPS/OMS; 2003.

Organização Pan-Americana da Saúde, Unidade de Gênero, Etnia e Saúde /Organização Mundial da Saúde. *Indicadores Básicos para el Análisis de la Equidad de Género en Salud*. Washington, DC: OPAS/OMS; 2004.

Organização Pan-Americana da Saúde, Unidade de Tecnologia e Prestação de Serviços. *Programa Salud de los Pueblos Indígenas de las América: Ejes de Trabajo y Plan de Acción 2005-2015*. Washington, DC: OPAS; 2004.

Pan American Health Organization / World Health Organization. *Gender, Health and Development in the Americas2003 – Indicadores Básicos*. Washington, DC: OPAS/OMS; 2003.

Pan American Health Organization / World Health Organization. *Health in the Americas: Volume 1*. 1998 Edition. Washington, DC: PAHO/WHO; 1998. (Scientific and Technical Publication No. 587)

Pan American Health Organization / Swedish International Development Cooperation Agency (SIDA). *Exclusion in Health in Latin America and the Caribbean - Series No. 1* – Extension of Social Protection in Health. Washington, DC: PAHO/SIDA; 2004.

Planes Magriñá A. et. al. *Los sistemas de salud y las necesidades y demandas de los ciudadanos* (Documento No.1). I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Sevilla, España: 14-17 maio 2002.

Potter C, Brough R. Systemic Capacity Building: A Hierarchy of Needs. *Health Policy and Planning 2004*; 19(5):336-345.

Primeira Cúpula das Américas. Plano de Ação. Minutas da "*Primeira Cúpula das Américas*"; 1994 3-5 dezembro; Miami. (Disponível em http://*www.summit-americas.org/miamiplan-spanish.htm*)

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). *Informe Sobre Desarrollo Humano 2005. La Cooperación Internacional ante una Encrucijada:Ayuda al Desarrollo, Comercio y Seguridad en un Mundo Desigual*. Nova Iorque: PNUD; 2005.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). *Informe Sobre Desarrollo Humano 2003. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: Un Pacto entre las Naciones para Eliminar la Pobreza.* Nova Iorque: PNUD; 2003.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). *Informe Sobre Desarrollo Humano 1999. La Globalización con Rostro Humano.* Nova Iorque: PNUD; 1999.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). *Informe Sobre Desarrollo Humano 1997. Desarrollo Humano para Erradicar la Pobreza*. Nova Iorque: PNUD; 1997.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). *Informe Sobre Desarrollo Humano 1996. Crecimiento Económico y Desarrollo Humano*. Nova Iorque: PNUD; 1996.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). *Informe Sobre Desarrollo Humano 1995. Género y Desarrollo Humano*. Nova Iorque: PNUD; 1995.

Quigley R, Cavanaugh S, Harrison D, Taylor L. *Clarifying Health Impact Assessment, Integrated Impact Assessment and Health Needs Assessment*. Yorkshire, UK: NHS Health Development Agency; 2004.

Rivas-Loría P. *Health Sector Analysis in Latin America and the Caribbean*. Proceedings of the Symposium "Alliances for Public Health PAHO-USAID"; 2004 set 13-14; Washington, DC.

Rivas-Loría P, Shelton C. Health Sector Reform Trends in LAC: Are Health Reform and Health Systems Development Moving Forward? *LACHSR Bulletin - Strengthening Health Systems and Reforms* 2005.

Rivas-Loría P, Entwistle M, La Foucade A. *Análisis de las Reformas del Sector Salud en los Países de la Sub-Región del Caribe Inglés*. LACHSR: Edición Especial No. 12. Washington, DC: LACHSR; 2002. (http://www.lachsr.org).

Rivas-Loría P, Infante A, Murillo R, Pedroza J, Schweiger A, et al. *Análisis de las Reformas del Sector Salud en los Países de las Región Andina.* LACHSR: Edição Especial No. 11. Washington DC: LACHSR; 2002. (http://www.lachsr.org).

Rivas-Loría P, Infante A, Pedroza J, Reinharz D. *Análisis de las Reformas del Sector Salud en la Subregión de Centroamérica y la República Dominicana*. LACHSR: Edição Especial No. 10. Washington, DC: LACHSR; 2002. (http://www.lachsr.org).

Rosés M. Discurso de Abertura, Consulta Regional sobre o Trabalho da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde, OPAS/OMS; 2005 5 julho; Washington, DC.

Savedoff WD. *Policy Implications of Health Equity Focus for Latin America*. Washington, DC: Inter-American Development Bank; 1999.

Segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento. *Uma sociedade para todas as idades. Anais da "Segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento."* 2002 8-12 abril; Madrid, Espanha.

Standing H. *El Género y la Reforma del Sector Salud*. Washington, DC: PAHO / Harvard Center for Population and Development Studies; 2000.

The Economist. *Inequality in Latin America: A Stubborn Curse* [editorial]. 2003.

Terceira Cúpula das Américas. *Declaração da Cidade de Quebec: Plano de Ação. Procedimentos da "Terceira Cúpula das Américas"*; 2004 abril 20-22; Québec, Canadá. (disponível em http://www.summit-americas.org)

Travis, P et al. Overcoming Health-Systems Constraints to Achieve the Millennium Development Goals. *Lancet 2004*;364:900-906.

Wagstaff A. *Research on Equity, Poverty, and Health Outcomes: Lessons for the Developing World*. Washington, DC: The World Bank; 2000.

Walt G. World Health: Globalization of International Health. *Lancet 1998*:351:434.

Watson SD. Equity Measures and Systems Reform as Tools for Reducing Racial and Ethnic Disparities in Health Care. *The Commonwealth Fund* 2005. (disponível em: http://www.cmwf.org/publications/publications_show.htm?doc_id=289303)

GLOSSÁRIO

Acesso (acessibilidade): Probabilidade de obtenção de tratamento médico quando este é necessário. O termo implica que os serviços fornecidos atendem às necessidades dos usuários do sistema de saúde. O acesso pode ser afetado pela presença ou pela ausência de barreiras físicas (relacionados à oferta, disponibilidade e distância dos serviços de saúde), barreiras econômicas ou financeiras (relacionadas ao custo de buscar e obter tratamento médico) e barreiras culturais (relacionadas à percepção dos serviços de saúde pela comunidade, como por exemplo discriminação percebida ou real por parte dos fornecedores de tratamento médico ou barreiras lingüísticas).

Análise de Atores: Processo que envolve vários métodos e técnicas para identificar, analisar e compreender o papel daqueles responsáveis pela seleção, implementação e resultados de uma política, projeto ou programa. A análise também busca esclarecer para a equipe de trabalho e para os tomadores de decisão quais atores e partes interessadas devem ser levados em consideração no processo e por qual razão. A análise dos atores é utilizada em conjunto com o mapeamento político dos atores a fim de determinar a viabilidade política das intervenções.

