

<b>Título do capítulo</b>	<b>CAPÍTULO 4 EXPLORANDO NOVOS PARADIGMAS PARA AGREGAR VALOR AO SUS</b>
<b>Autores (as)</b>	Maria Angelica Borges dos Santos
<b>DOI</b>	
<b>Título do livro</b>	<b>SUS: AVALIAÇÃO DA EFICIÊNCIA DO GASTO PÚBLICO EM SAÚDE</b>
<b>Organizadores (as)</b>	Carlos Octávio Ocké-Reis
<b>Volume</b>	
<b>Série</b>	
<b>Cidade</b>	
<b>Editora</b>	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea)
<b>Ano</b>	2023
<b>Edição</b>	1ª
<b>ISBN</b>	
<b>DOI</b>	

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2023

As publicações do Ipea estão disponíveis para *download* gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesse: <http://repositorio.ipea.gov.br>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

# Explorando novos paradigmas para agregar valor ao SUS

Maria Angelica Borges dos Santos

## Introdução

Nas análises internacionais comparativas sobre as ineficiências do SUS, fica claro que seu patamar não seria diferente de outros sistemas de saúde em países de mesma renda<sup>1</sup>. O questionamento dos significados e implicações dessa suposta ineficiência ganha ainda mais fôlego quando se consideram as ambiciosas metas de cobertura do SUS e o desafio de enfrentar as grandes desigualdades no território brasileiro. Entretanto, ao fim e ao cabo, pensar formas de aumentar a eficiência dos sistemas de saúde propõe desafios globais à agenda da cobertura universal<sup>2</sup>, que precisam ser assumidos pelos países.

Eficiência dos sistemas de saúde é um tema discutido no bojo de três grandes visões sobre a saúde. A primeira é a de saúde na sua dimensão mercado (serviços de saúde como mercadorias e pacientes como consumidores); a segunda como direito de cidadania, visão consagrada nos princípios do SUS; e a terceira a de saúde como bem público ou como bem meritório, numa abordagem de economia do setor público. Como ficará claro, a discussão atual de eficiência em sistemas de saúde tem priorizado uma imagem geral da saúde como mercado, e o SUS, salvo melhor juízo, foi concebido a partir de uma perspectiva da saúde como direito de cidadania ou “bem público constitucional”<sup>3</sup>.

Isso impõem muitos embates sobre as melhores formas de alocação e uso eficiente de recursos. Tornar-se eficiente em uma perspectiva do direito à saúde pode nos orientar a caminhos bem diversos de uma perspectiva de mercado, inclusive com opções, em um primeiro momento, por alocações aparentemente “ineficientes” visando ampliar o bem comum<sup>4</sup>.

Ainda assim, o arcabouço constitucional brasileiro consagra os princípios da eficiência e da economicidade como imperativos da atuação da administração pública. De

forma sintética e considerando as várias interpretações possíveis, a eficiência apontada na Constituição brasileira expressa-se em duas vertentes interligadas: economicidade, compreendida como uso racional dos recursos públicos para o atendimento do valor maior do interesse público, evitando-se desperdícios; e eficiência, que implica o imperativo de uma relação ótima de custo-benefício no desempenho da atividade administrativa<sup>5</sup>.

As diferentes perspectivas assumidas nesse debate contribuem para que as métricas de avaliação da eficiência não sejam simples. Há uma tendência a simplificar propostas e resultados. Cylus, Papanicolas e Smith<sup>6</sup>, por exemplo, elencam vários lugares-comuns sobre eficiência alinhados à perspectiva de mercado que nem mesmo têm respaldo em evidências. Contudo, ganharam legitimidade ao longo do tempo. Exemplos disso são: ‘quanto mais eficiente, menor o custo’; ‘priorizar a prevenção sempre reduz custos e aumenta a eficiência’; ‘usar os recursos disponíveis de forma mais intensiva sempre gera um sistema mais eficiente’.

Se o foco da discussão sobre eficiência situa-se nas relações entre recursos disponibilizados (*inputs*) e desfechos em saúde (*outcomes*), é necessário caminhar no sentido de garantir a produção de cuidados com maior valor clínico<sup>7</sup>, sem abdicar da visão da saúde como valor social, direito humano fundamental, construção social e coletiva e suas relações inevitáveis com condições sociais e ambientais<sup>8</sup>.

A necessidade de transformar recomendações sobre eficiência em medidas práticas, exequíveis e relevantes em âmbito local é a grande motivação para explorar paradigmas ou práticas complementares aos da eficiência consagrados pela literatura contemporânea para agregar valor ao SUS. Nesse sentido, o presente capítulo propõe-se a explorar três campos paulatinamente incorporados à discussão da eficiência: o conceito de valor em saúde; as recomendações para uso de evidências na elaboração de propostas para a saúde; e abordagens práticas para combate ao desperdício.

Diante da complexidade tema, pontuar caminhos já trilhados precisa ser considerado apenas como ponto de partida e motivação para buscar perspectivas mais inovadoras e adequadas às nossas diversas realidades locais.

### **Valor clínico em saúde: em busca de indicadores e desfechos relevantes para a qualificação da discussão de eficiência**

Um conceito central a explorar na busca de mais valor para o SUS seria o próprio paradigma de valor em saúde. O que o conceito de valor pode agregar à discussão de eficiência e qualidade? Como esse conceito foi introduzido e de que forma ele é usado?

Na sua origem, a palavra valor deriva do Latim *valor*, ‘riqueza, valor’, da mesma origem de *valere*, ‘apresentar boa saúde, ser forte’. Segundo o dicionário Merriam Webster, a partir do século XIV, a palavra passa a ser usada para denotar ‘quantia que se dá como pagamento por uma mercadoria ou um serviço’. No século XV, consolida-se também como um termo usado para representar aquilo que é considerado como altamente estimado ou desejável. Curiosamente, a partir da década de 1980, passa também a denotar produtos alternativos a marcas renomadas que fossem opções desejáveis e mais baratas a esses primeiros produtos.

Para fins deste trabalho, assumimos um uso *ad hoc* dos conceitos postos por Joan Robinson<sup>9</sup>. Ao discutir o significado do termo no livro *Economic Philosophy*, em 1961, a autora o pondera uma das grandes concepções metafísicas da economia. Considera valor diferente de preço de mercado, algo mais próximo aos elementos que explicariam o motivo pelo qual os preços são os que são<sup>1</sup>.

A questão dos custos, gastos e, mais recentemente, preços em saúde é uma obsessão de longa data dos países, especialmente dos Estados Unidos. A emergência do conceito de valor na arena das políticas de saúde contribuiu para diminuir as tensões entre imperativos de menor custo e ampliação do acesso, ao admitir que seja válido pagar mais – inclusive maiores preços - por mais acesso e melhor qualidade. Dessa forma, amaina-se o destaque político dado aos altos custos da saúde para destacar prioritariamente a condenação dos gastos elevados e não justificados, ou seja, os desperdícios. Segundo algumas visões mais críticas, a releitura de custos/gastos sob o prisma do valor permite que os tomadores de decisão relativizem a questão dos altos preços/gastos – um problema tangível, objetivo e de fácil compreensão – e migrem para a seara mais subjetiva dos julgamentos sobre valor em saúde e a forma de medi-lo<sup>10</sup>.

A literatura mostra que o termo valor foi progressivamente apropriado pela economia da saúde. A exemplo do que ocorre com o conceito de eficiência, existem múltiplas perspectivas para entender valor, em geral, envolvendo visões de distintos atores da saúde. O trabalho mais conhecido sobre valor em saúde é o de Porter e Teisberg<sup>11</sup>. Porter propõe uma reforma dos sistemas de saúde pautada em estratégias competitivas, lideradas por médicos e “centrada em valor”. Valor seria uma equação envolvendo, de um lado, recursos investidos e, de outro, resultados de alto valor para o paciente<sup>11</sup>.

Ao conceituar valor, Porter assume seu alinhamento a uma perspectiva de mercado, compatível com os alicerces do sistema de saúde americano, apostando em com-

---

I Complementando seu comentário, Joan Robinson acrescenta que, como ocorre com qualquer conceito metafísico, quando se tenta apreendê-lo, ele corre o risco de resumir-se apenas a uma palavra sem significado facilmente apreensível. Todavia, as reviravoltas na busca por aquilo que gera valor não são, em absoluto, irrelevantes.

petição mais do que em cooperação ou formação de redes. O objetivo seria induzir um regime de competição baseado em “aumentar o valor para os pacientes”<sup>11</sup>. A prática médica seria organizada a partir de condições de saúde/doenças (*medical conditions*) e ciclos de cuidado, o que ajuda a entender o grande interesse nos Estados Unidos em quantificar gastos por doença<sup>12</sup> e linhas de cuidado. Os resultados seriam medidos como desfechos e ajustados, segundo níveis de risco<sup>13</sup>. Segundo os princípios baseados em valor porterianos, um sistema de saúde precisa criar e medir desfechos, que façam sentido para pacientes com necessidades de saúde semelhantes e que cubram todo o itinerário terapêutico desses pacientes<sup>14</sup>.

A disputa em torno do conceito de valor em saúde vem ganhando complexidade. Em 2008, o IOM realizou uma oficina com pacientes, prestadores, seguradoras de saúde e economistas para tentar forjar um entendimento comum e uma definição consensual para valor<sup>15</sup>. Nesse encontro, saiu fortalecida a perspectiva do paciente. Esta não se resumiria às suas condições de saúde, ditadas pela carga de doença, mas incluiria também necessidades ligadas ao bem-estar pessoal e à satisfação com o atendimento. O bem-estar incluiria aspectos variados da qualidade de vida, mais precisamente: dor, funcionamento emocional e cognitivo e limitações funcionais. Mais recentemente, tem sido realçada também a percepção do paciente sobre o atendimento, com ênfase em comunicação, acesso e tomada de decisão compartilhada como aspectos chaves do valor em saúde.

A centralidade da perspectiva do paciente é a inspiração para as propostas mais contemporâneas de cuidados centrados no paciente (*patient-centered care*) e sistemas de saúde equitativos (*equity-sensitive health systems*). Estar centrado no paciente significa, em tradução livre, oferecer um atendimento respeitoso e alinhados a preferências, necessidades e valores da pessoa, com garantia de que esses valores caros ao indivíduo norteiem todas as decisões clínicas<sup>16</sup>. Na vertente equidade, segundo a definição do IOM, cuidados equitativos são aqueles cuja qualidade não varia segundo as características das pessoas, como gênero, etnicidade, localização geográfica ou condições socioeconômicas<sup>16</sup>.

Organismos internacionais, tais como a OCDE e a OMS, passaram recentemente a defender esses dois arcabouços conceituais como eixos para avaliar o desempenho de serviços e sistemas de saúde, partindo prioritariamente de informações fornecidas pelos próprios pacientes. Não por acaso, são eles que sustentam os indicadores de desempenho de sistemas de saúde mais comentados do momento. Estes se dividem em desfechos relatados pelos pacientes (*Patient Reported Outcome Measures – PROM*) e experiências dos pacientes com o sistema de saúde (*Patient Reported Experiences Measures – PREM*), bem detalhadas em estudo da OCDE de 2019<sup>17</sup>.