Análise Setorial: Processo que conduz à preparação de um estudo ou conjunto de estudos sobre a situação da produção, da distribuição ou do consumo de bens e serviços de um setor em um país; e dos elementos que o compreendem e das relações que existem entre eles, tomando em conta o contexto histórico, político, social, econômico e cultural. É, portanto, uma análise da dinâmica do setor que inclui a construção de hipóteses e formulação de recomendações políticas.

Asseguramento: É a garantia de que haverá cobertura e acesso a serviços de saúde no caso de necessidade. Compreende a organização e a administração da prestação de serviços de saúde e a alocação de recursos financeiros dentro do sistema de saúde a fim de garantir que o risco associado a intervenções de saúde seja assumido por todos os detentores desse direito e não pelos membros tomados individualmente.

Atenção primária: O nível do sistema de saúde que "provê a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, oferecendo cuidados enfocados na pessoa e não na enfermidade durante o decurso dos anos. Provê atenção para todas as enfermidades, com exceção das que são menos comuns e usuais, e coordena ou integra a prestação de atenção em outros lugares ou por outros". Acredita-se que a expressão "atenção primária" remonte ao ano 1920, quando o Relatório Dawson foi publicado pelo Reino Unido. Este relatório mencionava os "centros de atenção primária" propostos como centro da regionalização dos serviços neste país. Outra expressão, "Atenção Primária Orientada à Comunidade" ou APOC, teve origem nos anos 1940 na África do Sul. A abordagem da APOC continua sendo considerada até hoje como um dos precursores importantes da concepção de APS de Alma-Ata.

Atenção primária à saúde (APS): Em 1978, a Declaração de Alma-Ata definiu a APS como sendo "a assistência sanitária essencial, baseada em métodos e tecnologias práticos, cientificamente fundados e socialmente aceitos, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias, a um custo que a comunidade e o país possam suportar, constituindo-se o primeiro elemento de um processo permanente de assistência sanitária. É parte integrante do sistema nacional de saúde como do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representa o primeiro nível de contato entre os indivíduos, a família e a comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção ao lugar onde residem e trabalham as pessoas e constitui-se no primeiro elemento de um processo contínuo de assistência à saúde."

Atores: Participantes ativos que interagem e negociam com outros atores, que são indivíduos, instituições ou outras entidades de natureza coletiva, que podem ser representantes de grupos de interesse e/ou grupos de influência (lobby).

Tipos de atores:

- Atores ativos: aqueles que afetam ou determinam a decisão ou ação no sistema.
- Atores passivos: aqueles que são afetados pela decisão ou pela ação.
- Atores primários: aqueles que buscam beneficiar-se com a mudança.
- Atores secundários: aqueles que servem de intermediários.
- Atores-chave: aqueles que possuem influência significativa sobre o sucesso da mudança a ser implementada.

Autoridade Sanitária: A Autoridade Sanitária é responsável pelos bens públicos relacionados à saúde e a sua função principal é proteger e promover a saúde da população. Implica o poder do estado para influenciar as funções, responsabilidades e competências substantivas que não podem ser delegadas a fim de monitorar os bens públicos relacionados à saúde. Há várias diferenças estruturais na composição da Autoridade Sanitária em função da natureza federal ou unitária do país e da organização institucional do setor de saúde. Os Ministérios de Saúde são as principais organizações públicas depositárias da Autoridade Sanitária e nessa função são as principais entidades responsáveis pelo exercício da função gestora do setor de saúde.

Chefes de família mulheres (%): Quociente entre o número de lares com chefes de família mulheres e o número total de lares, para um determinado período e território, expresso por 100.

Cobertura: Parcela da população elegível para receber benefícios médicos por meio dos programas públicos (OCDE 2000b). A cobertura pode ser caracterizada como sendo:
Universal: fornecimento de acesso adequado a tratamento médico para todos, a um preço acessível.
Nominal: expresso como uma porcentagem das pessoas com direito de receber tratamento médico pelo sistema de seguridade público em relação à população total.
Efetivo: expresso como uma porcentagem das pessoas que, tendo direito a receber o tratamento médico oferecido, normalmente o recebem se dele necessitarem.

Contas Nacionais de Saúde: Informação, geralmente na forma de indicadores, que um país pode coletar sobre os seus gastos com saúde (OMS, 2000b). Esses indicadores podem incluir gasto total com saúde, gasto público, gasto financiado mediante impostos, gasto público-privado, gasto do bolso (gasto direto) e gasto da Seguridade Social.

Co-pagamento: Quantia paga pelo paciente a fim de cobrir parte dos custos do tratamento médico recebido. É uma forma de participação no custo do serviço e uma das maneiras possíveis de financiar os serviços.

Credenciamento: O processo pelo qual uma agência ou organização autorizada avalia e reconhece uma instituição ou um indivíduo de acordo com um conjunto de “padrões” descritivos de estruturas e processos que contribuem para a obtenção dos resultados desejáveis. (OMS 1998)

Demanda por serviços de saúde: Desejo formal (explícito) de receber cuidados médicos fornecidos ao público em geral sem custo direto para o consumidor. Como uma estimativa, a utilização ou uso dos serviços é considerada uma expressão da demanda que é satisfeita pela prestação de serviços, com respeito a uma população-alvo e um período determinado.

Democracia: Regime político no qual a soberania reside no povo e é exercida por este de modo direto ou indireto. A palavra democracia é derivada do termo grego demokratia, composto por demos, que significa “povo”, kratos, que significa “governar” e o sufixo ia; o significado literal do termo é, portanto, “governo do povo”. Mais concretamente, a democracia é uma forma de governo na qual, em teoria, o poder para mudar as leis e as estruturas de governo, bem como o poder de tomar todas as decisões de governo, residem nos cidadãos. Em um sistema como este, as decisões legislativas e executivas são tomadas pelos próprios cidadãos (democracia direta) e pelos seus representantes eleitos por meio de eleições livres e diretas para representar os interesses dos cidadãos (democracia representativa).

Descentralização: Descentralização é um processo político e administrativo que implica a transferência de responsabilidades e recursos às unidades de governo subnacionais (estado, departamento, província ou município) que se caracterizam por possuírem personalidade jurídica e patrimônio próprio, bem como capacidade autônoma de agir de acordo com os termos estabelecidos por leis específicas. Nos regimes democráticos, estas unidades são governadas por autoridades eleitas e não por autoridades designadas pelo governo central. A descentralização difere-se da desconcentração porque nesta há uma transferência de autoridade administrativa, e não política, para os níveis inferiores de uma mesma entidade.

Desempenho do sistema de saúde: Avaliação do grau em que foram alcançadas as metas do sistema de saúde, tal como a melhoria da saúde, da capacidade de resposta e da existência de financiamento justo, dada a quantia de recursos disponíveis no sistema.

Determinantes sociais de saúde: São fatores no ambiente social que influem sobre a saúde dos indivíduos e das comunidades. Estes fatores incluem, mas não estão limitados ao seguinte:

- Status sócio-econômico
- Transporte
- Moradia
- Acesso a serviços
- Discriminação por grupo social (e.g., raça, gênero ou classe)
- Estressantes sociais e ambientais

Eficácia: Implica que um determinado procedimento, programa ou serviço clínico alcança os resultados pretendidos ou produz os efeitos esperados.