Entre os exemplos de PROM, incluem-se: estado de saúde autorreferido; medidas de qualidade de vida; avaliação de sintomas como dor e cansaço; medidas de depressão e ansiedade; capacidade funcional. Exemplos de PREM, de acordo com Verma<sup>18</sup>, incluem: tempos de espera; acesso a serviços e facilidade para transitar entre eles; envolvimento do consumidor e cuidador nas decisões; conhecimento da proposta terapêutica e encaminhamentos por parte do consumidor; qualidade da comunicação; se recomendaria o serviço para parentes ou amigos<sup>II</sup>.

Mesmo que não dialoguem diretamente com a agenda dos gastos em saúde, esses indicadores podem contribuir para potencializar um ambiente de cuidados integrados em saúde, cujos objetivos seriam manter as pessoas saudáveis por mais tempo, melhorar a experiência dos pacientes com o sistema de saúde, identificar necessidades insatisfeitas e aumentar a capacidade de o paciente transitar de forma mais organizada (“navegabilidade”) pelo sistema de saúde<sup>18</sup>.

A volatilidade da experiência e da satisfação do paciente cria um alerta especial ante a popularização da perspectiva centrada no paciente. Ainda que a validade e a confiabilidade de medidas geradas a partir de qualquer arcabouço conceitual mereçam um olhar crítico<sup>19</sup>, a experiência do paciente pode ser especialmente suscetível a distorções quando é desvinculada dos objetivos finais dos sistemas de saúde<sup>III</sup>. Uma hotelaria sofisticada pode, por exemplo, proporcionar experiências de serviço “agradáveis” e encobrir serviços profissionais de baixa qualidade em um hospital. É inegável que intervenções de saúde precisam ter valor para o paciente em um sentido mais subjetivo e pessoal. No entanto, o valor clínico – em que a satisfação do cliente é uma das vertentes, mas não a única – precisa estar incluído nessa equação.

O paradigma do valor clínico foi introduzido em 1996 por Eugene C. Nelson e colaboradores e precede o conceito de *patient-centeredness*. Nelson et al.<sup>20</sup>, ao definirem valor como a melhor qualidade ao menor custo, afinam o conceito de valor aos ditames

---

II É interessante observar como quem recebe cuidados de saúde assume designações variadas ao longo da discussão de valor, que incluem desde o termo pessoa até consumidor, passando, inclusive, pelo termo paciente, mais naturalizado na prática médicos.

III A origem do arcabouço conceitual centrado no paciente é assumidamente uma visão de saúde como produto de consumo e do paciente como consumidor, contrastando com a noção da saúde como direito de cidadania. Desde Peter Drucker (1973), a satisfação do cliente é considerada chave para o mercado de serviços. A satisfação do cliente aumenta sua retenção, disposição para recomendar o serviço e repetir seu uso e lealdade. Alinhadas a esse princípio, existem correntes que defendem o ‘consumerismo’ do paciente como uma ‘quase-regulação’, que oportunamente levará a uma menor necessidade de regulação na saúde. Segundo essa perspectiva, pacientes/consumidores bem-informados, em uma era de tecnologia de informação barata e acessível, saberão diferenciar cuidados de baixo valor de cuidados de alto valor, induzindo todos os prestadores a trabalharem em um patamar de cuidados de alto valor<sup>21</sup>. Essa visão claramente prioriza a saúde como bem privado e lança para segundo plano o imperativo de equidade no acesso à saúde.

do conceito de eficiência. Entretanto, não deixam de incorporar ao significado de valor tanto a experiência do paciente quanto medidas objetivas na perspectiva da qualidade clínica<sup>21IV</sup>. A matriz do valor clínico abrangeria quatro dimensões: i) condições funcionais, grau de risco e nível de bem-estar do paciente; ii) custos do atendimento; iii) satisfação e benefícios percebidos pelo paciente como vinculados ao atendimento recebido; iv) desfechos clínicos. Ao contrário dos paradigmas do *patient-centered care*, que privilegiam a percepção do paciente, o compasso do valor clínico equilibra dimensões gerais de risco, desfecho clínico e custos encontradas nos PROM e PREM.

O valor clínico aumenta sempre que ocorram situações de aumento do bem-estar e redução do risco para o paciente; custo menor (considerando-se inclusive os custos agregados pelas complicações advindas de tratamento inadequado); percepção pelo paciente de que ele participa e define os rumos de seu tratamento; e resultados clínicos satisfatórios em termos de maior controle da doença e melhor desfecho para o paciente.

No cuidado de doenças crônicas, tem-se buscado aumentar o valor clínico mediante uma maior participação do paciente, o que tem reforçado a importância de iniciativas de autocuidado com apoio de ferramentas de informática. O conceito de autocuidado vem ganhando espaço em fóruns de saúde pública. A OPAS<sup>8</sup>, por outro lado, tem defendido também o conceito menos famoso de intercuidado. Sem desprezar a autonomia e a importância da participação do paciente, essa visão valoriza a perspectiva relacional e coletiva do trabalho em grupo das equipes como elemento fundamental do cuidado. Uma premissa central é: quem adoece fica frágil e precisa ser cuidado. Cria-se, assim, uma espécie de pacto social do cuidado, que não deveria ser ofuscado pela promoção do autocuidado.

As estratégias para aumentar o valor clínico envolvem mensurar parâmetros de qualidade do atendimento (inclusive satisfação do paciente) em populações de pacientes semelhantes, analisar os processos internos de produção do cuidado, testar mudanças nesses processos e determinar se as mudanças propostas geram desfechos melhores a menores custos. Na prática, busca-se identificar áreas de baixo desempenho e qualidade, propondo intervenções para revertê-las e monitorando os resultados obtidos para gerar evidências empíricas dos efeitos das intervenções.

Há vários exemplos de iniciativas para aumentar o valor clínico em ambientes hospitalares. Entre eles, podemos citar os esforços para reduzir as taxas de infecção hospitalar, os efeitos adversos dos medicamentos e as taxas de mortalidade cirúrgica em

---

IV No arcabouço de avaliação de desempenho atual da OCDE, esses indicadores compõem um conjunto distinto dos desfechos reportados pelos pacientes, destinado à avaliação de desfechos (*outcomes*) clínicos.

procedimentos específicos. Todas elas agregam valor às quatro dimensões da matriz do valor clínico. Em ambientes ambulatoriais, pode-se aumentar o valor clínico em áreas como o controle da pressão e da glicemia em populações de hipertensos e diabéticos, bem como usando eventos-sentinela como o monitoramento de complicações do diabetes.

No SUS, aspectos afeitos à concepção de valor clínico foram, em alguma medida, contemplados no Programa Santa Casa Sustentável instituído pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo pela Resolução SS nº 13, de 5 de fevereiro de 2014<sup>22</sup>. No âmbito de um esforço para aumentar a eficiência dos leitos de alta complexidade, o Programa contemplava uma pactuação de indicadores que incluía: existência de protocolo de acolhimento e classificação de riscos; alta hospitalar qualificada; adesão à política estadual de humanização; custos por absorção implantados na unidade; taxa de suspensão de cirurgia por motivos administrativos e taxa de recusa de solicitações da central de regulação e urgências.

Uma perspectiva um pouco diversa do valor clínico, mas que vem ganhando adeptos no SUS, é a de gestão da clínica<sup>23</sup>. A concepção de gestão da clínica correlaciona administração, cuidado e educação. Esse conceito é construído a partir de sete princípios, dois deles alinhados com os que estamos discutindo: qualidade e segurança no cuidado em saúde (dimensão nível de risco do paciente) e o princípio bem mais geral de resultados que agreguem valor à saúde e à vida.

A discussão que estaria mais próxima daquela de valor clínico e para a qual há iniciativas implantadas no SUS é a de segurança do paciente<sup>24</sup>. Inclui protocolos para garantia de cirurgias seguras, prevenção de quedas e úlceras de pressão, além de princípios como prevenção e controle de eventos adversos em serviços de saúde, incluindo infecções relacionadas à assistência e o estímulo à participação do paciente e familiares na assistência prestada.

Outro conceito complementar ao de valor clínico é o de valor do cuidado<sup>25</sup>. Essa abordagem promove uma segmentação entre cuidados de alto valor e cuidados de baixo valor. Cuidados de baixo valor são os que elevam tanto custos no sistema de saúde quanto o risco para o paciente (como solicitações mal indicadas de exames diagnósticos invasivos). Cuidados de alto valor seriam os que apresentam uma relação favorável entre custos, benefícios e riscos para o paciente<sup>25</sup>.

O conceito de cuidado de baixo valor surge vinculado a uma agenda que busca definir caminhos para desinvestimentos em saúde, contemporânea à emergência da avaliação tecnológica em saúde. A ideia principal seria liberar recursos mal gastos para realocá-los a intervenções mais custo-efetivas<sup>26</sup>. Segundo essa visão, pode ser técnica e



politicamente complicado identificar áreas de baixo valor para fins de desinvestimento, mas essa é uma ação necessária para racionalizar os orçamentos da saúde<sup>27</sup>.

Mais modernamente, surge o conceito de sistemas de saúde de alta qualidade e alto valor (*high quality high value health systems*)<sup>7</sup>, ainda sem definição consensual, nem tampouco clareza sobre métricas para acompanhá-lo. Entretanto, um diferencial dessa perspectiva é não subordinar a ideia de cuidados de baixo valor exclusivamente a reduzir gastos. É reconhecer que, independentemente do custo monetário, há falhas consideráveis no atendimento à saúde e que muitas pessoas não são atendidas segundo as melhores práticas, às vezes por falta de acesso.

Com isso, deve-se considerar que cuidados de baixo valor incluem deixar de solicitar exames ou de encaminhar pacientes a especialistas quando houver indicação, pensando em “economizar”. Ou seja, essa perspectiva harmoniza a agenda de valor e a agenda de custos, priorizando a resolutividade – capacidade de resolver ou finalizar um processo, simplificando e agilizando procedimentos. Adicionalmente, reafirma que a qualidade do atendimento deve ter pelo menos o mesmo nível de prioridade da ampliação da cobertura. Estudos mostram que problemas de qualidade nos sistemas de saúde têm gerado mais óbitos do que lacunas de cobertura<sup>7</sup>.

### **Aspectos práticos da agenda de eficiência: agir a partir de evidências para tecer recomendações práticas para promoção da eficiência**

O segundo paradigma a considerar tem um viés mais “metodológico” e pauta-se em reforçar o uso de evidências. Muitas recomendações no sentido de aumentar a eficiência do SUS não se assentam em sólidas evidências, mas em receituários gerais de reformas para a área de saúde. Como sistemas de saúde são complexos, é preciso incentivar estudos que projetem efeitos de políticas específicas sobre contextos institucionais e operacionais distintos. O trabalho dos economistas Esther Duflo e Abhijit Banerjee, Nobel em 2019, refuta a validade das panaceias para reformar sistemas de saúde ao destacar a importância de ter dados para gerar evidências claras para contextos definidos<sup>28</sup>.