Eficiência: Obtenção do melhor valor possível para os recursos utilizados. Recursos são alocados com eficiência se eles geram o máximo ganho possível em termos de saúde por unidade de custo.

Eqüidade: Definido como a ausência de diferenças evitáveis ou remediáveis entre populações ou grupos definidos social, econômica, demográfica e geograficamente.

Expectativa de vida ao nascer: Número médio de anos que se espera que um recém-nascido viva, se durante a sua vida ele/ela for exposto a taxas de mortalidade específicas, por idade e por sexo, prevalecentes no momento de seu nascimento, para um dado ano, em um determinado país, território ou área geográfica.

Financiamento: Função de um sistema de saúde relacionado com a mobilização, acúmulo e alocação de recursos para atender às necessidades de saúde da população, individualmente ou coletivamente, no sistema de saúde (OMS, 2000b).

Fornecimento de serviços de saúde: Quantidade de um bem ou serviço em condições de ser usado ou consumido por uma população-alvo em um período determinado. Os recursos dedicados a fornecer esses bens e serviços são também considerados uma (estimativa da) oferta. Este objetivo é alcançado por meio de serviços concebidos para promover, prevenir, recuperar e reabilitar a saúde da população-alvo tanto em nível individual quanto coletivo, nas atuais condições das pessoas e do ambiente.

Fragmentação: Co-existência de vários subsistemas de saúde pequenos e não-integrados. Como resultado, há um aumento dos custos de transação e uma diminuição da capacidade de garantir acesso eqüitativo e prestação de serviços de saúde (Planes Magriña, A.).

Função Gestora do Setor de Saúde: Entende-se como sendo a gestão da política pública em saúde. No contexto da nova relação entre governo e sociedade inaugurada pelo estado moderno, trata-se de uma competência característica do governo e é exercido por meio da autoridade sanitária nacional. O seu objetivo é implementar decisões e ações públicas para satisfazer e garantir, no marco do modelo de desenvolvimento nacional adotado, as necessidades e aspirações de saúde legítimas dos grupos de atores sociais. Inclui as seguintes dimensões: formular e conduzir, regular e fiscalizar, garantir o asseguramento, administrar o aspecto financeiro, harmonizar a prestação de serviços e desenvolver e promover as Funções Essenciais de Saúde Pública no país.

Gasto Nacional com Saúde: Medida da quantia total de recursos gastos em bens, serviços e pesquisas em saúde durante um ano. A medida inclui gastos públicos e privados em saúde.

Gastos privados com saúde: A parte do gasto total com saúde que não é pública; é composto principalmente por gastos do bolso ou prêmios para seguros de saúde voluntários (algumas vezes dos empregadores para os seus funcionários) (Observatório Europeu de Sistemas de Saúde, 2001).

Gasto público com saúde por ano como uma porcentagem do PIB: Valor do gasto público total com bens e serviços de saúde para uma determinada economia nacional, em um período específico, normalmente um ano, expresso como uma porcentagem do produto interno bruto (PIB) correspondente.

Gasto público com saúde por ano per capita (em US$): Valor médio por pessoa do gasto público total com bens e serviços de saúde para uma determinada economia nacional, em um período específico, normalmente um ano, expresso em dólares norte-americanos.

Gastos do bolso (pagamento direto): Taxa paga pelo consumidor dos serviços de saúde diretamente ao provedor no momento da prestação. O paciente arca pessoalmente com os custos. Esse tipo de gasto inclui compartilhamento dos custos (e taxas aos usuários) e pagamentos informais aos provedores de atenção médica (OCDE, 200b; modificado OCDE, 1992).

Gênero: Conceito dinâmico, que analisa a inter-relação entre homens e mulheres no contexto de sua sociedade e de seus papéis naquela sociedade. Papéis de gênero são definidos como as características sociais e culturais que diferentes sociedades atribuem aos homens e às mulheres. Esses papéis de gênero são os padrões de comportamento, direitos e obrigações que a sociedade define como sendo apropriados para cada sexo. Uma perspectiva de gênero é uma maneira de analisar situações e temas levando em conta os respectivos papéis e contribuições dos homens e das mulheres à sociedade (OMS).
Sexo: Refere-se às diferenças biológicas entre as mulheres e os homens.

Gerenciamento de Recursos Humanos: Refere-se ao processo de tomada de decisões que afeta a natureza da relação entre a instituição de saúde e os seus funcionários. Compreende a transformação dos recursos disponíveis em serviços que atendem de forma efetiva e eficiente às necessidades dos indivíduos e de grupos populacionais em um contexto de evolução constante (Gilles Dussault e Luis Eugenio de Souza, Universidade de Montreal).

Gestão setorial: Consiste na capacidade da "Autoridade Sanitária Nacional" de formular, organizar e conduzir a execução da política nacional de saúde mediante processo que, a partir de valores compartilhados e da determinação social de bens públicos em saúde, define objetivos de saúde viáveis e implementa planos estratégicos para a consecução dos mesmos. Para este fim, os esforços das instituições públicas e privadas no âmbito do setor e outros atores sociais devem ser coordenados a fim de alcançar, por meio de mecanismos participativos e da construção de consensos, a mobilização dos recursos necessários para executar as ações propostas.

Governança: É o conjunto de tradições e instituições que determinam como a autoridade é exercida em um país. Esta compreende: 1) os processos pelos quais os governos são selecionados, monitorados e substituídos; 2) a capacidade do governo em administrar os recursos públicos de forma eficaz e de elaborar, implementar e executar políticas e leis adequadas para o desenvolvimento do país e bem-estar geral da população; e 3) respeito dos cidadãos e do estado pelas instituições que regem as suas interações econômicas e sociais (Kaufmann, Kraay e Zoido-Lobatón, Banco Mundial).

Grupo étnico: Um grupo étnico é o grupo que se distingue da sociedade nacional geral em virtude de práticas sócio-culturais, que são vistas em seus costumes e tradições. Grupos étnicos podem ser formados por populações indígenas, Afro-descendentes, mestiços, etc.

Hospital: Estabelecimento que oferece tratamento médico e que conta com leitos hospitalares, pessoal especializado e recursos clínicos, onde os pacientes podem, se necessário, ser internados e receber atenção médica durante as 24 horas do dia. A assistência pode ser de caráter ambulatorial (em consultórios adjacentes, unidades especializadas ou de emergência) e intra-hospitalar (hospitalização).

Incidência anual de baciloscopia de escarro positiva (BK+): Número de casos de tuberculose confirmados por baciloscopia registrados para um dado ano, por 100.000 habitantes, em um determinado país, território ou área geográfica.

Incidência anual de HIV/AIDS: O número de casos de incidência do Vírus de Imunodeficiência Adquirida(HIV)/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) registrados em um dado ano, por 100.000 habitantes, para um determinado país, território ou área geográfica.