Igualmente, a OMS, em uma perspectiva estratégica, propõe políticas e intervenções baseadas em evidências sensíveis ao contexto, no lugar de recomendações genéricas sem considerações às nuances da implementação. Entretanto, a incorporação de sínteses de evidências para subsidiar a formulação de políticas é considerada um grande desafio, principalmente para países de baixa e média renda, que realizam poucos estudos primários (observacionais)<sup>29</sup>.

Políticas de saúde baseadas em evidências têm três características principais<sup>30V</sup>. Em primeiro lugar, precisam ser desenhadas para adequar-se a cada contexto e não se resumir a *slogans* ou modismos que assumem o lugar de verdades autoevidentes. É sempre prudente duvidar daquilo que parece óbvio.

Em segundo lugar, é preciso explicitar claramente os objetivos das políticas. Os impactos precisam ser avaliados ao longo de várias dimensões. Assim, para afirmar que uma política ‘não funciona’ ou ‘funciona’, deve-se esclarecer em que sentido ou aspectos funciona ou não funciona<sup>30</sup>.

Em terceiro lugar, políticas baseadas em evidências fundamentam-se na observação estruturada da magnitude dos impactos das intervenções implementadas. Colher evidências é uma tarefa eminentemente empírica, sustentada em dados, que não pode depender exclusivamente de posicionamentos teóricos e suposições<sup>30</sup>.

Nesse sentido, a OCDE<sup>33</sup> apresenta uma preciosa síntese de medidas adotadas por vários países em períodos de crise fiscal, baseada em avaliações de resultados e revisão de literatura. O que essa síntese nos propõe é um olhar estratégico aos efeitos das políticas de austeridade e racionalização dos gastos em saúde que, amiúde, imbricam-se com discursos de eficiência. É necessário não apenas analisar o que ocorre com os gastos nas várias estratégias, mas também a duração desses efeitos e se estes se alinham ou não aos objetivos gerais dos sistemas de saúde. Em geral, são considerados objetivos relevantes para os sistemas de saúde: os impactos sobre a proteção financeira das famílias contra os gastos empobrecedores com saúde e o acesso da população a bens e serviços de saúde; a capacidade ou o tempo de resposta do sistema de saúde aos desafios sanitários; a qualidade do cuidado; e a relação custo-efetividade<sup>34</sup>.

As intervenções analisadas no trabalho da OCDE estão divididas em dois segmentos: políticas macroeconômicas de cunho financeiro, que visam prioritariamente reduzir gastos (quadro 1); e intervenções para aumentar a eficiência, de recorte mais microeconômico (quadro 2).

Políticas macroeconômicas financeiras para conter gastos em saúde são comuns em tempos de recessão e aperto fiscal (quadro 1). As evidências compiladas pelos estudos da OCDE mostram que essas medidas tendem a ter alto impacto sobre a intensidade dos gastos,

---

V Utilizamos nesta abordagem uma definição de “evidência” mais corrente, restrita a suas dimensões empírica e causal, deixando assim de fora outros aspectos relevantes. Tem ganhado espaço recentemente uma visão mais ampla de evidência do que o conceito tradicional, comportada no conceito de “*ecossistema de evidências*”. “Ecossistema de evidências” pode ser definido como o sistema integrado de atores e instituições que reflete conexões e interações formais e informais, no uso de suas capacidades e recursos para a produção, tradução e uso de evidências<sup>31, 32</sup>.

mas têm efeitos de curta duração. Adicionalmente, costumam ter efeitos negativos sobre a proteção financeira (aumentando os gastos das famílias) e sobre a capacidade de resposta do sistema de saúde, além de efeitos variáveis sobre a qualidade do cuidado, em geral negativos.

Esses achados representam um recado claro sobre os prováveis efeitos da Emenda Constitucional nº 95/2016, que implantou um teto de gasto sobre a despesa primária total e desvinculou o financiamento do SUS das receitas de arrecadação do governo federal<sup>35</sup>. Cortar financiamento pode trazer aparentes ganhos de eficiência de curta duração, mas os efeitos duradouros acabam piorando a qualidade, os níveis de proteção financeira e a capacidade de resposta do sistema de saúde.

**Quadro 1. Políticas macroeconômicas de cunho financeiro visando conter gastos em saúde e respectivos impactos sobre gastos e objetivos dos sistemas de saúde**

	Impactos sobre gastos		Impacto sobre objetivos do sistema de saúde <sup>(1)</sup>			
	Intensidade	Duração do efeito	Proteção financeira e acesso à atenção à saúde	Qualidade do cuidado	Capacidade de resposta do sistema de saúde	Custo-efetividade (melhores desfechos)
1. Controle de salários (força de trabalho)	Alta	Curta	Nenhum	Nenhuma/negativa	Negativa	Positiva
2. Controle de preços (materiais médicos)	Alta	Curta	Nenhum	Negativa	Negativa	Positiva
3. Controle do volume de outros recursos (medicamentos/alta tecnologia)	Moderada	Curto	Negativo	Negativa	Negativa	Positiva
4. Implantação de tetos orçamentários (setoriais e globais)	Alto	Curto	Negativo	Positivo/negativo	Negativa	Positiva
5. Políticas de aumento da coparticipação dos usuários nos gastos (transferir custos para famílias)	Moderada	Moderada	Negativo	Positivo/negativo	Positivo/negativo	Positiva

Fonte: Adaptado de OECD<sup>10</sup>.

Nota 1: Positivo/negativo indica que uma política pode ter efeitos positivos ou negativos dependendo do ambiente institucional e/ou contexto de implementação da política.

Quadro 2. Intervenções microeconômicas para aumentar a eficiência dos gastos

	Impactos sobre gastos		Impacto sobre objetivos do sistema de saúde <sup>(1)</sup>			
	Intensidade	Duração do efeito	Proteção financeira e acesso à atenção à saúde	Qualidade do cuidado	Capacidade de resposta do sistema de saúde	Custo-efetividade (melhores desfechos)
<b>a. Intervenções que visam influenciar diretamente os padrões de demanda</b>						
1. Reforçar medidas de prevenção e promoção da saúde	Baixa/moderada	Longa	Positivo	Positivo	Nenhum	Positivo
2. Triagem/"gate-keeping"	Baixa	Longa	Positivo	Positivo	Positivo/negativo	Positivo
3. Coordenação do cuidado integrada a autocuidado	Moderada	Longa	Positivo	Positivo	Positivo/negativo	Positivo/negativo
4. Melhorar qualidade do contato médico-paciente	Baixa	Moderada	Nenhum/positivo	Positivo	Nenhum/positivo	Positivo/negativo
5. Acesso a médico de Atenção Básica fora de horários de expediente (para reduzir pressão sobre hospitais e serviços de emergência)	Moderada	Longa	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo
<b>b. Intervenções sobre a oferta</b>						
6. Transferir mais serviços de hospitais para ambientes ambulatoriais	Moderada/alta	Longa	Negativa	Positivo/negativo	Negativo	Positivo
7. Aprimorar regimes de contratação e contratualização com hospitais	Moderada	Longa	Nenhum	Positivo/negativo	Positivo/negativo	Positivo
8. Aumentar autonomia dos gestores	Baixa	Longa	Desconhecido	Positivo	Positivo/negativo	Positivo
9. Monitorar incorporação tecnológica e preços de produtos médicos	Baixa/moderada	Longa	Positivo/negativo	Positivo/negativo	Positivo/negativo	Positivo
10. Intensificar uso TI para transmissão da informação	Baixa/moderada	Longa	Positivo/negativo	Positivo	Positivo/negativo	Positivo/negativo

Fonte: Adaptado de OECD<sup>10</sup>.

Nota 1: Positivo/negativo indica que uma política pode ter efeitos positivos ou negativos dependendo do ambiente institucional e/ou contexto de implementação da política.

Em contraposição, há evidências<sup>36</sup> de que aumentos relativamente pequenos no gasto público podem expandir muito a cobertura de serviços. Embora não existam patamares ideais, níveis maiores de gasto público per capita em saúde são grandes preditores de proteção financeira contra gastos empobrecedores por motivos de saúde. A OMS tem insistido muito na relevância do gasto público no financiamento da saúde<sup>37</sup>. Não custa lembrar que o gasto público em saúde no Brasil, historicamente, é menos da metade do gasto total. Fica abaixo de 4% do PIB<sup>38</sup>, quando o sugerido para sistemas universais de saúde seria, no mínimo, de 6% do PIB. Aumentar a eficiência do gasto não elimina de forma substantiva os problemas crônicos de financiamento do SUS, mas não invalida esse tipo de iniciativa.

As intervenções microeconômicas para aumentar a eficiência dos gastos dividem-se, segundo o arcabouço da OCDE, em intervenções sobre a oferta e intervenções sobre a demanda (quadro 2). Essa segmentação entre oferta e demanda pode deixar dúvidas quanto às definições dessas duas vertentes da produção, como discutiremos e será explicado a seguir.

Na prática, a OCDE define como intervenções sobre a demanda aquelas que afetam a forma como os pacientes acessam e transitam no sistema de saúde. O impacto na forma de acesso, na maioria dos casos, é induzido por mudanças que, inicialmente, são implantadas na oferta e que, posteriormente, impactam a demanda. Reforçar a prevenção, instituir *gate-keeping* e melhorar a coordenação do cuidado ou a relação médico-paciente são claramente medidas de organização da oferta que visam influenciar a demanda e, com isso, aumentar a eficiência. Fica implícito que nem todas as intervenções sobre a demanda apresentadas irão gerar redução de gastos. Muitas delas podem, inclusive, gerar aumento dos gastos (principalmente em um primeiro momento), mas espera-se que produzam melhores desfechos para os pacientes.

Já as medidas classificadas como intervenções sobre a oferta na acepção da OCDE buscam ter diretamente efeitos racionalizadores sobre a organização do cuidado e, conseqüentemente, efeitos mais imediatos sobre custos e gastos.

Conjuntamente, as medidas incluídas nessa análise da OCDE chamam atenção por dois aspectos: i) seu impacto sobre a intensidade dos gastos, em geral, é baixo ou moderado, porém, de longo prazo, ao contrário do conjunto de medidas de recorte mais macroeconômico; e ii) as intervenções sobre a demanda, em geral, são mais positivas para a proteção financeira das famílias do que as intervenções sobre a oferta.

Curiosamente, medidas tradicionalmente consideradas virtuosas, com foco excessivo em prevenção e promoção<sup>39</sup> e no controle de acesso dos pacientes aos vários níveis

de cuidado (*gate-keeping*), têm menos impacto sobre os gastos do que medidas que ampliam o acesso e, a um primeiro olhar, pareceriam onerar o sistema de saúde (quadro 2).