Incidência anual de infecções pelo vírus influenza: Número de casos de incidência do vírus influenza registrados em um dado ano, por 100.000 habitantes para um determinado país, território ou área geográfica.

Incidência anual de neoplasmas malignos de mama em mulheres: A razão entre o número de casos de incidência de neoplasmas malignos de mama em mulheres registrados durante um dado ano entre a população feminina e o número de residentes naquela mesma população, por 100.000 habitantes, em um determinado país, território ou área geográfica.

Incidência anual de neoplasmas malignos na cerviz: A razão entre o número de casos de incidência de neoplasmas malignos na cerviz registrados em um dado ano entre a população feminina e o número de residentes naquela mesma população, por 100.000 habitantes, em um determinado país, território ou área geográfica.

Incidência anual de neoplasmas malignos no pulmão: A razão entre o número de casos de incidência de neoplasmas malignos no pulmão (incluindo a traquéia e os brônquios) registrados durante um dado ano para um dado sexo e o número de residentes naquela mesma população, por 100.000 habitantes, em um determinado país, território ou área geográfica.

Incidência anual de tuberculose: Número de casos de incidência de tuberculose registrados em um dado ano, para um determinado país, território ou área geográfica.

Indicador: Variáveis identificadas e mensuráveis que evidenciam mudanças direta e indiretamente relevantes às metas, objetivos e alvos (OMS 1998a).

Indicadores de iniqüidade: Um indicador de iniqüidade deve levar em consideração as seguintes variáveis: (i) a dimensão sócio-econômica das iniqüidades de saúde; isto é, as iniqüidades de saúde devem ser sistematicamente relacionadas ao status sócio-econômico; (ii) a experiência da população em geral, isto é, que o indicador utilize toda a informação disponível dos diversos grupos populacionais; (iii) mudanças na distribuição e tamanho da população, isto é, que seja sensível ao tamanho dos grupos sócio-econômicos; e (iv) o estado de saúde médio da população.

Índice de Desenvolvimento de Gênero (IDG): Indicador que reflete os mesmos dados básicos que o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), mas que é ajustado para as desigualdades de gênero em três das categorias de desenvolvimento humano (longevidade, conhecimento e padrão de vida).

Índice de Desenvolvimento Humano (IDH): Indicador que pretende medir o desenvolvimento humano de modo integral ao avaliar as dimensões de longevidade, conhecimento e renda e é considerado "uma medida da capacidade de uma população em alcançar uma vida saudável, comunicar-se, participar das atividades da comunidade e contar com recursos suficientes para usufruir de um padrão de vida razoável" (PNUD).

Índice de Empoderamento de Gênero (IEG): Indicador que mede o empoderamento político e econômico das mulheres em relação aos homens por meio da análise do número/porcentagem de mulheres no parlamento, em posições de chefia, bem como mulheres com trabalhos profissionais e técnicos.

Lacunas de oferta em relação à demanda: A comparação entre oferta e demanda que possibilita estimar as lacunas que existem entre a oferta disponível e a oferta que seria necessária para atender à demanda da população de maneira efetiva e suficiente.

Leito hospitalar: Um leito mantido de forma regular e que conta com pessoal capacitado com o objetivo de acomodar e atender em tempo integral uma sucessão de pacientes hospitalizados. Os leitos estão situados nas áreas dos hospitais onde o cuidado médico contínuo é fornecido. É uma medida da capacidade do hospital (OMS 2000a).

Mecanismos de pagamento: Forma em que se organiza a compensação econômica, normalmente monetária, que o provedor de saúde recebe pela prestação de serviços de saúde.

Medicamento genérico: Medicamentos que são idênticos em composição química aos medicamentos de marca, mas que são produzidos pelas fábricas concorrentes depois que a patente original expirou (Getzen 1997).

Migração: É a mudança de residência de uma fronteira para outra com intenção de permanecer. Se não existir esta intenção, a população deve ser incluída em uma outra categoria (por exemplo, deslocados, visitantes ou turistas). Um país (ou região, província ou estado) recebe imigrantes e perde emigrantes; a diferença entre a imigração bruta e a emigração bruta é denominada saldo migratório ou migração.

Modelo de atenção à saúde: Descrição esquemática do tipo e da combinação de serviços que são geralmente oferecidos em um país, região ou um sistema, tal como o pacote de serviços básicos de um determinado país.

Modelo de gerenciamento dos serviços de saúde: Corresponde à maneira pela qual os gerentes do serviço de saúde administram os recursos do sistema para alcançar os objetivos propostos.

Modelo organizacional dos serviços de saúde: Corresponde à maneira em que os componentes do sistema de serviços de saúde são organizados de forma a contribuir para o seu funcionamento coletivo.

Número anual de casos registrados de dengue: Número de casos de incidência de dengue registrados durante um dado ano, para um determinado país, território ou área geográfica.

Número anual de casos registrados de malária: Número de casos de incidência de malária registrados durante um dado ano, para um determinado país, território ou área geográfica.

Número de leitos hospitalares: Número médio de leitos hospitalares por 1.000 habitantes em uma população, para um dado ano, em um determinado país, território ou área geográfica.

Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM): Oito objetivos que fazem parte do plano acordado por todos os países do mundo e por todas as mais importantes instituições de desenvolvimento em nível mundial e que abrangem desde a redução pela metade da pobreza extrema ao combate do HIV/AIDS e a consecução do ensino primário universal até o ano 2015. Foram estabelecidos pelas Nações Unidas logo após a Cúpula do Milênio que teve lugar no ano 2000 na cidade de Nova Iorque.

Pacote de Benefícios: Nos sistemas de seguro médico e de seguridade social, o pacote de benefícios dá direito a um conjunto extenso de serviços de saúde para os indivíduos assegurados ou cobertos definidos conforme um conjunto de critérios especificados no plano (OMS, 1998a)

Participação e controle social: É o estabelecimento de formas de relação social baseadas na necessidade de incluir todos os atores sociais habilitados a tomar parte e a promover os processos que buscam o bem-estar coletivo, por meio da resolução de conflitos. Implica a incorporação da população, como um ator social, na análise das situações/problemas que os afetam, na avaliação das opções para lidar com essas questões e na execução das ações resultantes. (Haddad,J/Roschke, M.A./Davini, M.C: Educación permanente de personal de salud. Washington, D.C.: OPS, Serie Desarrollo Recursos Humanos No. 100).

Partos atendidos por pessoal capacitado (%): Número de partos atendidos por pessoal capacitado durante um dado ano, independente do local onde ocorreu, expresso como uma porcentagem do número total de nascimentos naquele mesmo ano, em um determinado país, território ou área geográfica. Na categoria de pessoal capacitado, incluem-se médicos, enfermeiras e parteiras diplomadas; não estão incluídas parteiras tradicionais com ou sem treinamento.

Planejamento sanitário: Refere-se ao planejamento com o objetivo de melhorar a saúde, a acessibilidade aos serviços de saúde e promover a maior eficiência na prestação de serviços de saúde e na alocação de recursos para a comunidade como um todo.

Pobreza extrema ou absoluta: Refere-se à falta de recursos para a satisfação das necessidades de alimentação básicas. Esta se expressa em termos de requisitos calóricos mínimos.

Pobreza relativa: Refere-se à falta de renda necessária para satisfazer tanto as necessidades alimentares básicas como as necessidades básicas não-alimentares, tal como vestuário e bem-estar.

Políticas distributivas: Políticas que incluem programas ou subvenções que fornecem recursos de interesse para a sociedade e que beneficiam a maior parte das pessoas. Como resultado, apesar desse tipo de política freqüentemente incluir subsídios ao setor privado, elas não geram um alto grau de controvérsia, pois se pressupõe que os seus produtos beneficiam a maior parte dos membros da sociedade e que não se executam às custas da sociedade ou de grupos privados. Exemplos: a construção de rodovias, bolsas para pesquisa acadêmica, subsídios agrícolas, polícia, construção de aeroportos, estradas, etc.

Política de saúde: Políticas de saúde refletem as decisões governamentais que estabelecem os objetivos relacionados ao setor da saúde cujo objetivo é melhorar a saúde, reduzir o risco e as lesões e permitir que os indivíduos busquem um melhor estado de saúde.

Políticas públicas: São definidas como sendo as decisões tomadas pelos órgãos legislativos, executivos e judiciais. Estão associadas a objetivos e metas, formalmente aprovados (recursos, mecanismos), e comunicam os objetivos, princípios, estratégias e regras de decisões tomadas na administração e legislação do governo. Assim, as políticas públicas satisfazem uma necessidade pública ou valores públicos cujos resultados estão dispostos em um conjunto de normas adotadas por uma entidade pública e que é executada por agentes sociais. Elas se traduzem em regras, leis, normas, tributação e outros incentivos.

Políticas redistributivas: Aquelas que afetam uma vasta gama de indivíduos, incluindo a redistribuição de recursos financeiros, propriedade física e direitos individuais, e onde os efeitos tendem a estar alinhados com a posição sócio-econômica destes grupos.

Políticas regulatórias: São elaboradas para influenciar as ações, comportamentos e decisões do setor privado e são acompanhadas de sanções. Elas justificam-se porque elas são dirigidas a proteger o bem-estar público e, como as políticas redistributivas, tendem a gerar confronto entre diferentes grupos.

"Pooling": Consiste na administração do risco financeiro associado às intervenções de saúde por meio da alocação de recursos disponíveis a um "pool" ou grupo de membros para que esse risco seja assumido por todos os membros do pool e não pelos membros tomados individualmente.

População: Todos os habitantes de um país, território ou área geográfica, para determinado sexo e/ou faixa etária, em um período específico. Em termos demográficos, é o número de habitantes de um determinado sexo e/ou faixa etária, que vive efetivamente dentro dos limites fronteiriços do país, território ou área geográfica, em um dado momento, normalmente na metade do ano. A população na metade do ano refere-se à população de fato em 1º de julho.

População abaixo da linha nacional de pobreza (%): Porcentagem da população que vive abaixo da linha nacional de pobreza, para um determinado país, território ou área geográfica, durante um período específico de tempo, normalmente um ano. A definição operacional de linha nacional de pobreza tende a variar de país para país e representa a renda que possibilita que cada domicílio satisfaça as necessidades básicas de todos os seus membros.

População Analfabeta (%): Proporção da população adulta com idade superior a 15 anos que não é alfabetizada, expressa como uma porcentagem da população correspondente, para um dado sexo, em um determinado país, território ou área geográfica, em um período específico, geralmente na metade do ano. Para fins estatísticos, uma pessoa é alfabetizada se ele ou ela consegue ler e escrever um texto curto e simples sobre a sua vida diária.

População com acesso a água potável (%): Tamanho da população com acesso a água potável em um dado ano, expresso como uma porcentagem da população correspondente na metade do ano, em um determinado país, território ou área geográfica.

População com acesso a saneamento básico (%): Tamanho da população com acesso a saneamento básico em um dado ano, expresso como uma porcentagem da população correspondente na metade do ano, em um determinado país, território ou área geográfica.

População com idade inferior a 15 anos (%): Porcentagem da população total de um país, território ou área geográfica com idade inferior a 15 anos, para um determinado sexo e em um momento específico, normalmente na metade do ano.

População com mais de 60 anos de idade (%): Porcentagem da população total em um país, território ou área geográfica com mais de 60 anos de idade, para um determinado sexo e em momento específico, normalmente na metade do ano.

População da Área de Influência: A área de influência corresponde à população atendida pelos estabelecimentos de saúde e não representa necessariamente o território como tal. A população fornece o denominador para as diversas razões de indicadores de oferta ou uso. De acordo com a necessidade, indicadores específicos para subgrupos populacionais podem ser construídos (como por exemplo, crianças com menos de um ano de idade). As variáveis mais relevantes para descrever os níveis mais complexos são:

- A lista dos estabelecimentos, com o seu nível de complexidade e tipologia, seguido de o que é recomendado na seção de caracterização geral de oferta de serviços.
- A oferta de serviços; a distinção entre benefícios intermediários e finais é recomendada neste nível.

População economicamente ativa (PEA): Compreende todas as pessoas de ambos os sexos, acima de uma determinada idade, que ofertam trabalho para a produção de bens e serviços econômicos durante um dado período. Pode ser calculado como um quociente entre o número de pessoas economicamente ativas e o número total de pessoas em idade para trabalhar, em uma data específica, para um determinado território, sobre 100.

População indígena (povos indígenas, povos nativos, povos autóctones, tribos, etnias, grupos étnicos, nações, primeiras nações, sociedades, Ameríndios): Apesar de haver diversas definições para o termo "indígena", de acordo com a Convenção 169 (1989) da Organização Internacional do Trabalho (OIT), povos indígenas são: "...aos povos em países independentes, considerados indígenas pelo fato de descenderem de populações que habitavam o país ou uma região geográfica pertencente ao país na época da conquista ou da colonização ou do estabelecimento das atuais fronteiras estatais e que, seja qual for sua situação jurídica, conservam todas as suas próprias instituições sociais, econômicas, culturais e políticas, ou parte delas." O conceito de povo refere-se ao conjunto de atributos que caracterizam um conglomerado humano em termos territoriais, históricos, culturais e étnicos e que conferem a ele uma identidade.

População urbana (%): Porcentagem da população total de um país, território ou área geográfica que vive em uma área definida como sendo urbana, em um período de tempo específico. O termo urbano refere-se essencialmente a cidades ou outras áreas de alta densidade populacional. A demarcação das áreas urbanas é geralmente elaborada pelos países como parte de seus procedimentos censitários e é geralmente baseado no tamanho dos locais e/ou a classificação das áreas como centros administrativos ou de acordo com critérios especiais tais como a densidade populacional ou tipo de atividade de seus residentes. Não há uma definição internacionalmente acordada para área urbana e as definições nacionais operacionais podem variar de país para país.