Dentre as medidas com impacto moderado na redução de gastos no longo prazo e efeitos positivos sobre os objetivos gerais do sistema de saúde, destacam-se intervenções que potencializem o acesso dos pacientes aos níveis de cuidados indicados. Programas como o Saúde na Hora, que ampliam horários de atendimento na APS, por exemplo, pretendem reduzir a pressão sobre hospitais e serviços de emergência e, com isso, gerar efeitos positivos – que demandam ainda comprovação – sobre todos os objetivos finais do sistema de saúde (quadro 2).

Medidas com efeitos moderados e de longo prazo, geralmente positivos, incluem fortalecer a coordenação do cuidado. Este é um calcanhar de Aquiles, pois uma coordenação frágil é, seguramente, um dos fatores que mais contribuem para a ineficiência dos sistemas de saúde<sup>40</sup>.

A falta de coordenação do cuidado gera perda da qualidade do sistema de saúde pois atendimentos fora de tempo se expressam em filas, retornos desnecessários e falta de resolutividade. Isso pode sacrificar vidas em todos os níveis do atendimento, desde casos de emergência<sup>41</sup> até diagnósticos tardios de câncer<sup>42</sup>. Não menos importante, essa falta de coordenação mina a confiança das pessoas no sistema de saúde<sup>43</sup>.

As intervenções sobre a oferta priorizam racionalizar a incorporação tecnológica e fortalecer a gestão da saúde. Todas elas tendem a ter impactos variados sobre os objetivos finais dos sistemas de saúde em relação às intervenções sobre a demanda (quadro 2). Transferir serviços oferecidos em hospitais para ambientes menos complexos são racionais, como parece ser no SUS o fechamento de pequenos hospitais<sup>1</sup>. Entretanto, os impactos negativos sobre acesso e proteção financeira precisam ser analisados a partir de resultados de estudos robustos, para que se possa tomar as melhores decisões<sup>44</sup>.

Monitorar a incorporação tecnológica<sup>VI</sup> e os preços de produtos médicos e intensificar uso de Tecnologia da Informação (TI) são medidas com resultados muito dependentes de contexto de implantação<sup>45</sup>, o que recomenda cautela no entusiasmo sobre seus efeitos no SUS.

A possibilidade de maior controle da incorporação tecnológica no SUS redundar em mais gastos diretos das famílias e judicialização preocupa. Não temos visto sinais

---

VI A menção à tecnologia aqui se refere mais especificamente a equipamentos tecnológicos (imagem, processadores, de informática, por exemplo).

de que o SUS venha primando por mudanças tecnológicas na última década, como fica demonstrado no capítulo sobre Eficiência comparativa das macrorregiões do SUS deste livro. Assim, qualquer política de racionalização da incorporação tecnológica precisa incluir explicações claras à população sobre os problemas do uso excessivo de tecnologia. A justificativa não pode se resumir a argumentos sobre o aumento do volume de gastos do Estado, mas incluir considerações sobre efetividade, possíveis efeitos colaterais danosos e gastos complementares gerados às famílias pelas tecnologias<sup>46</sup>.

A ampliação da informatização promete muitos avanços e soluções ao SUS. Recursos de telemedicina e, mais modernamente, da medicina digital podem aumentar a coordenação do sistema e a eficiência. A trajetória de informatização do SUS, no entanto, não é alentadora. Teve início há décadas com a tentativa de cadastrar a população via Cartão SUS. Atualmente, predominam projetos municipais fragmentados de telemedicina e implantação de prontuários eletrônicos<sup>47</sup>, com necessidade de adotar tecnologias que consigam consolidar a multiplicidade de sistemas utilizados nas várias prefeituras para viabilizar uma gestão coordenada. Essa questão já parece ser, em alguma medida, considerada no SUS. O preenchimento do painel para monitoramento de indicadores relacionados com o novo método de financiamento da Atenção Básica<sup>48</sup> prevê rotinas de integração de prontuários eletrônicos e para municípios que utilizam sistemas próprios com o e-SUS-AB<sup>VII</sup>.

Mesmo em países desenvolvidos, a informatização implica gastos expressivos, que precisam ser bem conduzidos para gerar resultados práticos<sup>45</sup>. Há que se cuidar também para, no afã de inovar, não comprometer a preservação de informações já disponibilizadas nos sistemas de informações em saúde mais tradicionais, essenciais para a gestão do SUS.

Há ainda que se refletir também sobre impactos da informatização sobre a eficiência, em um país com elevada desigualdade de acesso a informática e à internet; forte prevalência de analfabetismo digital, e dificuldades de acesso por razões não econômicas (culturais, idade, deficiência visual etc.). A total informatização do Imposto de Renda de Pessoa Física (IRPF), por exemplo, levou muitos idosos a terem que pagar a terceiros para fazer a declaração anual de IRPF.

Na vertente das intervenções de fortalecimento da gestão, o SUS já viveu um período em que aumentar a autonomia dos gestores era visto como solução<sup>49</sup>. O pagamento por desempenho via incentivos federais também não é novidade. Desde 2004, existem

---

VII *Software* público do Departamento de Atenção Básica que visa integrar e reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional

programas de incentivo ao desempenho para hospitais de ensino, filantrópicos ou, mais recentemente, do conjunto de hospitais que prestam serviços ao SUS<sup>50</sup>. Salvo exemplos pontuais de sucesso, iniciativas de pagamento por desempenho no SUS foram prejudicadas pela inexistência de bases de referência sólidas para custos e preços e, provavelmente, serviram mais como formas de compensar prestadores pelos baixos valores de remuneração, enfraquecendo sua credibilidade<sup>50</sup>.

A iniciativa mais bem avaliada de incentivo ao desempenho não diz respeito à área hospitalar, mas à contratualização e pagamento por desempenho na APS (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ-AB). Entretanto, tratava-se de uma avaliação custosa, que introduz no sistema instrumentos que não integram sistemas de informações rotineiros. Um informações que já sejam rotineiramente coletadas é sempre um diferencial.

Recentemente, os pagamentos por desempenho voltaram a ser defendidos para melhorar a gestão do SUS. Um dos motivos da legitimidade desse tipo de intervenção é que as teorias de incentivo fazem sentido<sup>51</sup>. Parece lógico imaginar que recompensar melhores desempenhos incentive melhores práticas. Entretanto, o conjunto de evidências sobre pagamento por desempenho<sup>52,53</sup> não dá indícios categóricos da efetividade dessas iniciativas no médio e longo prazo<sup>54</sup>.

Os pagamentos por desempenho também encerram riscos<sup>55</sup> por poderem concentrar as atenções dos prestadores nas áreas onde há incentivos ao desempenho<sup>56</sup>, reduzindo o foco nas demais. A literatura sobre manipulações de indicadores que impliquem perdas ou ganhos remuneratórios para prestadores de serviços de saúde (*gaming*) não é pequena<sup>57</sup>.

Ainda assim, organismos internacionais têm mantido a crença no pagamento por desempenho e buscado formas de corrigir seus efeitos colaterais problemáticos<sup>58</sup>. As evidências, contudo, reforçam a necessidade de cautela e de projetos muito bem desenhados. Resultados de alguns estudos sugerem que programas de pagamento por desempenho devam ser aplicados apenas em áreas onde há grandes problemas e sejam submetidos a avaliação regular, com espaço para mudanças ao longo do tempo de acordo com a resposta gerada nos prestadores<sup>59</sup>.

## **Aspectos práticos da agenda de eficiência: blindar ou avançar em melhores práticas para as quais já existem evidências favoráveis**

Embora o Brasil seja considerado um país de renda média, onde evidências sobre os efeitos de intervenções e políticas no sistema de saúde tendem a ser mais



escassas, vários estudos sustentam com evidências algumas opções políticas assumidas no SUS. Esse é o caso do fortalecimento da APS e de programas como o Programa Mais Médicos (PMM) e o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB).

Hone et al.<sup>60</sup> reforçam o papel fundamental da APS nos bons resultados obtidos pelo SUS, mostrando impactos de redução da mortalidade evitável. Destacam também a importância da relação entre a APS, arranjos de governança e serviços de atenção de segundo e terceiro nível de atenção e cuidados comunitários em avanços futuros. Uma revisão das pesquisas<sup>61-63</sup> sobre o PMM<sup>VIII</sup> indica que há também evidências de que ele contribuiu para reduzir iniquidades na saúde, vazios assistenciais e internações sensíveis à APS. Além disso, cita avaliações positivas de usuários, como redução de tempos de espera.

Se na APS estamos, em alguma medida, tentando ser coerentes com as evidências ao manter uma política explícita de fortalecimento da Atenção Básica no SUS, em algumas outras áreas, podemos estar negligenciando evidências que fornecem forte suporte à continuidade de políticas específicas. Esse parece ser o caso da assistência farmacêutica, que é uma função transversal aos vários níveis de cuidado e, portanto, impacta na continuidade do cuidado e na integralidade, representada pelo constante questionamento do PFPPB<sup>IX</sup>.

No documento Mapa para Acesso a Medicamentos e Vacinas 2019-2065, a OMS reitera que o acesso a medicamentos e vacinas é essencial para a cobertura universal em saúde<sup>X</sup>. Nesse sentido, destaca dois indicadores a serem acompanhados: i) disponibilidade de medicamentos na APS, inclusive a parcela fornecida de forma gratuita, com meta de cobertura de 80% da população adscrita; ii) proporção de estabelecimentos de saúde dispensando uma grade relevante de medicamentos essenciais de forma acessível e sustentada.

VIII O PMM foi instituído para diminuir a carência de médicos e desigualdades regionais em saúde. Envolve três eixos principais: i) mais vagas e novos cursos de Medicina baseados em Diretrizes Curriculares revisadas, com ênfase na APS; ii) investimentos na construção de Unidades Básicas de Saúde; iii) provimento de médicos brasileiros e estrangeiros. Até julho de 2014, 14.462 médicos haviam sido lotados em 3.785 municípios com áreas de vulnerabilidade, com destaque para a participação de médicos cubanos.

IX O PFPPB foi criado em 2004 e tem como objetivo expandir o acesso a assistência farmacêutica, com destaque para medicamentos de uso continuado. O PFPPB possui três modelos, sendo os dois primeiros relacionados a dispensação em farmácias públicas e geridos pela Fiocruz, e um terceiro modelo, que utiliza dispensação via farmácias privadas credenciadas a disponibilizar medicamentos, sob gestão direta do MS, sem participação da Fiocruz. Desde 2018, o financiamento para o programa tem caído de forma expressiva<sup>64</sup>.

X Destaca-se que “[...] para atingir os Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (em especial a meta 3.8.1, é preciso contemplar a necessidade de contar com medicamentos e vacinas acessíveis, aceitáveis e com preços que podemos pagar”<sup>65</sup>.

Estudos realizados a partir da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) mostraram que, nos anos de 2013 e 2014, 45,2% dos medicamentos da APS foram obtidos por meio do SUS; e 67,4%, pelo PFPB. Apenas 2,6% das pessoas deixaram de tomar medicamentos por restrição orçamentária, com prevalências de, respectivamente, 94,3%, 5,2% e 0,5% para acesso total, parcial e nulo<sup>66</sup>. Outro estudo mostrou que a estratégia de ampliação do acesso a medicamentos por meio do PFPB associou-se à redução de internações e óbitos por hipertensão arterial e diabetes no país, contribuindo para compor um conjunto de evidências favoráveis à continuidade dessas políticas na Assistência Farmacêutica (AF)<sup>67</sup>.