Prestação de serviço: Consiste no cuidado direto dos pacientes por equipe profissional. Pode ser de diferentes naturezas – promoção e prevenção individual ou coletiva, diagnóstico e tratamento, recuperação e reabilitação – desenvolvido em e desde estabelecimentos de saúde de diversos tipos: em locais de residência e trabalho; nos domicílios dos médicos, enfermeiras ou pessoal primário ou intermediário; em unidades de saúde básicas; em clínicas ou ambulatórios especializados; em hospitais complexos, onde tecnologias sofisticadas e caras são utilizadas.

Prestação final: O resultado final do processo produtivo realizado no próprio estabelecimento de saúde (alta hospitalar, consultas com especialistas, emergências, intervenções cirúrgicas, cuidados no parto). Esses benefícios são o resultado geral da produção da rede de estabelecimentos de saúde.

Prestações intermediárias: Correspondem a procedimentos que são parte do processo produtivo e que agem como insumos para a produção da prestação final (exames laboratoriais e radiográficos, anatomia patológica, procedimentos em bancos de sangue, também estão incluídas ações de apoio tal como serviços de lavanderia, esterilização, fornecimento de alimentos e outros).

Prevalência anual de deficiência nutricional moderada a grave em crianças: Número de casos de prevalência de deficiência nutricional moderada a grave em crianças de até 5 anos de idade de um sexo determinado detectados em um dado ano, expresso como uma porcentagem da população correspondente na metade do ano, para um determinado país, território ou área geográfica. Deficiência nutricional moderada a grave em crianças de até 5 anos de idade é definida como sendo uma razão de peso para a idade (P/I) menor do que pelo menos dois desvios padrão (-2DE) da média de referência.

Prevalência de amamentação exclusiva até o 120º dia de vida: Número de crianças que, do nascimento até o quarto mês de vida, são alimentadas exclusivamente com leite materno, expresso como uma porcentagem da população correspondente na metade do ano, para um dado ano, em um determinado país, território ou área geográfica.

Prevalência de baixo peso ao nascer: Número de nascimentos com vida com peso abaixo de 2.500 gramas, medido no momento do nascimento ou dentro das primeiras horas de vida, antes que a significativa queda de peso pós-natal tenha ocorrido, expresso como uma porcentagem da população correspondente na metade do ano, para um dado ano, em um determinado país, território ou área geográfica.

Privatização: Envolve a transferência da propriedade e das funções do governo a entidades privadas que podem incluir organizações voluntárias e organizações com e sem fins lucrativos (Observatório Europeu de Sistemas de Saúde, 2001).

Produto Interno Bruto (PIB): É o valor financeiro da soma de todos os bens e serviços finais produzidos em uma economia durante um período determinado (geralmente um ano), acrescido da renda líquida enviada ao exterior.

Produto Interno Bruto (PIB) per capita em $ internacional: Valor de mercado médio por pessoa da soma dos valores agregados brutos de todas as unidades institucionais residentes dedicadas à produção, para uma determinada economia nacional, em um período determinado, normalmente um ano, expresso em dólares internacionais utilizando a metodologia de paridade de poder de compra.

Promoção da saúde: Processo planejado e coordenado para fomentar e assistir na melhora da saúde de uma população, o que se diferencia da prestação de serviços de saúde (OMS 1998a).

Qualidade: Significa que os usuários dos serviços de saúde recebem atenção oportuna, efetiva e segura (qualidade técnica); com recursos físicos adequados; e sob condições éticas (qualidade percebida).

Razão de renda 20% superior/20% inferior: Quociente entre a renda média do quinto mais rico dividido pela renda média do quinto inferior em uma população determinada, para determinado país, território ou área geográfica, em um período de tempo específico, normalmente um ano.

Razão de casos de AIDS homem/mulher: Quociente entre o número de casos de incidência da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) em homens em relação ao número de casos em mulheres, para um determinado país, território ou área geográfica.

Razão de enfermeiras profissionais: Número médio de enfermeiras diplomadas disponíveis por 10.000 habitantes de uma população, em um dado ano, para um determinado país, território ou área geográfica. Enfermeiras diplomadas não incluem o pessoal auxiliar de enfermagem.

Razão de médicos: Número médio de médicos disponíveis por 10.000 habitantes de uma população, em um dado ano, para um determinado país, território ou área geográfica.

Reforma do Setor de Saúde: Processo que visa provocar mudanças expressivas nas políticas de saúde, programas e práticas nacionais por meio de mudanças nas prioridades, leis, regulamentos, estrutura organizacional e arranjo financeiro do setor de saúde, tais como taxas cobradas dos usuários. As principais metas são melhorar o acesso, eqüidade, qualidade, eficiência e/ou sustentabilidade.

Resultados de saúde: Mudanças no estado de saúde (mortalidade e morbidade) que são resultado da prestação de serviços de saúde (e outros tipos de serviços) (OCDE 1992).

Risco moral: É o fenômeno no qual os beneficiários de um seguro demonstram uma tendência a consumir de maneira abusiva, ou consumir mais do que o normal, os serviços ofertados a fim de "maximizar" os benefícios das cotas pagas. Para alguns autores, o risco moral refere-se também aos abusos de prescrição dos provedores de atenção médica.

Saúde: O estado de bem-estar físico, social e mental completo e não simplesmente a ausência de doença. A saúde é um recurso para a vida diária, não o objetivo de viver e é um conceito positivo que enfatiza recursos sociais e pessoais assim como as capacidades físicas. A saúde é um direito humano fundamental, reconhecido pela Declaração Universal dos Direitos Humanos (OMS 1948).

Segmentação: *Sistemas de saúde caracterizados pela co-existência do seguinte:* (i) sistema de seguridade social, que cobre trabalhadores empregados pelo setor formal; (ii) um ministério de saúde que executa algumas intervenções de saúde pública e fornece atenção médica para as classes baixa e média; e (iii) um setor privado grande e diverso que atende aos mais ricos, aos mais pobres e, de forma crescente, à classe média.

Segurado: Refere-se à pessoa jurídica ou física que adquire ou para quem é adquirido seguro de saúde, quer seja de natureza pública ou privada, voluntária ou compulsória. Eles são também denominados "associados", "beneficiários", "titulares da apólice" ou "membros". Alguns sistemas de seguro estabelecem uma distinção entre "membros" ou "titulares da apólice", que são os segurados principais, e os "beneficiários", que geralmente são os familiares de primeiro grau destes e que possuem cobertura apenas enquanto o "membro" ou o "titular da apólice" mantém a sua condição como tal. Os "beneficiários" nem sempre possuem o mesmo pacote de benefícios que o "titular da apólice".

Seguridade Social: Um plano de seguro estabelecido e controlado pelo governo ou por organismos públicos para oferecer proteção contra o desemprego, a velhice, a doença etc. A Seguridade Social é geralmente compulsória para a população inteira ou para certos grupos e é financiado por impostos.