A AF bem conduzida é uma forma barata e efetiva de reduzir internações evitáveis. Planejar cortes em um segmento da atenção em que mais de 80% dos gastos vêm das famílias<sup>38</sup> não faz sentido algum. Reduções no financiamento da AF, principalmente quando afetam a disponibilidade de medicamentos essenciais para a APS, são preocupantes.

### **Aspectos práticos da agenda de eficiência: a eficiência a partir do combate ao desperdício e às piores práticas de gestão e clínicas**

Conforme já apontado anteriormente, o conceito em saúde de valor valida abordagens para combate ao desperdício<sup>68</sup> como a maneira mais rápida e prática de ganhar eficiência nos sistemas de saúde. Essencialmente, a ideia seria priorizar o combate às piores práticas para conter gastos inúteis antes de priorizar melhores práticas para garantir eficiência.

Em 2009, o *Institute of Medicine Committee on Better Care at Lower Costs* estimou o nível de desperdício de recursos no sistema de saúde americano em 30% de seus gastos (cerca de US\$ 750 bilhões)<sup>69</sup>. Isso motivou iniciativas para identificar custos duplicados e desnecessários, distinguindo-se cuidados de baixo valor de cuidados de alto valor.

Um trabalho mais recente<sup>70</sup> voltou a quantificar o desperdício no sistema de saúde americano em US\$ 760 a 935 bilhões (25% do gasto total em saúde do país). Ficaram estabelecidos seis domínios de desperdício: falhas no processo de cuidado; falhas na coordenação do cuidado; tratamento excessivo ou cuidados de baixo valor; falhas na precificação; fraude e corrupção; complexidade administrativa. Falhas no processo de cuidado e excesso de tratamento/cuidados de baixo valor poderia estar abrangidos sob um domínio comum de cuidado de baixo valor (quadro 3).

A quantificação das origens do desperdício em perspectiva nacional é uma estratégia interessante para inspirar a definição de prioridades macropolíticas. Nos Estados Unidos, fica muito evidentes a participação dos altos preços de bens e serviços de saúde e da complexidade administrativa no desperdício, indicando possíveis focos para intervenção.

Em um nível microeconômico, combater o desperdício equivale a reduzir ao menor nível possível tudo o que não contribui para agregar valor aos atendimentos em saúde. O relatório da OCDE<sup>58</sup>, intitulado *Tackling wasteful spending* (como lidar com gastos que geram desperdício), propõe uma definição pragmática do escopo do desperdício na saúde. Desperdício abrangeria serviços que não geram benefícios ou sejam nocivos e custos que possam ser evitados por alternativas mais baratas com o mesmo benefício. Na mesma linha de raciocínio, uma reunião de consenso do IOM já havia definido os três principais problemas que impactam a qualidade da atenção à saúde: subutilização, má utilização ou utilização excessiva de serviços de saúde<sup>71</sup>.

**Quadro 3. Domínios do desperdício em saúde e participação no valor total desperdiçado nos Estados Unidos, 2018**

<b>Domínios</b>	<b>Componentes de custo associados</b>	<b>Participação no desperdício nos EUA</b>
Falhas no processo de cuidado	Ineficiência relacionada a estabelecimentos ou prestadores; variabilidade do cuidado; processos clínicos ineficientes; redundância de testes diagnósticos; erros médicos e eventos adversos; execução inadequada ou ausência de adoção ampla de boas práticas reconhecidas, como medidas de segurança e prevenção comprovadamente efetivas.	17,6%
Falhas na coordenação do cuidado	Fragmentação da oferta resultando em complicações, reinternação.	8,2%
Excesso de treinamento ou Cuidado de baixo Valor	Cuidados inadequados baseados em protocolos ultrapassados, orientados pela oferta e sem base em evidências.	10,8%
Falhas de precificação	Preços descolados de um mercado equilibrado. Variabilidade e inflação excessiva ligada a produtos médicos.	25,7%
Fraude e corrupção	Custo de fraude e más práticas.	9%
Complexidade administrativa	Custos de faturamento e contabilidade; custos administrativos de seguros; ineficiências.	28,3%

Fonte: Adaptado de Shrank et al.<sup>62</sup>.

Usando uma abordagem mais organizacional, Bentley et al.<sup>72</sup>, posteriormente adaptados pela OCDE<sup>33</sup> (quadro 4), relacionaram ineficiência a três dimensões dos sistemas de saúde. A primeira seriam os desperdícios vinculados ao atendimento clínico; a segunda, os vinculados a processos operacionais e de gestão; a terceira, os relacionados com a governança/supervisão do sistema.

Quadro 4. Domínios do desperdício em saúde. OCDE, 2010

Desperdícios vinculados ao atendimento clínico	Repetição injustificada de exames e procedimentos.
	Atendimentos que não agregam valor: inefetivos, mal indicados, não custo-efetivos.
	Efeitos adversos evitáveis.
Desperdícios vinculados a processos operacionais e da gestão	Insumos descartados.
	Insumos adquiridos a preços excessivos (genéricos vs. marca).
	Recursos caros utilizados desnecessariamente (recursos humanos, internações hospitalares) ou mantidos ociosos.
Recursos indevidamente desviados do atendimento por falhas na governança / supervisão do sistema de saúde	Estrutura administrativa redundante.
	Fraude, corrupção.

Fonte: OECD<sup>10</sup>.

O *Health at a Glance – Latin America*, cuja primeira edição foi lançada em junho de 2020<sup>73</sup>, traz um capítulo específico sobre o tema, apresentando resultados para cinco indicadores de desperdício para 27 países da América Latina. No grupo desperdício na área clínica, são examinados indicadores de procedimentos potencialmente desnecessários, como as taxas de cesárea e uso racional de antibióticos. No grupo desperdício operacional, é analisado o uso de avaliação tecnológica para priorizar a incorporação de tecnologias e as competências em sistema de informações que indicam boas práticas para coibir esse tipo de desperdício. Adicionalmente, é avaliada a participação dos genéricos no mercado farmacêutico na América Latina. Um último item analisado tem relação com melhorar a governança das instituições, traduzido por um indicador de percepção do grau de corrupção na saúde.

Considerando esse conjunto de indicadores, o Brasil pontua mal na taxa de cesáreas, com 56% (média na América Latina = 32%; média em países da OCDE 34 = 27%). No

consumo de antibióticos, medido em Doses Diárias Definidas (DDD)<sup>XI</sup> por mil habitantes por dia, o Brasil, com 22,8%, fica acima da média latino-americana e da OCDE (média em países da OCDE 31=18%; média na América Latina = 17,2%). No uso de medicamentos genéricos, o Brasil apresenta um volume de genéricos (34%) acima da média da América Latina (29%), porém bem abaixo da média da OCDE (52%).

Quanto ao uso de avaliação tecnológica e sistemas de informações, o Brasil tem uma boa avaliação comparativamente aos demais países da região. Na percepção de corrupção no setor de saúde, o país situa-se acima da média global com 55% de entrevistados afirmando que o setor é corrupto ou muito corrupto. Na América Latina, a menor percepção de corrupção é registrada na Jamaica (22%); e a maior, na Colômbia (63%)<sup>73</sup>.

A agenda de combate ao desperdício incluiria, além de definir problemas prioritários a serem atacados, identificar os problemas mais fáceis de resolver, seguindo um princípio apelidado de fruto ao alcance da mão (*low-hanging fruit*)<sup>33</sup>. Identificar fontes de desperdício evidentes e de fácil solução é uma das etapas mais importantes para promover ganhos de eficiência.

Os desperdícios considerados mais fáceis de resolver tradicionalmente são as redundâncias administrativas. Os gastos administrativos do SUS em 2014 foram estimados em 5% das despesas totais em saúde<sup>74</sup>, mas existe uma ampla variação entre municípios, bem como entre as três esferas administrativas. Na OCDE, despesas administrativas variam em mais de sete vezes entre os países-membros. Caberia verificar em cada caso se esses gastos efetivamente contribuem para a obtenção de melhores resultados. Despesas administrativas, que não correspondem a atividades fim das organizações de saúde, são sempre as primeiras e serem colocadas em xeque para obter ganhos de eficiência.

Na dimensão mais operacional, estratégia óbvia, em que cada unidade de saúde pode contribuir, é a gestão de estoques para evitar perdas de prazo de validade de materiais médico-hospitalares. Quantidades surpreendentes de materiais são descartadas anualmente na saúde. Não por acaso, a logística de materiais é considerada crítica em iniciativas de ajuda externa para a saúde<sup>75</sup>.

Um ponto que merece ser lembrado como alvo de combate ao desperdício no Brasil são as interfaces entre a atenção primária e a atenção especializada. Organizar a articulação entre níveis de atenção é uma tarefa complexa, desempenhada pela área de regulação do SUS<sup>76</sup>. Estabelecer mais claramente fluxos, informações e interfaces necessárias para garantir a coordenação do cuidado contribuiria para melhorar a qualidade, a

---

XI As DDD (*daily defined doses*) correspondem a doses de manutenção médias diárias de um medicamento usadas em um adulto para sua indicação habitual.

operação do sistema e reduzir as despesas assistenciais. A disponibilidade de prontuários eletrônicos e o uso mais intensivo da telemedicina para estabelecer comunicação direta entre a APS e médicos especialistas poderiam ter um papel fundamental.

Um ponto de partida possível para promover essa integração no SUS seria entender as razões objetivas e combater o absenteísmo de pacientes a consultas e procedimentos especializados, estimado segundo Beltrame et al.<sup>76</sup> (2020) de 10% a 41,3%. O combate ao absenteísmo pressupõe seu reconhecimento como questão prioritária por gestores, no âmbito de uma tarefa mais ampla que seria a gestão das filas. Como já assinalamos, tempos de espera prolongados contribuem para que o paciente desista de esperar e busque outras soluções, impactando no nível de gastos das famílias (proteção financeira) e na própria organização das filas. Soluções criativas para abordar o problema incluem qualificar os encaminhamentos a especialistas, comunicação adequada com pacientes durante o processo de agendamento e recurso a ferramentas tecnológicas para organização da fila e da telemedicina<sup>76</sup>.

Por outro lado, os desperdícios vinculados à qualidade do atendimento clínico são muito mais difíceis de reverter. Não obstante a medicina baseada em evidência e o uso de diretrizes e protocolos para nortear os atendimentos clínicos ter ganhado legitimidade nas últimas décadas, intervir sobre a prática médica continua a ser um grande desafio.

Donabedian, em seu trabalho sobre os sete pilares da qualidade<sup>77</sup>, endossou a lei de retornos decrescentes na saúde, em que, a partir de determinado ponto, um maior ingresso de recursos resulta em ganhos progressivamente menores nos desfechos. Esse autor apontou também que a ocorrência de efeitos adversos na saúde tem relação direta com o volume de oferta de serviços disponível. Mais intervenções sobre o paciente acarretariam maior potencial de riscos iatrogênicos.

Em uma iniciativa adotada nos Estados Unidos e replicada em outros países, conhecida como *Choosing Wisely* (escolhendo com sabedoria)<sup>46</sup>, mais de 70 organizações médicas identificaram 500 procedimentos diagnósticos comumente usados cuja utilidade é questionável. O *Choosing Wisely* também promove ações educativas aos pacientes, que muitas vezes podem pressionar pela realização de exames<sup>XII</sup>. Essas iniciativas convidam a pensar em outras que busquem evitar exames diagnósticos que não agreguem valor<sup>39</sup>,

---

XII O *choosing wisely* disponibiliza sites e materiais educativos que indicam situações em que exames diagnósticos podem ser desnecessários (<http://www.mv.com.br/pt/blog/choosing-wisely--saiba-tudo-sobre-a-reducao-de-desperdicios-em-saude>) – no sentido de não produzirem alívio e acrescentarem pouca informação – e potencialmente deletérios, ao induzirem a realização de novos testes diagnósticos e, eventualmente, até de procedimentos cirúrgicos desnecessários que podem gerar efeitos adversos.

como muitas rotinas de exames pré-operatórios<sup>78</sup> e de *check-ups* laboratoriais extensos sem embasamento em queixas concretas.

Qualquer exposição desnecessária a prestadores de serviços de saúde pode desencadear novas exposições, intensificando riscos de efeitos adversos. Daí a importância de valorizar hábitos de vida saudáveis, o autocuidado e uma APS qualificada.

Com o envelhecimento da população e a tendência ao uso de múltiplos medicamentos (polifarmácia), surgiram também iniciativas para aumentar a segurança da prescrição de medicamentos a idosos, como o *Beeers Criteria*<sup>79</sup>, que oferece diretrizes para profissionais de saúde prescreverem com mais segurança<sup>XIII</sup>.

O mesmo princípio básico de ‘menos é mais’ aplica-se ao atendimento hospitalar de idosos. Eventos adversos ocorrem em 10% das internações no *National Health Service* (NHS) inglês, que correspondem a até 18% dos gastos em internações<sup>33</sup>. Manter ao máximo as pessoas em casa, especialmente pelo reforço a cuidados domiciliares, será uma das tarefas básicas de uma atenção primária de qualidade nas próximas décadas. Nesse sentido, vislumbramos a crescente importância dos ACS no suporte ao cuidado domiciliar de pacientes crônicos. Essa transição demográfica e epidemiológica deve orientar o rol de novas atribuições desses profissionais de saúde no âmbito do SUS.

### Aspectos práticos da agenda de eficiência: retomando a questão dos indicadores de eficiência

Pode-se dizer que o SUS tem sido bastante ávido na adoção de indicadores, utilizados desde os Pactos de Gestão<sup>XIV</sup> entre níveis de governo até contratos de gestão celebrados entre governos estaduais e municipais e prestadores de serviços, como as Organizações Sociais de Saúde (OSS). Entretanto, os indicadores mais usados no SUS mantêm foco prioritário na cobertura do atendimento, sem muita atenção específica à eficiência, como mostram indicadores pactuados para a Atenção Básica<sup>80</sup>.

Talvez o principal desafio seja a utilização eficiente dos indicadores mais do que propor novos. Vale lembrar que até mesmo os países da União Europeia têm dificuldades para desenvolver instrumentos e indicadores para acompanhar a eficiência de seus sistemas de saúde. Na falta de instrumentos analíticos para detectar ineficiência, os gestores podem concluir que é impossível melhorar a eficiência com base em evidências.

---

XIII O *beeers criteria* oferecem diretrizes para profissionais de saúde prescreverem com mais segurança.

XIV As Diretrizes do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do Sistema Único de Saúde, publicadas na Portaria/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, contemplam o Pacto firmado entre os gestores do SUS, em suas três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

A partir daí, passam a adotar medidas aleatórias, que podem até afetar negativamente o sistema de saúde<sup>81</sup>.

Uma estratégia possível para implementar e acompanhar ganhos de eficiência em organizações de saúde é criar indicadores segundo a área profissional responsável por sua implementação, a partir da aplicação do arcabouço de qualidade de Donabedian<sup>77</sup>, dividindo-os em indicadores de estrutura, processo e resultados. Para a área clínica, indicadores de melhoria nos processos com foco em desfechos clínicos, bem-estar e redução de risco para o paciente são mais adequados que indicadores de despesas simples, que teriam menor apelo a profissionais de saúde e mais para profissionais da gestão. Recepção e ouvidoria trabalhariam com as áreas clínicas para melhorar o desempenho em indicadores associados a dimensão satisfação e benefícios percebidos pelo paciente (quadro 5).

Quadro 5. Exemplos de indicadores de eficiência e dimensões da qualidade e do valor clínico

<b>Medida de eficiência/qualidade</b>	<b>Dimensão do valor clínico</b>
<b>Indicadores de processo</b>	
Taxas de prescrição de antibióticos	Redução do risco para o paciente
Tempo médio de permanência	Redução do risco para o paciente/custos
Perfil de habilidades e competências das equipes de saúde	
Preço dos insumos (ex. remuneração horária média)	Custos
Reclamações da ouvidoria	Satisfação e benefícios percebidos pelo paciente
Tempo suficiente com o médico	Satisfação e benefícios percebidos pelo paciente
Reinternação	Desfecho clínico
<b>Indicadores de resultados</b>	
Mortalidade por infarto de miocárdio	Desfechos clínicos
Mortalidade por AVC	Desfechos clínicos
Custo por paciente (por doença)	Custo
<b>Indicadores de estrutura</b>	
Médicos por leito	Custo
Enfermeiros por leito	Custo

Fonte: elaboração própria.



É importante também perceber que indicadores de processos são mais fáceis de transformar em recomendações do que os que focam em resultados. Resultados expressam desfechos de um conjunto de processos, com contribuições de várias áreas e, às vezes, níveis de cuidados. Assim, precisam ser cuidadosamente esmiuçados antes de se identificar as oportunidades de melhoria.

Muitos desses indicadores são monitorados pela OCDE (quadro 6), que os divide segundo nível e campo aplicável, a saber: sistema de saúde e setorial (hospital, ambulatorial, APS), assistência farmacêutica e gestão<sup>58</sup>. Para cada nível, há indicadores de gastos e de resultados (*outputs*), sendo que, nos indicadores setoriais, há vários relacionados com valor clínico. A relação poderia ser adaptada para o SUS, em que há indicadores rotineiramente pactuados que incluem, por exemplo, total de consultas e frequência da realização de exames no pré-natal.

Quadro 6. Lista de indicadores a serem acompanhados para avaliação de eficiência e desempenho em saúde. OCDE, 2017

<b>1. Nível de sistema de saúde</b>
1.1. Mortalidade evitável
1.2. Gastos correntes per capita em saúde
1.3. Quantidade de médicos, enfermeiras e parteiras
1.4. Expectativa de vida ao nascer
1.5. Anos de vida saudáveis ao nascer
<b>2. Nível de análise setorial</b>
<b>2.1. Cuidados hospitalares</b>
2.1.1 Gasto hospitalar per capita e como % do gasto corrente em saúde
2.1.3. Tempo médio de permanência hospitalar
2.1.4. Cirurgia ambulatorial
2.1.5 Mortalidade intra-hospitalar após infarto agudo do miocárdio
2.1.6. Mortalidade intra-hospitalar após AVC
<b>2.2. Atenção primária</b>
2.2.1. Gasto em atenção primária (per capita e como % do gasto corrente em saúde)
2.2.2. Médicos generalistas por 1000 habitantes
2.2.3 Consultas por médico

2.2.4. Duração das consultas médicas
2.2.5. Imunização contra doenças infecciosas em crianças
2.2.6. Vacina para influenza em idosos
2.2.7. Medidas de experiência reportadas pelos pacientes (PREM)
2.2.8. Desfechos do tratamento de diabetes
2.2.9. Internações evitáveis por doença respiratória (asma e DPOC)
<b>2.3. Setor farmacêutico</b>
2.3.1 Gasto farmacêutico
2.3.2. Participação de genéricos no mercado
2.3.3. Consumo de antibióticos
2.3.4. Prescrição de benzodiazepínicos a idosos
2.3.5. Polifarmácia em idosos
2.3.6. Adesão ao tratamento
<b>3. Nível de doenças específicas</b>
3.1. Gasto por doença
3.2. Médicos segundo especialidade
3.3. Sobrevida no câncer
<b>4. Administração</b>
4.1. Gasto administrativo
4.1. Gasto administrativo por regime de financiamento

Fonte: OCDE<sup>35</sup>.

A tendência atual é usar poucos indicadores estratégicos de eficiência, em que fique clara a relação de causalidade entre ações específicas e desempenho. O objetivo é estimular as organizações a implementarem ganhos de eficiência por meio de redesenho de processos. Quando muitos indicadores são monitorados simultaneamente – e muitos contratos de gestão no Brasil padecem desse vício –, os gerentes das organizações ficam assoberbados pelo excesso de demanda informacional e tendem a não aproveitar os indicadores para implementar mudanças concretas<sup>82</sup>.

Indicadores servem, acima de tudo, para acompanhar processos críticos e permitir uma tomada de decisões informada, inclusive monitorar resultados de intervenções sobre áreas-alvo. Seu objetivo é apoiar decisões e reforçar a transparência do desempenho do sistema de saúde à população.

O NHS, por exemplo, monitora um conjunto limitado de indicadores<sup>XV</sup>, que tratam o desempenho em áreas que podem ser melhoradas e nas quais é necessário prestar contas à população (quadro 7). Seis áreas são monitoradas: urgências; tempos de espera; atrasos em transferências hospitalares; composição da força de trabalho; taxas de infecção hospitalar; e dados gerais de atividade do NHS (como o número de consultas e encaminhamentos a especialistas).

Os indicadores de atendimento em tempo hábil dominam o painel de indicadores do NHS. Expressam o grau de coordenação do cuidado, impactando a resolutividade do sistema de saúde e a satisfação dos pacientes. Essa satisfação e a confiança da população no sistema de saúde são críticas para a sustentabilidade política dos sistemas de saúde em tempos de crise.

O SUS ainda apresenta uma baixa incorporação dessas premissas, o que fica evidenciado pelos indicadores usados para monitorar o sistema. Na pandemia da covid-19, tivemos efetivamente a primeira experiência ampla com o uso sistemático e diário desses indicadores de fila para internação em enfermaria e UTI, utilizados para monitorar a capacidade de o sistema de saúde absorver o impacto da pandemia. O aprendizado com esses indicadores pode promover uma utilização ampliada destes para um conjunto seletivo de procedimentos ou condições de saúde, o que já representaria um avanço em relação ao uso quase exclusivo de indicadores de cobertura.

Quadro 7. Indicadores de desempenho para o NHS britânico do The King's Fund

Área	Metas
<b>1. Urgências</b>	
a. Tempo até chegada de ambulância	8 minutos
b. Tempo de espera entre chegada à unidade de urgência e definição de conduta (alta, transferência, internação)	4 horas
<b>2. Tempos de espera</b>	
a. Do episódio de contato ao início do tratamento	18 semanas
b. Da solicitação até realização de teste de diagnóstico	6 semanas
c. Do episódio de contato até início de tratamento de câncer	62 dias

XV O NHS é monitorado pelo King's Fund (<https://qmr.kingsfund.org.uk>).

Área	Metas
d. Fila de espera para procedimentos eletivos	Monitorado
<b>3. Atrasos em transferências hospitalares</b>	
a. Pacientes aguardando transferência em hospitais	Monitorado
b. Tempo de espera internado aguardando transferência	Monitorado
<b>4. Força de trabalho por categoria (total equipe, gerentes, consultores, enfermagem, demais equipes técnicas ou de atendimento)</b>	
<b>5. Taxas de infecção hospitalar</b>	
<b>6. Dados de atividade geral</b>	
a. Contatos de pacientes por tipo de contato (presencial/telefônico) e idade	Monitorado
b. Encaminhamentos da APS a especialistas	Monitorado

Fonte: elaboração própria, a partir de <https://qmr.kingsfund.org.uk/2016/21/data>

No que tange ao estabelecimento de metas para os indicadores, o NHS tem favorecido metas pactuadas localmente<sup>83</sup>; o que vemos também em alguma medida no SUS nos Pactos de Gestão. No entanto, nunca é demais lembrar que estabelecer metas de prazos de atendimento ou tamanhos de fila por meio de portarias, sem amplo debate, pode apenas contribuir para desmoralizar indicadores e sistemas de saúde.

É importante destacar ainda a ideia de rodízio de indicadores para evitar manipulação dos resultados (*gaming*)<sup>57,83</sup>. Ganha força a noção de que o ideal é implementar ciclos sucessivos que destaquem um número pequeno de indicadores significativos concentrados em áreas específicas<sup>82</sup>. O conjunto de indicadores utilizados na OCDE (quadro 4) é particularmente atrativo como fonte de inspiração. Internações evitáveis são um ótimo foco de combate à ineficiência do segmento ambulatorial, enquanto a mortalidade hospitalar por procedimento ou tipo de doença é um excelente indicador de eficiência hospitalar.

Uma estratégia interessante para monitoramento geral dos sistemas de saúde seria usar indicadores que cubram áreas transversais de responsabilidade compartilhada entre os níveis de cuidado<sup>82</sup>. Um exemplo seria selecionar condições cardiovasculares para um ciclo de indicadores prioritários. Indicadores de internações evitáveis por hipertensão e insuficiência cardíaca são transversais à APS, AF e atenção especializada. Esses poderiam ser complementados pelo fortalecimento das estatísticas sobre controle ambulatorial de pressão e de encaminhamento de pacientes com condições cardiovasculares a especialistas. Caberia nessa linha também incentivar programas de autocuidado, uso de recursos

de *smartfone* para monitoramento de condições cardiovasculares e comparecimento a programas da ‘academia de saúde’.

Na atenção hospitalar, os focos do ciclo poderiam ser indicadores de mortalidade hospitalar por acidente vascular cerebral (AVC) e infarto agudo do miocárdio. Seria essencial também incluir indicadores de tempos de espera e filas. Tempo de atendimento para doenças cardiovasculares nas emergências e monitoramento de filas até o especialista seriam opções. Dessa maneira, seriam atacadas de forma sinérgica áreas relevantes de ineficiência. O monitoramento prioritário por um período teria o potencial de reorganizar todo o segmento de atenção a pessoas com doenças cardiovasculares.

## Considerações finais

Este capítulo propôs-se a apresentar paradigmas complementares ao conceito de eficiência e de um conjunto de abordagens práticas que sugerem itens para debate na promoção de uma agenda positiva para o SUS. As três premissas básicas seriam: agir a partir de evidências para tecer recomendações práticas para promover eficiência e desempenho; blindar ou avançar em melhores práticas que já estejam implantadas e/ou para as quais já existem evidências favoráveis, evitando retrocessos; e combater o desperdício e as piores práticas de gestão e clínicas.

O SUS ainda precisa avançar na incorporação dessas premissas e na exploração de outras. Faz-se mister encarar o desafio de ampliar o escopo das análises de eficiência de forma a incorporar a perspectiva da equidade ao monitoramento, ampliando a consideração quase exclusiva da eficiência concebida a partir de princípios do mercado. É bem possível que a priorização de indicadores de cobertura no SUS expresse exatamente o foco na equidade.

Apesar de haver óbvios ensinamentos a serem colhidos de estudos efetuados por organismos internacionais consagrados – e nos esforçamos para trazer muitos deles neste capítulo –, é necessário incentivar um olhar local e inovador. O formato normativo de recomendações derivadas de experiências em economias dominantes ou de estudos conduzidos por países avançados em países emergentes pode reduzir questões fundamentais a perspectivas simplistas, alinhadas a uma perspectiva específica que difere de nossas prioridades. Com isso, corremos o risco de inibir novos olhares por parte de pesquisadores, gestores e cidadãos locais<sup>84</sup>.

Da mesma forma, é fundamental avançar na realização de estudos que projetem efeitos de políticas específicas sobre nossos contextos regionais. Outras agendas de pes-

quiza que se apresentam incluem a produção local de evidências para apoiar avanços na equidade e que considerem uma leitura mais ampla das definições de eficiência e evidência. Uma outra agenda possível seria investir em indicadores que monitorem a carga e os custos das doenças segundo macrorregiões de saúde.

Um olhar local com atenção às nuances da implementação é essencial, pois melhores práticas que valem em um contexto específico podem não se mostrar adequadas a outros. O desenvolvimento de métricas e indicadores que permitam monitorar os progressos também é importante, pois, dessa forma, constitui-se um conjunto de evidências que pautam decisões de gestão.

Alavancar valor equivale a melhorar o desempenho e aumentar a confiança da população no SUS, ponto crítico para a sustentabilidade política e, por contiguidade, financeira, em tempos de crise.

## **Referências**

1. Banco Mundial. Um ajuste justo: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Saúde: alternativas para oferecer mais e melhores serviços. Volume 1: Síntese. Brasília: Grupo Banco Mundial; 2017.
2. Marmot M. Universal health coverage and social determinants of health. *Lancet*. 2013;382(9900):1227-8.
3. De Azevedo Bussinguer, Elda Coelho; Salles, Shayene Machado. Saúde no contexto da inter-relação público-privado: um bem público, um bem de consumo ou um direito humano fundamental com vistas à universalidade? *Revista Direitos Fundamentais & Democracia*. 2018;23( 2):104-137.
4. Santos, Maria Angelica Borges dos et al. Terceirização da prestação de serviços de saúde no SUS: o caso das análises clínicas. 2012. Tese de Doutorado.
5. De Araújo, Hellen Nicácio; De Azevedo Bussinguer, Elda Coelho. Princípio constitucional da eficiência e as políticas públicas de monitoramento do *Aedes aegypti* do Ministério da Saúde: desestímulo à busca de soluções mais eficazes. *Revista de Direito Sanitário*. 2020; 20(3): 92-113.
6. Cylus J, Papanicolas I, Smith PC. How to make sense of health system efficiency comparisons? Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2017.

7. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 2018;6(11):e1196-e1252.
8. Pan American Health Organization. Strategy for universal access to health and universal health coverage, 53rd Directing Council, 66th Session of the Regional Committee, Washington, D.C.; 2014 Sept 29–Oct 3 (CD53/5 Rev. 2).
9. Robinson J. *Economic Philosophy*. London: Routledge; 2017.
10. Tanenbaum SJ. Pay for performance in Medicare: evidentiary irony and the politics of value. *J Health Polit Policy Law*. 2009;34(5):717-46.
11. Porter ME, Teisberg EO. *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Boston: Harvard Business Press (US); 2006.
12. Dieleman JL, Baral R, Birger M, Bui AL, Bulchis A, Chapin A, et al. US spending on personal health care and public health, 1996-2013. *JAMA*. 2016;316(24):2627-46.
13. Porter ME, Teisberg EO. How physicians can change the future of health care. *JAMA*. 2007;297(10):1103-11.
14. Porter ME, Lee TH. The strategy that will fix health care. *Harv Bus Rev*. 2013;91(10):50-70.
15. Institute of Medicine (US) Roundtable on Value & Science-Driven Health Care. *Value in Health Care: Accounting for Cost, Quality, Safety, Outcomes, and Innovation*. Yong PL, Olsen L, McGinnis JM, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2010. PMID: 21210558.
16. Arcrcitvij N. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. *JHQ*. 2002;24:52.
17. Organisation for Economic Co-operation and Development. Putting people at the centre of health care. *PaRIS survey of Patients with Chronic Conditions* [Internet]. Paris OECD; 2019 [cited 2020 Oct 10]. Available at: <https://www.oecd.org/health/health-systems/PaRIS-survey-Patients-with-Chronic-Conditions-June-2019.pdf>
18. Verma RAJ. Overview: what are PROMs and PREMs [Internet]. Sidney: NSW Agency for clinical innovation; 2014 [cited 2022 Mar 15]. Available at: [https://www.aci.health.nsw.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/253164/Overview-What\\_are\\_PROMs\\_and\\_PREMs.pdf](https://www.aci.health.nsw.gov.au/__data/assets/pdf_file/0003/253164/Overview-What_are_PROMs_and_PREMs.pdf)

19. Bull C, Byrnes J, Hettiarachchi R, Downes M. A systematic review of the validity and reliability of patient-reported experience measures. *Health Serv Res.* 2019;54(5):1023-35.
20. Nelson, E. C., Mohr, J. J., Batalden, P. B., & Plume, S. K. Improving health care, part 1: the clinical value compass. *The Joint Commission journal on quality improvement.* 1996; 22(4): 243-258.
21. Madison K. Patients as “regulators”? Patients’ evolving influence over health care delivery. *Journal of Legal Medicine.* 2010;31(1):9-34.
22. Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Gabinete do Secretário. Resolução SS nº 13 de 5 de fevereiro de 2014. Determina critérios para acompanhamento e manutenção dos repasses financeiros referentes ao Auxílio Financeiro às Instituições Filantrópicas – Santas Casas SUSstentáveis e dá outras providências. *Diário Oficial do Estado de São Paulo.* 2014 fev. 14;124(25ª seção1):43.
23. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2014
25. Owens DK, Qaseem A, Chou R, Shekelle P, for the Clinical Guidelines Committee of The American College of Physicians. High-Value, Cost-Conscious Health Care: Concepts for Clinicians to Evaluate the Benefits, Harms, and Costs of Medical Interventions. *Ann Intern Med.* 2011;154(3):174-80.
26. Pearson S, Littlejohns P. Reallocating resources: how should the National Institute for Health and Clinical Excellence guide disinvestment efforts in the National Health Service? *J Health Serv Res Policy.* 2007;12(3):160-5.
27. Schmidt, Diane E. The development of a disinvestment framework to guide resource allocation decisions in health service delivery organizations. Diss. University of British Columbia, 2012.
28. Banerjee AV, Duflo E. The experimental approach to development economics. *Annu Rev Econ.* 2009;1(1):151-78.
29. Langlois EV, Daniels K, Akl EA, editors. Evidence synthesis for health policy and systems: a method’s guide. Geneva: World Health Organization; 2018.



30. Baicker K, Chandra A. Evidence-based health policy. *N Engl J Med.* 2017;377(25):2413-17.
31. Stewart R, Dayal H, Langer L. et al. The evidence ecosystem in South Africa: growing resilience and institutionalisation of evidence use. *Palgrave Commun* 5, 90, 2019. <https://doi.org/10.1057/s41599-019-0303-0>.
32. Comissão Global de Evidências para Responder aos Desafios Sociais. Evidências: um chamado para a ação e caminho a seguir para tomadores de decisão, intermediários de evidências e produtores de evidências orientadas para o impacto. Hamilton: McMaster Health Forum, 2022. <https://www.mcmasterforum.org/networks/evidence-commission>.
33. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. Value for Money in health spending. Paris: OECD Publishing; 2010.
34. Wenzl M, Naci H, Mossialos E. Health policy in times of austerity—A conceptual framework for evaluating effects of policy on efficiency and equity illustrated with examples from Europe since 2008. *Health Policy.* 2017;121(9):947-54.
35. Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 2016 dez. 16;153(241 seção 1):2-3.
36. Jowett M, Brunal MP, Flores G, Cylus J. Spending targets for health: no magic number. Geneva: World Health Organization; 2016.
37. Xu K, Soucat A, Kutzin J, Brindley C, Maele NV, Touré H, et al. Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends. Geneva: World Health Organization; 2018 (WHO/HIS/HGF/HFWorkingPaper/18.3).
38. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conta-satélite de saúde: Brasil 2010-2017. Rio de Janeiro: IBGE; 2019.
39. Qaseem A, Alguire P, Dallas P, Feinberg LE, Fitzgerald FT, Horwitch C, et al. Appropriate Use of Screening and Diagnostic Tests to Foster High-Value, Cost-Conscious Care. *Ann Intern Med.* 2012 Jan 17;156(2):147-9.
40. Katz, Elyse B., et al. Comparative effectiveness of care coordination interventions in the emergency department: a systematic review. *Annals of emergency medicine* 2012; 60(1): 12-23.

41. Lilley R, Kool B, Davie G, Graaf B, Ameratunga SN, Reid P, et al. Preventable injury deaths: identifying opportunities to improve timeliness and reach of emergency healthcare services in New Zealand. *Inj Prev*. 2018;24(5):384-9.
42. Haggstrom DA, Carney TJ. Cancer care disparities: research regarding timeliness and potential coordination. *Am J Manag Care*. 2009;15(11):778-80.
43. Anderson RT, Camacho FT, Balkrishnan R. Willing to wait?: the influence of patient wait time on satisfaction with primary care. *BMC Health Serv Res*. 2007;7(1)31.
44. Botega LA, Andrade MV, Guedes GR. Perfil dos hospitais gerais do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. 2020;54:81.
45. Kaplan B, Harris-Salamone KD. Health IT success and failure: recommendations from literature and an AMIA workshop. *J Am Med Inform Assoc*. 2009;16(3):291-9.
46. Wolfson D, Santa J, Slass L. Engaging physicians and consumers in conversations about treatment overuse and waste: a short history of the choosing wisely campaign. *Acad Med*. 2014;89(7):990-5.
47. Pilz C, Desafios e propostas para a informatização da Atenção Primária no Brasil na perspectiva do prontuário eletrônico do e-SUS AB [tese]. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2016.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. *Diário Oficial da União*. 2019 nov. 13;157(220 seção 1):97.
49. Santos MAB, Madeira FC, Passos SRL, Bakr F, Oliveira KB, Andreazzi MAR, et al. Autonomia financeira em estabelecimentos públicos e privados de saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(1):201-6.
50. Santos MAB, Servo LMS. A provisão dos serviços e ações do SUS: participação de agentes públicos e privados e formas de produção/remuneração dos serviços. In: Marques R, Piola S, Roa AC, organizadores. *Sistema de Saúde no Brasil: organi-*

zação e financiamento. Rio de Janeiro; Brasília, DF: Abres; Ministério da Saúde; Opas/OMS; 2016. p. 205-45.

51. Marsden D. The role of performance-related pay in renegotiating the “effort bargain”: the case of the British public service. *ILR review*. 2004;57(3):350-70.
52. Emmert, M., Eijkenaar, F., Kemter, H., Esslinger, A. S., & Schöffski, O. Economic evaluation of pay-for-performance in health care: a systematic review. *The European Journal of Health Economics*, 2012; 13(6): 755-767.
53. Mendelson, A., Kondo, K., Damberg, C., Low, A., Motúapuaka, M., Freeman, M., ... & Kansagara, D. The effects of pay-for-performance programs on health, health care use, and processes of care: a systematic review. *Annals of internal medicine*, 2017;166(5): 341-353.
54. Perry JL, Engbers TA, Jun SY. Back to the future? Performance-related pay, empirical research, and the perils of persistence. *Public Adm Rev*. 2009;69(1):39-51.
55. Tanenbaum SJ. Pay for performance in Medicare: evidentiary irony and the politics of value. *J Health Polit Policy Law*. 2009;34(5):717-46.
56. Binyaruka, P., Patouillard, E., Powell-Jackson, T., Greco, G., Maestad, O., & Borghi, J. Effect of paying for performance on utilisation, quality, and user costs of health services in Tanzania: a controlled before and after study. *PloS one*, 2015; 10(8), e0135013.
57. Bevan G, Hood C. What’s measured is what matters: targets and gaming in the English public health care system. *Public Adm*. 2006;84(3):517-38.
58. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. *Tackling Wasteful Spending on Health*. Paris: OECD Publishing; 2017.
59. Kondo KK, Damberg CL, Mendelson A, Motu’apuaka M, Freeman M, O’Neil M, et al. Implementation processes and pay for performance in healthcare: a systematic review. *J Gen Intern Med*. 2016;31(Suppl 1):61-9.
60. Hone T, Rasella D, Barreto ML, Atun R, Majeed A, Millett C. Large reductions in amenable mortality associated with Brazil’s primary care expansion and strong health governance. *Health Aff*. 2017;36(1):149-58.
61. Silva QTA, Cecílio LCO. A produção científica brasileira sobre o Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB). *Saúde Debate*. 2019;43(121):559-75.

62. Barbosa ACQ, Amaral PV, Francesconi GV, Rosales C, Kemper ES, da Silva NC, et al. More Doctors recruitment program: a new approach to overcome inequalities in human resources. Programa Más Médicos: cómo evaluar el impacto de un enfoque innovador para superar las inequidades en recursos humanos. *Rev Panam Salud Publica*, 2018;42:e185.
63. Gonçalves Junior O, Gava GB, Silva MS. Programa Mais Médicos, aperfeiçoando o SUS e democratizando a saúde: um balanço analítico do programa. *Saúde Soc*. 2017;26(4):872-87.
64. Almeida ATC, Vieira FS. Copagamento dos usuários no Programa Farmácia Popular do Brasil: um estudo exploratório da rede conveniada. Texto para discussão. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea; 2020.
65. World Health Organization. Roadmap for access 2019-2023. Comprehensive support for access to medicines and vaccines [Internet]. Zero draft. Geneva: WHO; 2019 [cited 2019 Nov 22]. Available at: [https://www.who.int/medicines/access\\_use/Roadmap\\_for\\_access\\_zero\\_draft.pdf](https://www.who.int/medicines/access_use/Roadmap_for_access_zero_draft.pdf)
66. Oliveira MA, Luiza VL, Tavares NUL, Mengue SS, Arrais PSD, Farias MR, et al. Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. *Rev Saúde Pública*. 2016;50(supl 2):6s.
67. Almeida ATC, Sá EB, Vieira FS, Benevides RPS. Impacto do Programa Farmácia Popular do Brasil sobre a saúde de pacientes crônicos. *Rev Saúde pública*. 2019; 53:20.
68. Lum F, Lee P. Waste in the US health care system—insights for vision health. *Jama Ophthalmol*. 2019;137(12):1351-2.
69. Committee on the Learning Health Care System in America; Institute of Medicine. Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America. Smith M, Saunders R, Stuckhardt L, McGinnis JM, editors. Washington (DC): National Academies Press (US); 2013 May 10. PMID: 24901184.
70. Shrank WH, Rogstad TL, Parekh N. Waste in the US health care system: estimated costs and potential for savings. *JAMA*. 2019;322(15):1501-9.
71. Institute of Medicine (US) National Roundtable on Health Care Quality. Donaldson MS, editor. Statement on Quality of Care. Washington (DC): National Academies Press (US); 1998. The Urgent Need to Improve Health Care Quality: Consensus Statement.

72. Bentley TKG, Effros RM, Palar K, Keeler EB. Waste in the US health care system: a conceptual framework. *Milbank Q.* 2008;86(4):629-59.
73. Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico. The World Bank. Identifying and tackling wasteful spending in Latin American and Caribbean health systems. In: *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020.* Paris: OECD Publishing; 2020.
74. Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Contas do SUS na perspectiva da contabilidade internacional: Brasil: 2010-2014. Brasília, Ministério da Saúde; 2018.
75. Ortuño MT, Cristóbal P, Ferrer JM, Martín-Campo FJ, Muñoz S, Tirado G, et al. Decision aid models and systems for humanitarian logistics. A survey. In: Vitoriano B, Montero J, Ruan D, editors. *Decision aid models for disaster management and emergencies.* Paris: Atlantis Press; 2013. p. 17-44.
76. Beltrame SM, Oliveira AE, Santos MAB, Santos Neto ET. Absenteísmo de usuários como fator de desperdício: desafio para sustentabilidade em sistema universal de saúde. *Saúde Debate.* 2019;43(123):1015-30.
77. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med.* 1990;114(11):1115-8.
78. Arieta CEL, Nascimento MA, Lira RPC, Kara-José N. Desperdício de exames complementares na avaliação pré-operatória em cirurgias de catarata. *Cad Saúde Pública.* 2004;20(1)303-10.
79. American Geriatrics Society. Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2015;63(11)2227-46.
80. Brasil. Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. *Diário Oficial da União.* 2019 dez. 11;157(239 seção 1):172.
81. European Commission. Tools and methodologies to assess the efficiency of health care services in Europe: An overview of current approaches and opportunities for improvement. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2019.

82. Morton A, Schang L. Efficiency measurement for management in Health system efficiency: How to make measurement matter for policy and management. Geneva: WHO; 2016.
83. Mears A. Gaming and targets in the English NHS. *Univers. J. Manag.* 2014;2(7):293-301.
84. Bloom G, Standing H. Future health systems: Why future? Why now? *Soc Sci Med.* 2008;66(10):2067-75.