Seguro: Sistema de cobertura dos riscos ou eventos incertos por meio da distribuição prévia, entre certo número de pessoas, dos custos resultantes desses riscos. A participação é voluntária e a parte interessada deve atender a determinados requisitos para associar-se e também pagar certa quantia (o prêmio) a fim de ter direito aos benefícios oferecidos.

Seleção adversa: A situação em que os indivíduos podem adquirir seguro a taxas abaixo do que seria economicamente factível em virtude de uma assimetria de informação (indivíduos têm acesso à informação não disponível aos asseguradores). (Witter 1997)

Serviços (benefícios): Os serviços (benefícios) que uma entidade de seguro público oferece aos seus beneficiários dependem de inúmeros fatores, incluindo os seguintes: a história da própria entidade, recursos financeiros e humanos, os padrões de morbidade e mortalidade na população, a infra-estrutura disponível, as prioridades da política de saúde e as relações de poder entre os diferentes grupos. Seguradoras privadas e a maioria das entidades de seguridade social fazem uma descrição dos seus "Planos de Serviços (relacionados à saúde ou benefícios)", isto é, eles definem os benefícios de forma mais ou menos precisa, realizam revisões periódicas e publicam o que eles oferecem aos seus beneficiários em troca do "prêmio" pago por eles. Além disso, eles procuram introduzir mecanismos para garantir a eficiência e efetividade de seus planos de saúde. Ministérios da Saúde, no exercício de sua competência, buscam sempre organizar os seus "Planos de Benefícios", melhor identificando a população coberta, indicando explicitamente o fornecimento de serviços e disponibilizando os gastos por pessoa coberta.

Serviços ambulatoriais: Serviços médicos e paramédicos prestados a pacientes que não foram admitidos formalmente ao centro médico e que não permanecem durante a noite (OCDE 2000b).

Serviços básicos de cuidados primários de saúde: Serviços que podem ser oferecidos em nível primário; composto de oito elementos: educação sobre problemas freqüentes de saúde e métodos de identificar, prevenir e controlá-los; promoção do adequado abastecimento de produtos alimentares e nutrição; oferta adequada de água potável e saneamento; atenção à saúde materna e infantil, inclusive planejamento familiar; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas locais; tratamento adequado de doenças e ferimentos comuns; e promoção da saúde mental e fornecimento de medicamentos essenciais (Alma-Ata, 1978).

Serviços de saúde: Qualquer serviço que pode contribuir para a melhoria da saúde, ou para o diagnóstico, tratamento e reabilitação de pessoas doentes e que não é necessariamente limitado a serviços médicos ou pessoais (OMS 1998).

Setor de Saúde: Conjunto de valores, normas, instituições, recursos e atores organizados de acordo com as políticas estabelecidas e que realizam as atividades relacionais à produção, distribuição e consumo dos bens e serviços e cujo objetivo principal é promover, recuperar e manter a saúde dos indivíduos e de grupos populacionais. Inclui os ministérios e agências governamentais, os hospitais e outros serviços de saúde, as redes de seguro de saúde, as organizações de saúde públicas e privadas, assim como a indústria farmacêutica e as companhias de fornecimento de medicamentos por atacado.

Sistema de saúde: Grupo de instituições nacionais e subnacionais públicas ou privadas ou organizações não-governamentais que buscam proteger a saúde das pessoas. Em sua essência, o sistema de saúde é o setor da saúde classificado de acordo com as principais funções (financiamento, prestação de serviços e cobertura), de acordo com os atores principais e com os resultados (saúde, financiamento justo e capacidade de resposta). A OMS define as metas dos sistemas de saúde como sendo: (i) melhorar a saúde da população a que servem; (ii) capacidade de resposta, ou seja, atender às expectativas legítimas da população; e (iii) financiamento justo, ou seja, proporcionar proteção financeira contra os custos da doença.

Sistema de saúde baseado na atenção primária à saúde: Um enfoque amplo para a organização e operação de sistemas de saúde que faz o direito ao mais alto nível de saúde o seu principal objetivo ao mesmo tempo em que maximizam a eqüidade e a solidariedade. Um sistema de tal natureza é norteado pelos princípios da APS de dar resposta às necessidades de saúde da população, qualidade, prestação de contas ao governo, justiça social, sustentabilidade, participação e intersetorialidade. Um sistema de saúde baseado na APS é composto por um conjunto de elementos estruturais e funcionais que garantem a cobertura universal e o acesso a serviços aceitáveis à população e que promovem a eqüidade. Ele fornece atenção integral, integrada e apropriada com continuidade, enfatizando a prevenção de doenças e a promoção da saúde e garante o primeiro contato do usuário com o sistema. As famílias e a comunidade são a base para o planejamento e a ação. Um sistema de saúde baseado na APS requer um marco jurídico, institucional e organizacional, assim como de recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados e sustentáveis. Ele emprega práticas ótimas de organização e gestão em todos os níveis para alcançar a qualidade, eficiência e efetividade e desenvolve mecanismos ativos para maximizar a participação individual e coletiva em saúde. Um sistema de saúde baseado na APS promove ações intersetoriais para abordar outros determinantes de saúde e eqüidade.

"Skimming": Processo pelo qual um segurador tenta selecionar os indivíduos mais favoráveis com o intuito de obter perdas esperadas abaixo do prêmio cobrado (ou a captação do pagamento recebido) a fim de aumentar os lucros (Banco Mundial 2000).

Sub-registro de mortalidade (%): Diferença entre o número de óbitos estimados, de acordo com as correspondentes tabelas de vida para o período, e o número de óbitos de fato registrados, expresso como uma porcentagem do total de óbitos estimados, para um dado ano, em um determinado país, território ou área geográfica. Considera-se que a mortalidade está sub-registrada se ela não foi registrada em um registro civil até um ano após a data real do óbito.

Sustentabilidade: A capacidade de satisfazer as necessidades do presente sem comprometer a capacidade de satisfação das necessidades futuras (OMS 1998a). Para os propósitos do presente documento, a sustentabilidade implica tanto uma dimensão social quanto financeira e é definida como sendo a capacidade do sistema de resolver os seus problemas de legitimidade e financiamento atuais bem como os desafios para a manutenção futura e desenvolvimento. Como conseqüência, inclui a aceitação social e o apoio e a disponibilidade dos recursos necessários.

Taxa bruta de escolaridade primária: Número total de alunos de um determinado sexo matriculados no ensino fundamental, independente de sua idade, expresso como uma porcentagem da população de mesmo sexo pertencente ao grupo etário que corresponde oficialmente ao grau do ensino fundamental, durante um período específico de tempo, geralmente um ano, para um

determinado país, território ou área geográfica. De acordo com a Classificação Internacional Normalizada da Educação (ISCED-97), adotada pela UNESCO, a educação primária é definida como sendo o nível de instrução cuja função principal consiste em proporcionar os primeiros elementos do ensino, como ocorre nas escolas primárias ou de ensino fundamental.

Taxa bruta de natalidade: Taxa média de variação anual no número de nascimentos com vida em uma população, para um determinado país, território ou área geográfica, durante um período específico. A razão é expressa como o número de nascimentos com vida em uma população durante um dado ano sobre o total da população na metade do mesmo ano, normalmente multiplicado por 1.000.

Taxa bruta de óbitos: Taxa média de variação anual no número de óbitos em uma população, para um determinado país, território ou área geográfica, durante um período específico. A razão é expressa como o número de óbitos em uma população durante um dado ano sobre o total da população na metade do mesmo ano, normalmente multiplicado por 1.000.

Taxa de crescimento populacional anual: Taxa média anual de mudança no tamanho da população, para um determinado país, território ou área geográfica, durante um período específico. A razão é expressa como o aumento anual do tamanho da população sobre o total da população para esse ano, geralmente multiplicado por 100. O aumento anual no tamanho da população é definido como a soma de diferenças: a diferença entre o número de nascimentos menos o número de óbitos e a diferença entre o número de imigrantes menos emigrantes, em um determinado país, território ou área geográfica, para um determinado ano.

Taxa de fertilidade em mulheres entre 15 e 19 anos de idade: Taxa média anual de mudança na fertilidade da população adolescente para um determinado país, território ou área geográfica, durante um período específico. Expressa a razão entre o número de nascimentos com vida a mães entre 15 e 19 anos de idade durante um dado ano sobre a população feminina entre 15 e 19 anos na metade do ano, normalmente multiplicado por 1.000.

Taxa de fertilidade total: Número médio estimado de filhos que uma mulher terá durante a vida se durante os anos reprodutivos ela teve as taxas de fertilidade específicas, por idade, prevalecentes em um ano ou período específicos, para um determinado país, território ou área geográfica.

Taxa de inflação (crescimento anual médico do índice de preços ao consumidor): Taxa de mudança média anual no custo, para o consumidor médio, de aquisição de uma cesta básica de bens e serviços que pode ser fixa ou pode mudar em intervalos específicos para uma determinada economia nacional, durante um período de tempo específico

Taxa de mortalidade geral, estimada: O número total de óbitos estimados de determinado sexo e/ou idade em uma população, dividido pelo número correspondente nesta população, por 100.000 habitantes, para um dado ano, em um determinado país, território ou área geográfica. Representa uma média estimada do risco absoluto de morte, por todas as causas, para cada pessoa na população de referência correspondente.

Taxa de mortalidade infantil: Quociente entre o número de óbitos de crianças com menos de um ano de idade em um dado ano e o número de nascimentos com vida no mesmo ano, para determinado país, território ou área geográfica, por 1.000 nascimentos com vida de acordo com informação fornecida pela Autoridade Sanitária Nacional competente. A taxa de mortalidade neonatal (relatada) é definida como sendo o quociente entre o número de nascimentos com vida que morrem antes de completar 28 dias de idade em um dado ano e o número de nascimentos com vida para o mesmo ano, para determinado país, território ou área geográfica, por 1.000 nascimentos com vida de acordo com informação fornecida pela Autoridade Sanitária Nacional competente. A taxa de mortalidade pós-neonatal (relatada) é definida como sendo o quociente entre o número de nascidos com vida que morrem antes de completar um ano, mas que viveram mais de 28 dias em um dado ano para um determinado país, território ou área geográfica, por 1.000 nascimentos com vida, de acordo com informação fornecida pela

Autoridade Sanitária Nacional competente. A taxa de mortalidade infantil estimada representa os valores estimados na metade do ano, obtidos pela interpolação linear das projeções das Nações Unidas correspondentes aos períodos qüinqüenais usando a variante de fertilidade média.

Taxa de mortalidade em crianças com menos de 5 anos de idade, estimada: Quociente entre o número de óbitos em crianças com menos de cinco anos de idade e o número de nascimentos com vida para o mesmo ano, para determinado país, território ou área geográfica, por 1.000 nascimentos com vida.

Taxa de mortalidade em crianças com menos de 5 anos de idade por doenças intestinais infecciosas (DII): Número total de crianças com menos de cinco anos de idade, por 1.000 nascimentos, cujos certificados de óbito atestam doença intestinal infecciosa como a causa da morte, para um dado ano, em um determinado país, território ou área geográfica.

T***axa de mortalidade em crianças com menos de 5 anos de idade por doenças respiratórias agudas (DRA):*** Número total de crianças com menos de cinco anos de idade, por 1.000 nascimentos, cujos certificados de óbito atestam doença respiratória aguda como a causa da morte, para um dado ano, em um determinado país, território ou área geográfica.

Taxa de mortalidade por AIDS, estimada: Número de óbitos de determinado sexo cujos certificados de óbito atestam a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS) como a causa da morte, por 100.000 habitantes, para um dado ano, em um determinado país, território ou área geográfica.

Taxa de mortalidade por causas externas, estimada: Número de óbitos estimados por causas externas em uma população de um determinado sexo, dividido pelo número total naquela população, após a eliminação do efeito das diferenças de distribuição de idade, por 100.000 habitantes, para um dado ano, para um determinado país, território ou área geográfica.

Taxa de mortalidade por doenças comunicáveis, estimada: Número total estimado de óbitos por doenças comunicáveis em uma população de determinado sexo e/ou idade, dividido pelo número naquela população, por 100.000 habitantes, para um dado ano, em um determinado país, território ou área geográfica. Representa uma média estimada do risco absoluto de morte por tal causa para cada pessoa na população de referência correspondente.

Taxa de mortalidade por enfermidades do sistema circulatório, estimada: Número total estimado de óbitos por enfermidades do sistema circulatório em uma população de determinado sexo e/ou idade, dividido pelo número naquela população, por 100.000 habitantes, para um dado ano, em um determinado país, território ou área geográfica. Representa uma média estimada do risco absoluto de morte por tal causa para cada pessoa na população de referência correspondente.

Taxa de mortalidade por neoplasmas malignos, estimada: Número total estimados de óbitos por neoplasmas malignos em uma população de determinado sexo e/ou idade, dividido pelo número naquela população, por 100.000 habitantes, para um dado ano, em um determinado país, território ou área geográfica. Representa uma média estimada do risco absoluto de morte por tal causa para cada pessoa na população de referência correspondente.

Taxa de mortalidade por tuberculose, estimada: Número de óbitos de determinado sexo cujos certificados de óbito atestam tuberculose como a causa da morte, por 100.000 habitantes, para um dado ano, em um determinado país, território ou área geográfica.

Variáveis sistemáticas que são determinantes dos serviços de saúde: Corresponde às variáveis de tipo sistemático, que estão além da seara de prestação de serviços como tal, mas que são determinantes importantes dos serviços de saúde. Variáveis tais como o nível de financiamento, mecanismos de pagamento de provedores e qualidade e alocação de recursos humanos estão incluídos neste grupo.

Organização Pan-Americana da Saúde
Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde

USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA