

Isabela Cardoso de Matos Pinto
Alcione Brasileiro Oliveira
Mariluce Karla Bomfim de Souza
Monique Azevedo Esperidião

Organizadoras

AVALIAÇÃO EM SAÚDE

CONCEITOS E PRÁTICAS FORMATIVAS



E D U F B A

AVALIAÇÃO EM SAÚDE

CONCEITOS E PRÁTICAS FORMATIVAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Reitor

João Carlos Salles Pires da Silva

Vice-reitor

Paulo Cesar Miguez de Oliveira



EDITORIA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Diretora

Susane Santos Barros

Conselho Editorial

Alberto Brum Novaes

Angelo Szaniecki Perret Serpa

Caiuby Alves da Costa

Charbel Niño El-Hani

Cleise Furtado Mendes

Evelina de Carvalho Sá Hoisel

Maria do Carmo Soares de Freitas

Maria Vidal de Negreiros Camargo

Isabela Cardoso de Matos Pinto
Alcione Brasileiro Oliveira
Mariluce Karla Bomfim de Souza
Monique Azevedo Esperidião
Organizadoras

AVALIAÇÃO EM SAÚDE

CONCEITOS E PRÁTICAS FORMATIVAS

Salvador
Edufba
2022

2022, autores.

Direitos para esta edição cedidos à Edufba. Feito o Depósito Legal.

Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em vigor no Brasil desde 2009.

Coordenação gráfica

Edson Sales

Coordenação de produção

Gabriela Nascimento

Capa e projeto gráfico

Rodrigo Oyarzábal Schlabitz

Revisão

Equipe da Edufba

Normalização

Bianca Rodrigues

Sistema Universitário de Bibliotecas - UFBA

A945 Avaliação em saúde: conceitos e práticas formativas / Isabela Cardoso de Matos Pinto ... [et al.], Organizadoras. - Salvador: EDUFBA, 2022. 151 p.

ISBN: 978-65-5630-338-3

1. Sistema Único de Saúde (Brasil) - Avaliação. 2. Pessoal da área de saúde pública - Formação. 3. Política de saúde - Brasil. I. Pinto, Isabela Cardoso de Matos. II. Título: conceitos e práticas formativas.

CDU: 614:378

Elaborada por Geovana Soares Lira CRB-5: BA-001975/O

Editora afiliada à



Editora da UFBA

Rua Barão de Jeremoabo, s/n - Campus de Ondina
40170-115 - Salvador, Bahia / Tel.: +55 71 3283-6164

www.edufba.ufba.br/edufba@ufba.br

SUMÁRIO

- 9 **APRESENTAÇÃO**
AS ORGANIZADORAS

CAPÍTULO 1

- 15 **FORMAÇÃO NA ÁREA DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE A NÍVEL NACIONAL:
A EXPERIÊNCIA DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
SAÚDE COLETIVA**

ALCIONE BRASILEIRO OLIVEIRA
MONIQUE AZEVEDO ESPERIDIÃO
MARILUCE KARLA BOMFIM DE SOUZA
ISABELA CARDOSO DE M. PINTO
EDNIR ASSIS SOUZA
ANA MARIA FREIRE DE SOUZA LIMA
JOANA DOURADO FRANÇA DE SOUZA
NICIA CRISTINA ROCHA RICCIO
ANA CRISTINA DO ESPIRITO SANTO
ILMA PELEGRINO BLAGOJEVIC

CAPÍTULO 2

- 33 **OFICINAS INTRODUTÓRIAS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO EM
SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA O FORTALECIMENTO DO SUS**
MARILUCE KARLA BOMFIM DE SOUZA
ESTHER DIAS DA CONCEIÇÃO FERREIRA
VANESSA CATARINE DA SILVA MATOS

CAPÍTULO 3

51 **PROBLEMAS E INTERVENÇÕES PARA O MONITORAMENTO
E AVALIAÇÃO EM SAÚDE A PARTIR DA PERSPECTIVA
DE MÚLTIPLOS ATORES**

MARILUCE KARLA BOMFIM DE SOUZA
ESTHER DIAS DA CONCEIÇÃO FERREIRA
VANESSA CATARINE DA SILVA MATOS
ALCIONE BRASILEIRO OLIVEIRA

CAPÍTULO 4

69 **AVALIAÇÃO DE INTERVENÇÕES EM SAÚDE:
FUNDAMENTOS, CONCEITOS E ABORDAGENS**

MONIQUE AZEVEDO ESPERIDIÃO
ALCIONE BRASILEIRO OLIVEIRA
MARILUCE KARLA BOMFIM DE SOUZA
ISABELA CARDOSO DE MATOS PINTO

CAPÍTULO 5

85 **A CONSTRUÇÃO DE PROJETOS DE AVALIAÇÃO
EM SAÚDE PARA O SUS**

MONIQUE AZEVEDO ESPERIDIÃO
ALCIONE BRASILEIRO OLIVEIRA

CAPÍTULO 6

97 **AVALIAÇÃO DE COBERTURA E ACESSIBILIDADE:
CONCEITOS E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS**

ALCIONE BRASILEIRO OLIVEIRA
MAISA MÔNICA FLORES MARTINS
MARINA LUNA PAMPONET

CAPÍTULO 7

- 115 **AVALIAÇÃO DA QUALIDADE TÉCNICA DE INTERVENÇÕES EM SAÚDE**
NÍLIA MARIA DE BRITO LIMA PRADO

CAPÍTULO 8

- 131 **AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE
EM TEMPOS DE PANDEMIA**
LÍGIA MARIA VIEIRA-DA-SILVA
- 149 **SOBRE OS AUTORES**

APRESENTAÇÃO

O processo de formulação e implementação da Política de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem enfrentado, ao longo dos anos, uma série de desafios, dentre os quais destaca-se a necessidade de investimentos na qualificação dos profissionais que atuam nessa área, de modo a ampliar a capacidade técnica e gerencial das equipes, visando a melhoria da eficiência, qualidade e efetividade das práticas de saúde.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (MS), através do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMÁS)¹ firmou um termo da cooperação técnica com o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA),² visando, especificamente, o desenvolvimento de “Ações estratégicas para o fortalecimento das práticas de monitoramento e avaliação e do processo decisório das políticas públicas de saúde”,³ com vistas a contribuir para o fortalecimento das práticas avaliativas no âmbito do SUS.

A formulação do projeto contou com a participação das equipes do ISC/UFBA e do DEMÁS/MS, que trataram, inicialmente, de estabelecer uma compreensão geral acerca da Gestão e Avaliação de políticas e sistemas

-
- 1 O Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMÁS/MS), de acordo com o artigo 10, do Decreto nº 7.530/11, tem por responsabilidade coordenar, formular, executar e integrar ações de monitoramento e avaliação. Ver em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7530.htm. Criado em 2011, o DEMÁS, vinculado à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde, conta com duas coordenações: uma de monitoramento e avaliação e a outra de gestão de informação estratégica. No que tange às competências destacam-se: o fortalecimento das práticas de monitoramento e avaliação nos Estados e municípios e de gestão de informação estratégica em saúde; articulação e integração das ações de monitoramento e avaliação e gestão da informação; desenvolvimento de metodologias que qualifiquem o processo de monitoramento e avaliação; produção de conhecimentos e gestão de informações qualificadas para subsidiar o processo decisório.
 - 2 O Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), de acordo com a sua missão institucional, ao longo dos seus 27 anos de existência vem consolidando sua atuação na cooperação técnica com o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e outras organizações nacionais e internacionais, o que tem colaborado para a incorporação de tecnologias de gestão e mudanças de práticas político-gerenciais no âmbito do sistema público de saúde.
 - 3 Termo de Execução Descentra nº 116/2017.

de saúde, O passo inicial desse processo se consistiu na discussão sobre as bases teóricas da avaliação e na busca do alinhamento em torno dos referenciais, conceitos e estratégias que melhor respondessem aos objetivos a serem alcançados.

Com isso, adotou-se como pressuposto que o elemento essencial de um processo dessa natureza é o compromisso ético e político dos sujeitos que compõem a equipe dirigente. Nesse sentido, mais do que perícia técnica, o propósito maior de um projeto desta envergadura é a criação de um coletivo de sujeitos epistêmicos (capazes de produzir conhecimentos), avaliadores (capazes de avaliar políticas e práticas) e públicos (imbuídos da responsabilidade por exercer uma militância política em prol da transformação social, respaldada por valores éticos que enfatizem a valorização da vida e da dignidade humana).(CHAMPAGNE et al., 2011;⁴ TESTA, 1992;⁵ VIEIRA-DA-SILVA, 2005)⁶

O desenho e execução de processos de capacitação e educação permanente capaz de favorecer a constituição desses sujeitos, portanto, fundamentou-se, ademais, em alguns pressupostos teóricos e metodológicos acerca da natureza do planejamento e da avaliação em saúde, quais sejam:

- O Planejamento de Saúde é uma prática social cuja institucionalização no âmbito do SUS demanda a formação e a capacitação de sujeitos tecnicamente qualificados e politicamente comprometidos com a introdução de mudanças na gestão e na organização da atenção à saúde, tendo em vista o alcance dos seus princípios e diretrizes;
- A Avaliação em Saúde se apresenta enquanto um espaço polissêmico, com grande diversidade terminológica, mas há uma convergência entre os autores em considerá-la um julgamento acerca de uma intervenção em saúde tendo em vista instrumentalizar o processo

4 CHAMPAGNE, F. *et al.* A avaliação no campo da saúde: Conceitos e métodos. *In:* BROUSSELLE, A. *et al.* (org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 41-60.

5 TESTA, M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

6 VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (2005). Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. *In:* VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A. (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39.

de tomada de decisões. Nesse contexto, diversos autores referem a importância da “quarta geração de avaliadores” que tem como base uma avaliação inclusiva e participativa que pode contribuir no processo de avaliação, visando a capacitação e desenvolvimento de novos atores no processo de avaliação. Esse movimento tem como fim contribuir para o envolvimento e aproximação dos *stakeholders*, entendidos como os grupos e organizações interessadas nos processos de avaliação e na construção e identificação de indicadores de avaliação.

- Com base nesse referencial a equipe responsável pela elaboração do projeto de cooperação, definiu conjunto de objetivos e pactuaram metas para a formação e qualificação de profissionais de saúde, gestores e atores estratégicos do Sistema Único de Saúde, contemplando: realização de Oficinas Introdutórias de Planejamento, Monitoramento e Avaliação em Saúde para os 26 estados e o Distrito Federal; oferta de um Curso de Especialização em Saúde Coletiva com área de Concentração em Monitoramento, Avaliação e Informação Estratégica em Saúde na modalidade de Ensino à Distância (EaD); e apoio as ações da Política de Monitoramento e Avaliação do SUS.

A execução do projeto foi marcada pela gestão compartilhada, em todo o percurso pela equipe do ISC e a equipe do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS/MS, que, a partir dos objetivos e metas pactuadas, trataram de definir as metodologias adotadas em cada uma das atividades propostas e acompanharam a execução destas, buscando solucionar os problemas e desafios que surgiram em diferentes momentos.

Assim, a definição de etapas se deu mediante o planejamento conjunto, com reuniões de imersão para discussão da Política de Monitoramento e Avaliação, oficinas pedagógicas para definição dos conteúdos e componentes do Curso de Especialização, pactuações sobre o desenho das oficinas introdutórias, distribuição de vagas, definição das prioridades na elaboração do cronograma de execução e busca de consenso quando foi necessário rever todo o plano de ação em função da pandemia que assolou o Brasil e o mundo.

O documento orientador para a definição da Política, foi construído por grupo de experts e docentes do Instituto de Saúde Coletiva, e contemplou a definição de um conjunto de diretrizes, competências comuns de

estados, União e municípios, conceitos e definições utilizadas nos processos de monitoramento e avaliação do SUS, incluindo a matriz de indicadores estratégicos que será utilizado pelo Ministério da Saúde.

Merece destaque o trabalho cuidadoso de pactuação e organização conjunta das atividades, envolvendo as equipes das Superintendências Estaduais do Ministério da Saúde (SEMS) e as equipes dos Estados e do Distrito Federal. As atividades eram antecedidas pelo contato e articulação com os representantes indicados para planejar, identificar os participantes, facilitadores e mobilizar os atores estratégicos para a participação no curso e nas oficinas.

Os capítulos contidos neste livro detalham os diversos aspectos desenvolvidos ao longo do processo de elaboração e execução do projeto de cooperação técnica, destacando o aprendizado institucional conjunto que resultou desse processo e as abordagens teórico conceituais e metodológicas que orientaram o percurso.

O capítulo final está voltado à abordagem da avaliação no contexto da pandemia que atravessou a execução desse projeto de cooperação técnica e que merece ser considerado para promover a reflexão sobre os desafios para as práticas formativas e avaliativas no SUS. De fato, a declaração da situação de Emergência em Saúde Pública pela pandemia da covid-19 atravessou o desenvolvimento do TED nº 116/2017,⁷ inclusive sobre a realização das oficinas, o que requereu a mudança sobre o formato de oferta, do presencial para o virtual, trazendo para a equipe do ISC/UFBA e do DEMAS/MS novos aprendizados diante dos novos desafios apresentados pelo contexto que exigia dos gestores e técnicos ações direcionadas e urgentes para o enfrentamento da pandemia e colocava a importância de ajustar a agenda e manter a oferta das oficinas uma vez que a qualificação em monitoramento e a avaliação das práticas são indispensáveis ao SUS.

Para concluir esta breve apresentação, cabe destacar o êxito obtido com a realização das atividades desenvolvidas através do TED nº 116/2017. De fato, os movimentos de apoio técnico à PNMA, a realização de 29 oficinas em todo o território nacional, a formação de especialistas em todas as regiões do Brasil qualificou profissionais para a incorporação de práticas

7 Termo de Execução Descentra nº 116/2017.

avaliativas, mediante o conhecimento de metodologias e ferramentas adequadas para acompanhar e avaliar políticas, programas e demais intervenções do sistema de saúde. Os resultados obtidos levaram, inclusive, o MS a oferecer um segundo Curso de Especialização e investir no processo de institucionalização da avaliação nos estados, buscando mapear e consolidar uma rede para o Monitoramento e Avaliação do SUS.

As organizadoras

FORMAÇÃO NA ÁREA DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE A NÍVEL NACIONAL

A EXPERIÊNCIA DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ALCIONE BRASILEIRO OLIVEIRA
MONIQUE AZEVEDO ESPERIDIÃO
MARILUCE KARLA BOMFIM DE SOUZA
ISABELA CARDOSO DE M. PINTO
EDNIR ASSIS SOUZA
ANA MARIA FREIRE DE SOUZA LIMA
JOANA DOURADO FRANÇA DE SOUZA
NICIA CRISTINA ROCHA RICCIO
ANA CRISTINA DO ESPIRITO SANTO
ILMA PELEGRINO BLAGOJEVIC

INTRODUÇÃO

No Brasil, a formação dos trabalhadores da saúde constitui-se como um dos pilares para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo premissa garantida na Constituição Federal do Brasil de 1988, artigo nº 200, inciso III, que atribuiu a este a competência de ordenar a formação de recursos humanos em saúde. Nesse sentido, um importante investimento foi feito, em 2003, com a formulação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) que vem sendo implementada em todo o país ao longo de quase 20 anos, num esforço articulado que reúne

um conjunto de atores estratégicos, entre a gestão, os serviços, as instituições formadoras e o controle social, tendo em vista a aproximação dos processos formativos às necessidades do SUS além da transformação das práticas no cotidiano do trabalho, almejando entre os efeitos, a reorganização dos serviços de saúde.

Dentre os avanços promovidos pela PNEPS na área da educação na saúde, destaca-se o desenvolvimento de ações de articulação e parcerias institucionais entre ensino e serviço, educação e trabalho com objetivo de reorganizar os serviços de saúde no SUS a partir dos processos formativos e práticas pedagógicas. (BRASIL, 2018)

A avaliação em saúde se apresenta enquanto um conceito polissêmico, com grande diversidade terminológica e diferentes ênfases teórico-metodológicas. (VIEIRA-DA-SILVA; FURTADO, 2020; VIEIRA-DA-SILVA, 2005) Nesse contexto, ressalta-se a importância da “quarta geração de avaliadores” que tem como base uma avaliação inclusiva e participativa que pode contribuir o processo de avaliação, visando a capacitação e desenvolvimento de novos atores neste processo. (CHAMPAGNE et al., 2011) Esse movimento tem como fim contribuir para o envolvimento e aproximação dos *stakeholders*, entendidos como os grupos, ou organizações interessadas nos processos de avaliação e na construção e identificação de indicadores de avaliação. (FURTADO, 2012)

Nesse sentido, a avaliação é reconhecida como um espaço social constituído por um conjunto de agentes inseridos em diversos níveis do sistema de serviços de saúde, envolvidos em intervenções de diferentes complexidades que por sua vez determinam o escopo das práticas desenvolvidas. (VIEIRA-DA-SILVA; FURTADO, 2020) Desse modo, a pertinência do investimento em formação e qualificação de profissionais na área de avaliação em saúde pode favorecer estratégias de formação e aprendizado que contribuam com as instâncias decisórias na produção de informações necessárias, visando melhorar o desempenho geral do sistema, e contribuir para a institucionalização do campo da avaliação no sistema de serviços de saúde.

A “análise compartilhada das necessidades de saúde e de ações educativas articuladas ao sistema de saúde” (SANTOS et al., 2019, p. 249), nessa perspectiva, as propostas de qualificação de profissionais de saúde

devem partir de uma Desse modo, tornam-se importantes para o desenvolvimento e fortalecimento do sistema de saúde, na medida em que estão orientadas para o “trabalho como eixo central”, buscando a promoção de uma reflexão crítica e transformadora das práticas, pela incorporação dos aprendizados à vida cotidiana das organizações e serviços de saúde. (BRASIL, 2009)

A proposta de um Curso de Especialização em Saúde Coletiva com concentração em Monitoramento, Avaliação e Informações Estratégicas na modalidade de educação a distância a partir de parceria estabelecida entre o Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS do Ministério da Saúde (DEMAS/MS) e o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), surgiu com o intuito de fomentar e desenvolver a cultura avaliativa no âmbito das organizações públicas nos diferentes níveis, articulando um conjunto de saberes oriundos das áreas da Saúde Coletiva e da Avaliação em Saúde.

A PROPOSTA DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA: CONCENTRAÇÃO EM MONITORAMENTO, AVALIAÇÃO E INFORMAÇÕES ESTRATÉGICAS NA MODALIDADE EAD

Trata-se de uma proposta de Educação Aberta a Distância (EAD), caracterizada como inovação no ensino da avaliação em saúde, ofertada mediante Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), com acompanhamento direto de docentes tutores de aprendizagem.

Para a definição dos objetivos do curso, foram realizadas três oficinas de trabalho entre a equipe gestora do DEMAS e o ISC, e várias reuniões de equipe visando alinhar as perspectivas de alcance do curso, objetivos da formação, público alvo a ser alcançado e conteúdo a serem abordados. Além disso, essas reuniões foram relevantes para definição de aspectos operacionais para oferta do curso, como elaboração de editais para seleção pública de tutores e estudantes, e estratégias para ampla divulgação dos processos seletivos. Definiu-se como objetivo geral do curso, formar especialistas em saúde coletiva, com competências específicas voltadas para a avaliação de políticas, programas, serviços e sistemas de saúde.

O público-alvo do curso foi constituído por profissionais de saúde de nível superior, envolvidos com o desenvolvimento de ações de auditoria, regulação, monitoramento e avaliação no âmbito municipal, estadual e federal, que atuam nos serviços públicos de saúde. No que tange à distribuição das 300 vagas oferecidas vale ressaltar que o critério de distribuição destas foi definido de acordo com a estrutura das Superintendências Estaduais do Ministério da Saúde (SEMS), alcançando de forma proporcional todas as regiões do país e o grupo técnico do Ministério da Saúde. O Quadro 1 mostra a distribuição das vagas ocupadas e o número egressos por região do país e Ministério da Saúde.

Quadro 1 – Número de profissionais de saúde matriculados e egressos do Curso de Especialização em Saúde Coletiva: concentração em Monitoramento, Avaliação e Informações Estratégicas na modalidade EAD segundo região do país, Ministério da Saúde e Comunidade UFBA

Região	Número de matriculados	Número de egressos
Região Norte	15	7
Região Nordeste	132	85
Região Sudeste	41	21
Região Sul	7	3
Região Centro-Oeste	35	11
Ministério da Saúde	70	46
Total	300	173

Fonte: adaptado dos registros da equipe de coordenação do curso.

Os(as) candidatos(as) selecionados (as) via edital público, divulgado amplamente, foram matriculados e iniciaram o processo formativo no curso, em novembro de 2018. Ao final do curso, em junho de 2020, somaram 173 egressos, distribuídos conforme Quadro 1, sendo que dois desses titularam sem a entrega dos Trabalhos de Conclusão de Curso.

ESTRUTURA CURRICULAR

Dez componentes curriculares obrigatórios constituíram a estrutura curricular do curso, perfazendo um total de 374 horas, distribuídos

ao longo de 12 meses de execução. Tais componentes foram agrupados em quatro Unidades de Aprendizagem (UA): UA introdutória ao AVA (UAAVA), UA Saúde Coletiva (UASC), UA Monitoramento e Avaliação em Saúde (UAM&A) e UA Metodologia do TCC (UATCC), conforme apresentado no Quadro 2 a seguir.

Quadro 2 – Unidades de Aprendizagem, Componentes Curriculares e carga horária

Unidade de Aprendizagem	Componente Curricular	Carga Horária
UA - UAAVA	Introdução ao Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA)	17
UA Saúde Coletiva - UASC	Política, planejamento e gestão I	34
	Sistema de Informação e Análise da Situação de Saúde	34
	Saúde, doença e cuidado	34
UA Monitoramento e Avaliação - UA M&A	Avaliação de sistemas e serviços de saúde	51
	Avaliação da cobertura, acesso e equidade;	34
	Avaliação da implantação e qualidade técnica	34
	Avaliação da efetividade e avaliação econômica em saúde	34
	Avaliação da percepção do usuário	34
UA Metodologia do TCC - UATCC	Metodologia do TCC	68
Total geral		374

Fonte: Projeto Pedagógico do Curso de Especialização.

Conforme demonstra o Quadro 2, os componentes curriculares foram agrupados por UA com o intuito de articular e otimizar os conteúdos complementares contribuindo para transversalidade de saberes.

O ambiente virtual de aprendizagem foi o Moodle, que foi estruturado conforme a ordem de oferta e realização das UA para a melhor apreensão dos conteúdos. Assim, a primeira UAAVA buscou apresentar o ambiente virtual e suas ferramentas para melhor desempenho no curso; a UASC buscou integrar o conteúdo de Política, Planejamento e Gestão em Saúde; Ciências Sociais e Saúde e Epidemiologia e Informação em Saúde; a UAM&A abordou os principais conceitos e estratégias metodológicas para a realização de investigações avaliativas de cobertura, acessibilidade, efetividade, qualidade técnica, implantação de programas e percepção do usuário; e a UATCC foi dedicada à construção do Trabalho de Conclusão de Curso, desenvolvido de modo transversal, ao longo de todo o curso.

EQUIPE DE COORDENAÇÃO, TUTORES E DOCENTES DO CURSO

Para a preparação e realização do curso várias pessoas estiveram envolvidas. O trabalho entre as equipes ocorreu de modo complementar e simultâneo para dar organicidade ao curso e alcançar os objetivos traçados. Pode-se elencar as atribuições e competências de cada equipe ou grupo de trabalho:

- Coordenação pedagógica: equipe formada por três profissionais docentes com experiência em avaliação em saúde e educação a distância para viabilizar o acompanhamento pedagógico do curso no AVA tendo como função: a) acompanhar o processo de mediação dos tutores de aprendizagem no AVA, por meio de uma mediação em que cada membro da coordenação era responsável por acompanhar cinco tutores de aprendizagem, e cada tutor com cerca de 22 cursistas; e b) Dialogar com a coordenação geral acerca dos prazos para novos conteúdos no AVA mantendo o ritmo estabelecido em cronograma; c) dialogar com a equipe de EAD sobre as estratégias de transpor os temas definidos pelos docentes para o AVA;
- Coordenação de Monitoramento & Avaliação (M & A): responsabilidade de elencar os elementos conceituais de cada componente curricular (CC) tendo como ênfase a avaliação e a necessidade de subdividir temáticas mais complexas em subtemas. Coube a essa coordenação dialogar e convidar o docente responsável (professor do quadro permanente da Universidade) orientando sobre a elaboração do material, textos, hipertextos, questionários, perguntas norteadoras em fóruns, em consonância com os objetivos do curso;
- Coordenação de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC): equipe que conduziu todo o processo de seleção de orientadores, a identificação dos temas de interesse pelos estudantes e a articulação do perfil dos estudantes e aos possíveis orientadores dos TCC;
- Coordenação de EAD: equipe composta por profissionais técnicos da Superintendência de Tecnologia da Informação (STI - UFBA), com experiência na atividade e no formato EAD. Responsável por incluir todo o material produzido pelos docentes e demais coordenações para o AVA;

- Tutores de aprendizagem: vinculados à coordenação pedagógica eram os responsáveis pelo acompanhamento dos estudantes do curso no AVA. Foram 15 vagas tutores de aprendizagem selecionados por meio de processo seletivo, via edital público, cujas inscrições aconteceram no mês de julho de 2018 e somou 289 inscrições homologadas. O processo seletivo se deu mediante a composição de uma banca formada por dois docentes, cuja primeira etapa de análise de currículos (eliminatória) selecionou até 30 candidatos em ordem de classificação para a participação em um curso de formação de tutores com carga horária de 17 horas. Todos os candidatos que fizeram o curso de formação foram convocados a realizar uma entrevista, compondo assim o escore final na seleção, publicada em ordem decrescente de desempenho. Foram convocados para atuar no curso, 15 profissionais com melhor classificação nas três etapas de seleção. Os 15 tutores constituíram respectivamente 15 grupos de trabalho em que foram distribuídos os 300 cursistas, cada grupo de até 22 participantes, tendo o tutor de aprendizagem como referência para o contato entre cursistas e equipe do curso;
- Docentes convidados: cada um dos componentes curriculares (Quadro 2), contou com a condução de um ou mais docentes, cuja função seria preparar a sala de aula, tomando como base um modelo de elaboração de plano de aula para ambiente virtual. Esse docente foi orientado pela coordenação de M & A e colocado em contato com as demais coordenações desde que solicitado.

No conjunto, coube à coordenação geral (coordenadora e vice coordenadora) a responsabilidade de organizar a parte acadêmica e a gestão administrativa para o funcionamento das atividades e cumprimento de prazos estabelecidos e zelar pelo bom andamento das atividades entre os grupos de trabalho. Ainda, fizeram parte da equipe três estagiárias estudantes de graduação, e a equipe de vídeo e *design* do ISC responsável pela finalização da marca, das vinhetas e da produção de vídeo aulas, além de viabilizar a realização das oficinas com os tutores de aprendizagem, transmitidas via canal do ISC no Youtube.

O PROCESSO FORMATIVO DOS TUTORES DE APRENDIZAGEM

O processo formativo e acompanhamento dos tutores de aprendizagem se deu mediante a realização de 11 oficinas de acompanhamento, com a presença de todos os membros da equipe do curso. Essas oficinas tinham dupla função: a) apresentar o plano de aula produzido pelo docente responsável de cada componente curricular e discutir estratégias de acompanhamento dos estudantes no AVA. Para tanto, contavam no primeiro momento com a presença do professor responsável pelo componente curricular (CC), e se constituíram em momento oportuno para esclarecimento de dúvidas sobre o desenvolvimento do conteúdo no AVA e sobre aspectos teóricos do campo da avaliação em saúde; b) no segundo momento, o foco foi discutir possíveis dúvidas e procedimentos quanto ao processo geral de acompanhamento dos estudantes, faltosos, recuperação e encaminhamentos administrativos.

Os encontros foram realizados no auditório do ISC, transmitidos de modo *on-line* pelo Laboratório Audiovisual do ISC no *youtube*, visando alcançar tutores residentes em outros estados e Distrito Federal. Os registros e participação *on-line* foram acompanhados pela equipe de coordenação que sinalizou a presença e a interação via *chat* pela internet.

Considera-se que as oficinas realizadas com os tutores com a presença da equipe e do docente responsável pelo CC teve um efeito muito positivo no desenvolvimento dos temas. Esse processo contribuiu para que o conteúdo programático de cada CC fosse trabalhado nos aspectos indispensáveis à formação, e o mínimo que deveria ser abordado no AVA pelos tutores. Esse momento também fortaleceu o processo de tutoria, tendo em vista as orientações para a organização do tempo previsto em cada assunto/tema, e a posterior avaliação acerca dos critérios a serem observados para obtenção da média de aprovação.

ORGANIZAÇÃO DO AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAGEM

A preparação dos profissionais de saúde para a atuação no SUS pressupõe o encontro de duas categorias fundamentais: formação e trabalho. Nesse sentido, todas as UA privilegiaram conteúdos e atividades que pudessem articular o desenvolvimento das atividades do Curso com a

inserção dos profissionais em seus espaços de trabalho. A organização do processo educativo levou em consideração um conjunto de saberes e competências de modo a contribuir para fomentar o olhar sobre as necessidades dos processos de trabalho tomando o conceito de Educação Permanente em Saúde (EPS). Abordagem que investe na articulação entre a educação e as práticas nos serviços de saúde, valorizando o cotidiano e a realidade concreta em que os atores se inserem (problematização) e de “aprendizagem significativa” (valorizando as experiências dos alunos). Segundo Davini (1995), a perspectiva da EPS deve considerar os seguintes elementos: 1) incorporação de dados do ambiente sócio-organziacional; 2) determinação do conteúdo da formação; 3) seleção de uma metodologia mais adequada para adultos em situação de trabalho.

A concepção do Curso, em consonância com os princípios da Educação Permanente em Saúde, toma como elemento central do processo educativo, a relação com o trabalho e propõe por meio dele qualificar as práticas de saúde, incluindo-se as avaliativas. (RIBEIRO; MOTA, 1996) Nesse sentido, buscou-se ao longo do curso, articular o percurso realizado pelos cursistas no AVA à sua realidade na prática, no cotidiano dos serviços.

Um modelo de “Sala de Aula Virtual” passou a ser utilizado pelos docentes responsáveis na preparação do conteúdo, fator que contribuiu para uma maior estruturação de cada UA tendo em vista o tempo de duração que variou de 3 a 6 semanas. Diante da proposição de trabalho para cada UA que agregava mais de um componente curricular (CC), buscou-se reunir elementos conceituais e metodológicos, numa construção coletiva de tarefas, cuja finalização dependia de vários saberes.

Assim, a UASC proporcionou a elaboração de uma análise de situação de saúde (ASIS) articulando os conteúdos de três componentes curriculares: Política planejamento e gestão, Saúde e sociedade e epidemiologia. Para articular os conteúdos, foi elaborado um estudo de caso sobre um município fictício tratando de uma ASIS com elementos das três áreas de conhecimento e por meio dele, os cursistas puderam dialogar em AVA com os seus colegas e identificar elementos teóricos e práticos. Essa atividade viabilizou identificar os principais problemas de saúde da população do território, elaboração de indicadores, a explicação desses problemas e a discussão tendo como base os determinantes sociais da saúde. Por sua vez,

foi possível identificar as intervenções existentes para resolução desses problemas, entendendo como intervenções os programas, projetos, políticas e práticas sociais desenvolvidas nos diferentes níveis do sistema de saúde. Desse modo, essa UA foi finalizada proporcionando maior clareza às intervenções identificadas e dando abertura à discussão e reflexão sobre os aspectos conceituais, teóricos e metodológicos sobre M & A, em todo processo mediado pelos tutores de aprendizagem em AVA.

A UAM&A foi subdividida em temas. O tema 1, apresentou conteúdos introdutórios da avaliação, com conceitos principais envolvendo a avaliação em saúde, intervenção, distinção entre pesquisa avaliativa e avaliação normativa, avaliação formativa e somativa. Após clarificar esses conceitos e obter um bom entendimento acerca da intervenção existente, foi proposta a modelização da intervenção, sugerindo que os cursistas visitassem sites institucionais e documentos técnicos para a proposição de um “Modelo lógico da intervenção”. A partir desses modelos lógicos, buscou-se derivar critérios, indicadores e padrões com fins a dar seguimento ao processo avaliativo. Ao finalizar esse tema, percebe-se que cada cursista passou por um processo formativo que contemplou conteúdos básicos da avaliação em saúde, sendo capaz de identificar intervenções existentes, seu desenho na teoria e na prática, tendo assim os elementos centrais para a condução de uma avaliação.

Nos temas de número 2 ao 7, foram introduzidos os atributos da avaliação, sendo abordadas a: Avaliação de cobertura e acessibilidade, Análise de implantação, Avaliação de resultados, Avaliação econômica e qualidade técnico científica do cuidado, e Avaliação da percepção da satisfação do usuário. Por meio da oferta desses conteúdos, com proposição de atividades e discussões no AVA, cada grupo com seu tutor de aprendizagem, seguiu para a finalização das atividades, que deveriam ser postadas em tempos definidos no AVA. A proposição dos temas foi pensada para viabilizar o desenvolvimento de habilidades e competências relacionadas à avaliação, articulando às áreas de atuação dos cursistas. Mediante uma ampla oferta de atividades em cada tema abordado, o curso viabilizou que o educando pudesse exercitar o olhar avaliativo, a partir da própria inserção no processo de trabalho.

OS PRODUTO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO: A ELABORAÇÃO DE PROJETOS DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Os educandos desenvolveram, ao longo do curso, o TCC, atividade obrigatória e individual necessária para a formação pretendida. A proposta para o TCC dentro do curso, contemplou a construção de um Projeto de Avaliação em Saúde, tomando como objeto uma intervenção no âmbito da gestão, da atenção ou vigilância em saúde e que esteja relacionada a seu processo de trabalho.

O Projeto de Avaliação em Saúde consistiu num instrumento de planejamento da avaliação de uma dada intervenção em saúde, contendo um plano ou projeto do que se deseja avaliar, expressando com clareza as várias etapas envolvidas na sua realização. Para sua elaboração, o educando contou com dois dispositivos pedagógicos principais: a Unidade de Aprendizagem (UA) TCC vigente no AVA, e a orientação do TCC realizada por um docente designado para seu acompanhamento. A designação dos orientandos por orientador se deu pela coordenação do curso.

Os orientadores dos TCCs foram selecionados por meio de edital público dentre aqueles profissionais com experiência em monitoramento e avaliação. A produção do TCC se deu de modo transversal ao longo do curso. Ao final, os trabalhos apresentados versaram sobre um projeto de avaliação com diferentes escopos, sendo submetido à análise por dois pareceristas: o orientador e um membro externo ao desenvolvimento do produto. Cada cursista foi convidado a enviar seu trabalho na modalidade de poster para uma mostra, através de espaço virtual dos TCC em AVA.

Ao final do Curso, houve um investimento para realização de Mostras Virtuais, transmitidas pelo Canal do ISC no Youtube, com o objetivo de apresentar trabalhos selecionados no formato de webnários temáticos, articulando apresentações dos autores dos TCC e um convidado com expertise no tema em questão. O detalhamento dessa experiência será objeto de um próximo capítulo desta coletânea.

ESTRATÉGIAS DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO EDUCANDO

As estratégias de avaliação de cada Unidade de Aprendizagem foram diversificadas e ajustadas aos objetivos, conteúdos e metodologia de cada tema. O AVA permitiu dispor de ferramentas para aproximação do tutor com seu grupo de estudantes, facilitando a construção dos produtos e o acompanhamento individual no desenvolvimento das atividades. A cada tema, ao menos uma atividade individual deveria ser realizada, para nota. Caso o aluno não obtivesse a média exigida, foram disponibilizadas atividades complementares para recuperação da nota. Da mesma forma, foram negociados prazos para o cumprimento das atividades de modo a favorecer o amplo aproveitamento.

Além do desempenho em cada UA, em que o cursista deveria obter nota superior a cinco, ao final de cada CC, o cursista também foi convidado a realizar uma avaliação de conteúdo presencial ao final do período do curso. Assim, foram realizados encontros presenciais tanto para a realização da avaliação escrita final, quanto para a socialização dos TCCs em um Salão de Pôsteres que aconteceu em vários estados contemplando a localização geográfica dos participantes do curso. Além de Brasília e Salvador, Recife, Belo Horizonte, Manaus e Florianópolis foram capitais escolhidas para os encontros.

Desse modo, acredita-se que o egresso do curso de especialização adquiriu competências para o monitoramento e avaliação em saúde sendo capaz de desenvolver projetos de avaliação, proceder avaliações normativas e também pesquisas avaliativas no âmbito da avaliação e monitoramento do SUS.

MOSTRA VIRTUAL DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Diante da pandemia de covid-19, doença contagiosa que exigiu desde o seu surgimento a adesão às medidas de distanciamento social e demais medidas de proteção à saúde não foi possível realizar a Mostra de experiências decorrentes dos TCCs de modo presencial. Após alguns ajustes nas propostas, a equipe do ISC e do DEMAS decidiu pela realização de 5 encontros mensais, de modo virtual, em que fosse possível ampliar o

debate sobre um tema relevante para a avaliação, e ao mesmo tempo dar visibilidade à produção dos trabalhos realizados do curso.

Desse modo, os encontros da Mostra Virtual de M & A aconteceram entre abril e agosto de 2020, na terceira terça-feira do mês às 10:30h, com duração de 90 minutos, sendo amplamente divulgados em redes sociais e intranet do MS.

Os encontros foram realizados com a participação de um docente, gestor ou pesquisador sobre avaliação com uma breve explanação sobre um tema, e de três egressos apresentando seu TCC, com mediação da equipe do curso. As sessões foram transmitidas por meio do canal do ISC no YouTube, cujas sessões são de acesso público.¹

Os temas abordados foram:

- Avaliação de Programas e Serviços de Saúde em tempos de pandemia;
- Avaliação de cobertura, acesso e acessibilidade a serviços de saúde;
- Os sistemas de informação em saúde e o monitoramento no SUS;
- A Formação profissional e avaliação em saúde;
- Planejamento, gestão e avaliação em saúde.

A Mostra virtual funcionou como importante dispositivo para dar visibilidade aos trabalhos realizados, ainda que não tenha contemplado a totalidade dos cursistas. Por sua vez, foi possível também debater o sobre o propósito do DEMAS para os próximos anos, visto que o Curso foi realizado por meio de um Termo de Descentralização de Recursos e foi parte das atividades propostas pelo grupo da Coordenação Geral de Monitoramento e Avaliação (CGMA/ DEMAS / MS)

O processo formativo findou com a certificação de 173 profissionais de saúde inseridos em diferentes níveis do sistema e em distintos estados do país.

1 Ver em: <https://www.youtube.com/watch?v=udD7JUazWcc&t=4744s>; <https://www.youtube.com/watch?v=EMwqC8lGXCE&t=3107s>; https://www.youtube.com/watch?v=ktCO_GT0CI-c&t=260s; <https://www.youtube.com/watch?v=ONTKtcOjKoM>; <https://www.youtube.com/watch?v=F3IuCHiiIV8&t=13s>.

O OLHAR DOS DISCENTES SOBRE O CURSO

Os cursistas foram convidados a avaliar o curso por meio de um formulário disponibilizado no AVA ao final das Unidades de Saúde Coletiva, Monitoramento e Avaliação e TCC.

Para as unidades UASC e UAM&A os formulários contaram com 27 questões iguais. Diferiram, contudo, quanto à escala utilizada. Enquanto aqueles da UASC tiveram como escala: muito adequado, adequado, pouco adequado, inadequado e muito inadequado, para os formulários da UAM&A, adotou-se a escala de ótimo, bom, regular e ruim e insuficiente. Tiveram como dimensões avaliadas: a) Organização didático-pedagógica; b) Professores, tutores e coordenação pedagógica, coordenação do curso; c) Infraestrutura e d) Autoavaliação. A UA TCC utilizou a mesma escala da UAM&A, contudo, foi avaliada apenas em duas dimensões: a) Avaliação da UA3_TCC b) Autoavaliação.

Destaca-se que a definição e mudança da escala foi precedida de discussão entre a equipe de coordenação e de tutores e teve como intuito especificar melhor o sentido da questão pelo cursista, tornando-a mais representativa quanto ao seu alcance. Além disso, os cursistas foram convidados a responder, de modo livre e não obrigatório, o que pode justificar a variação no número de respostas recebidas.

A UA de Saúde Coletiva foi avaliada por 78 cursistas. Quanto à organização didático-pedagógica que envolveu material didático selecionado e pertinência das tarefas realizadas, grande parte dos cursistas considerou como “muito adequada” ou “adequada”, sendo que desse universo apenas dois responderam “pouco adequado”. A dimensão sobre a “disponibilidade e capacidade dos tutores em responder às dificuldades”, foi considerada “muito adequadas” em sua totalidade. Ressalta-se que as respostas inadequado e pouco adequado apareceram no máximo em três respostas em cada um dos outros quesitos analisados.

Sobre a UA 2 de M&A grande parte das respostas considerou a UA como de “ótimo” e “bom” desempenho. Destaca-se o papel dos “professores, tutores e coordenação pedagógica, coordenação do curso” exaltando o domínio da tecnologia de EAD e do AVA pelos tutores, e a disponibilidade dos tutores nos espaços de interação do AVA (*chats*, *fóruns*, *mensagens*

etc.) o que todos os respondentes consideraram como “ótimo”, validando assim todo o compromisso com a qualidade e competência técnica em avaliação e em EAD por parte dos tutores selecionados para atuar no curso.

Nessa unidade, o item sobre “a autoavaliação” relacionado à “participação e cumprimento de prazos por parte dos cursistas” tiveram a menor aprovação. Já o item referente a “adequação dos prazos para realização das atividades”, nove cursistas consideraram regular e uma considerou “ruim”. Quanto à “autoavaliação e participação”, oito responderam como “regular” e três respostas consideraram “ruim”. Esse retorno sobre a autoavaliação dos cursistas revela de algum modo a dificuldade em cumprir prazos e estabelecer uma disciplina na participação das atividades no AVA e finalização de tarefas.

Quanto a UATCC, foram 52 respostas tendo as duas dimensões analisadas: UATCC e autoavaliação. O aspecto referente ao quanto “as atividades estiveram de acordo com os conteúdos abordados na UATCC”, foi o melhor avaliado, em que 44 participantes responderam “bom” ou “ótimo”. Aqui, merece destaque os itens que analisaram a “clareza dos documentos orientadores da UATCC (orientação geral, informações claras sobre o conteúdo, formas de interação, processo ensino-aprendizagem e a metodologia de avaliação)” e o “desenvolvimento da UATCC que proporcionou uma construção sistemática do TCC, que receberam 14 respostas entre regular, ruim e insuficiente. Também nessa unidade, 18 cursistas consideraram sua participação no curso e organização pessoal para o cumprimento das atividades como “regular ou insuficiente”.

PERSPECTIVAS PARA NOVAS TURMAS

A oferta do curso de especialização se mostrou uma grande oportunidade de qualificação profissional no âmbito do SUS. Um investimento importante para que o trabalho nos serviços de saúde se realize em melhores condições e para a consolidação da Política de Educação Permanente como estratégia que articula duas inseparáveis dimensões: educação e trabalho, qualificando o modelo de atenção à saúde da população.

Cabe destacar que um curso dessa natureza lança desafios e aprendizados para todos os envolvidos: docentes, discentes, tutores e coordenação.

Entender as limitações, controlar as ansiedades e exercitar a tolerância são aprendizados importantes na formação de sujeitos.

No que tange aos objetivos e atividades programadas, o curso cumpriu o seu papel, mas também foi atravessado por dificuldades e ajustes característicos das ações educativas. Um Curso realizado a distância, na modalidade virtual precisa ser cuidadosamente preparado para responder aos anseios dos participantes que em sua maioria está envolvido com o processo de trabalho e tem diversas atividades a realizar. Exige, portanto, uma rigorosa disciplina no estudo, assiduidade, compromisso e uma sistemática regular de leituras e dedicação às atividades sendo esse o maior desafio para o seguimento e finalização. Ao não concluir uma tarefa no prazo, outras se sobrepõem dificultando a recuperação em tempo hábil. Decorre dessa preocupação todo o cuidado na seleção e formação dos tutores de aprendizagem que são os professores do AVA. Essa articulação deve seguir em perfeita harmonia para o alcance dos objetivos. Nessa perspectiva, pretende-se reforçar nas turmas subseqüentes a seleção de profissionais com formação comprovada em Avaliação em Saúde, experiência em serviços na área de Monitoramento e Avaliação, e habilidades comprovadas em tutoria em AVA.

Ainda, a articulação do produto do TCC ao processo de trabalho do cursista se mostrou uma estratégia importante, contudo, outras modalidades de TCC podem ser incorporadas nas novas turmas, a exemplo de propostas de modelização de intervenções, estabelecimento de matrizes de critérios e indicadores, documento técnico elaborado na área de M & A, entre outros.

Importante ressaltar o investimento feito pelos coordenadores do curso no sentido de estimular e apoiar os alunos a concluírem o processo formativo. No entanto, questões envolvendo a carga de trabalho, dificuldades de conexão, e desligamento no processo de trabalho foram justificativas para a interrupção do curso entre os desistentes.

Para finalizar, acredita-se que diante dos resultados alcançados, 171 projetos de avaliação elaborados, o Curso de Especialização conseguiu estimular a reflexão crítica e a produção na área de Avaliação em Saúde no Brasil. Espera-se que esse processo seja permanente e que outras experiências sejam fomentadas no âmbito do Ministério da Saúde, contribuindo

para o desenvolvimento de práticas avaliativas nos diferentes âmbitos de atuação, fortalecendo assim os processos decisórios dentro do Sistema de Saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do PlanejaSUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BROUSSELLE, A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Modelizar as intervenções. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.-P. *et al.* (org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 61-74.

CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P.; BROUSSELLE, A. *et al.* A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.-P. *et al.* (org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 41-60.

DAVINI, M. C. *La Formación Docente en Cuestión: política y pedagogía*. [S. l.]: Ed. Paidós, 1995.

FURTADO, J. P. A avaliação participativa. In: OTERO, M. R. (org.). *Contexto e prática da avaliação de iniciativas sociais no Brasil: temas atuais*. São Paulo: Peirópolis, 2012. p. 21-41.

FURTADO, J. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v30n12/0102-311X-csp-30-12-02643.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.

GARCIA, R. M.; BAPTISTA, R. Educação a distância para a qualificação dos profissionais do SUS: perspectivas e desafios. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 31, p. 70-78. Supl. 1.

GONÇALVES, C. B.; PINTO, I. C. M.; FRANÇA, T. *et al.* retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, 1, p. 12-23, 2019. Número especial. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/5rXN9qmbtGqyp4W4Xtwnzxb/?lang=pt>. Acesso em: 22 jan. 2022.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Educación permanente em salud*. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud, n. 38. Washington, D.C.: OPS, 1995.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. *Divulgação em saúde para debate*, Londrina, v. 12, p. 39-44, 1996. Boletim Eletrônico. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=223281&indexSearch=ID>. Acesso em: 22 fev. 2022.

SANTOS, L.; RODRIGUES, E. T.; SCHER, F. S. *et al.* Trabalho e qualificação dos agentes das práticas de saúde. In: PAIM, J. S. (org.). *SUS: Sistema Único de Saúde. Tudo o que você precisa saber*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2019. cap. 12, p. 235-251.

VIEIRA-DA SILVA, L. M.; FURTADO, J. P. A avaliação de programas de saúde: continuidades e mudanças. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/c4H4TjsZS7YzjTjyYD5f5Ct/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 2 fev. 2022.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A. (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/xzdnf/pdf/hartz-9788575415160-03.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2021.

OFICINAS INTRODUTÓRIAS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA O FORTALECIMENTO DO SUS

MARILUCE KARLA BOMFIM DE SOUZA
ESTHER DIAS DA CONCEIÇÃO FERREIRA
VANESSA CATARINE DA SILVA MATOS

INTRODUÇÃO

As estratégias de monitoramento e avaliação proporcionam a identificação de fragilidades do processo e das ações em saúde que comprometem o avanço das propostas elaboradas para o Sistema de Saúde. Sendo assim, o uso dessas permite a adoção de melhorias e qualificação das práticas, bem como, a análise dos avanços, os progressos, os limites e os desafios no cumprimento dos objetivos planejados, colaborando para o processo de tomada de decisões que sejam, de fato, eficientes e conscientes, por parte dos gestores. (BRASIL, 2010; OLIVEIRA; REIS, 2016)

Para pensar e elaborar estratégias de Monitoramento e Avaliação (M & A) eficazes é importante conhecer e acessar marco normativo que embase os mecanismos de controle, avaliação e fiscalização das ações e serviços, como previsto no 15º artigo da Lei nº 8080 de 19 setembro de 1990, a Lei Orgânica da Saúde. Tais estratégias, segundo o artigo 10 de Decreto nº 7.530/11,

competem ao Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS) do Ministério da Saúde (DEMAS/MS), especificamente, “desenvolver metodologias e apoiar iniciativas que qualifiquem o processo de monitoramento e avaliação do SUS”. (BRASIL, 2011, p. 9)

Em 2018, como referido em capítulo anterior, dentre as atividades previstas na proposta de cooperação técnica, intitulada “Ações estratégicas para o fortalecimento das práticas de monitoramento e avaliação e do processo decisório das políticas públicas de saúde”, encontra-se a oferta de Oficinas Introdutórias em Monitoramento e Avaliação. O presente capítulo apresenta algumas notas e registros sobre a organização, o desenvolvimento e os resultados das Oficinas realizadas no período de 2018 a 2021.

OBJETIVOS E DESENHO DAS OFICINAS: A PROPOSTA POLÍTICA PEDAGÓGICA PARA FORMAÇÃO DOS TRABALHADORES

As Oficinas Introdutórias em Monitoramento e Avaliação (M & A) assumiram o propósito de desenvolver a capacidade técnica dos trabalhadores e apoiadores das Superintendências Estaduais do Ministério da Saúde (SEMS) (à época da escrita do projeto eram os núcleos estaduais/NEMS) e demais atores do SUS para adotar as ações de monitoramento e avaliação como elementos essenciais da gestão em saúde, tendo em vista o fortalecimento da integração entre o planejamento ascendente e os instrumentos de monitoramento e avaliação em todos os estados do país, cooperando para a implementação de práticas.

Como objetivos específicos, as Oficinas se propõem a:

Fomentar a articulação entre os trabalhadores e apoiadores do NEMS (atual SEMS) e dos atores estratégicos de cada território; Propiciar aos trabalhadores e aos apoiadores dos NEMS (atuais SEMS) e demais trabalhadores do SUS o desenvolvimento de técnicas de monitoramento e avaliação em saúde; Disponibilizar aos trabalhadores do SUS conhecimentos introdutórios necessários para iniciarem o processo de monitoramento e avaliação das políticas de saúde implantadas no território; Estimular os participantes em relação à necessidade de institucionalização

e disseminação da cultura de avaliação; Impulsionar o processo de avaliação e monitoramento em saúde das diversas políticas e serviços de saúde que compõem o SUS. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2021, p. 7)

As Oficinas Introdutórias de M & A constituem-se em uma proposta político-pedagógica de Educação Permanente em Saúde (EPS), voltada para a qualificação dos trabalhadores e necessidades do processo de trabalho. Constitui-se, portanto, como um processo de ensino-aprendizagem dentro do seu cotidiano laboral, nesse sentido, segundo Davini (1995) a EPS deve considerar a formação a partir do trabalho e da produção de serviço. Outros autores (CARDOSO, 2012) destacam a importância da aprendizagem significativa, ou seja, quando o conteúdo oferecido tem algum sentido para o educando.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), o foco da EPS são os processos de trabalho, seu alvo são as equipes e seu locus de produção são os coletivos. A EPS caracteriza-se, portanto, enquanto processo que defende uma filosofia de reflexão e crítica sobre os processos de trabalho dos profissionais. (GARCIA; BAPTISTA, 2007) Também possibilita discussões sobre o cotidiano de trabalho, pactos e acordos coletivos no SUS. É nesse sentido que se incluem as Oficinas como metodologia de EP em saúde bem como os Cursos de Especialização.

O público-alvo das Oficinas de Monitoramento e Avaliação são os trabalhadores da saúde, que atuam nas SEMS; nas áreas técnicas das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde nos três níveis de atenção, auditoria, planejamento em saúde e no departamento/diretoria de avaliação; nos Conselhos Estaduais dos Secretários de Saúde (COSEMS); além de representantes dos Conselhos de Saúde e das Comissões de Intergestores Regionais (CIR) dos estados, dentre outros atores identificados em cada estado.

A metodologia proposta para realização das oficinas é baseada na problematização, considerando os objetos das intervenções em saúde e o conjunto de atores sociais de cada estado, para contemplar as especificidades percebidas pelos profissionais. Tal metodologia baseia-se no Arco de Charles Maguerez (BORDENAVE; PEREIRA, 1982), que esquematiza o

método em cinco etapas que se desenvolvem a partir da realidade ou um recorte da realidade: observação da realidade; pontos-chave; teorização; hipóteses de solução e aplicação à realidade (prática).

Assim que nas Oficinas Introdutórias de Monitoramento e Avaliação em Saúde, foram utilizados o Plano de Saúde (observação da realidade) dos respectivos estados, uma vez que este apresenta a situação de saúde, objetivos, diretrizes e metas para cada estado no quadriênio. Portanto, a realidade foi resgatada a partir deste instrumento de planejamento e gestão em saúde, buscando-se a identificação de problemas prioritários (pontos-chave) e respectivas intervenções para modelização (teorização) e reflexões (hipótese de solução) para proposição e aplicação à situação dada (prática).

A problematização é utilizada partindo de questões identificadas pelos participantes a partir da realidade concordando com os participantes, esperando assim que estes aumentem suas capacidades em detectar e resolver problemas reais buscando soluções viáveis. Segundo Berbel (1998), a metodologia pode ser utilizada sempre que seja oportuno, em situações em que os temas estejam relacionados com a vida em sociedade.

É importante salientar que, tratando-se de uma capacitação desenvolvida para auxiliar a tomada de decisão relacionada às práticas de monitoramento e avaliação destinada à trabalhadores da saúde, propõe-se que os atores estejam envolvidos e engajados ativamente no processo de aprendizagem e desenvolvam suas habilidades e competências técnicas voltadas à cultura de monitoramento e avaliação.

A oferta das oficinas foi programada para os 26 estados e o Distrito Federal. A carga horária para a realização de cada oficina foi de 16h com distribuição em dias e turnos da semana. Conforme a programação foram incluídas exposições dialogadas, exercícios e atividades de grupo, compartilhamento de experiências (a partir de casos - município, estado ou regional - que desenvolveram ações em M & A).

A definição do conteúdo das oficinas foi produzida a partir de discussão sobre as necessidades e reflexões necessários para o desenvolvimento do M & A em que participaram a equipe de docentes do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) e da equipe do

DEMAS/MS. Assim foram incluídas a abordagem sobre: “seleção de prioridades e usos da avaliação; avaliabilidade e construção de modelos lógicos; fixando os conceitos de critérios, indicadores e padrões; possibilidades de institucionalização de práticas de avaliação e monitoramento para o território” (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2021, p. 9), respectivamente ou quatro momentos ou turnos da oficina.

Para o desenvolvimento das oficinas foi elaborado um material didático de apoio e orientação – *Caderno de Atividades* (2021) – pelas docentes do ISC/UFBA. Neste, encontram-se as instruções para as atividades, notas e referências para estudo posterior.

Enquanto dinâmica de trabalhos de grupo para o desenvolvimento dos exercícios e atividades propostas, foram organizados três grupos de trabalho (GT) para cada oficina, considerando para sua composição a multiplicidade de atores de distintos espaços de atuação, como estratégia para possibilitar a comunicação, aproximação, discussão e perspectivas diferentes sobre os problemas, intervenções e propostas relacionadas a cada estado. As atividades¹ foram assim propostas:

Identificação de problema de saúde priorizado a partir do Plano Estadual de Saúde e respectiva intervenção em saúde: conhecimento sobre o problema e sobre a intervenção; níveis e atributos para a avaliação desses problemas; definição sobre o foco da avaliação, questões avaliativas e perspectiva avaliativa da situação;

Elaboração de Modelo Lógico a partir da discussão sobre a avaliabilidade; identificação dos objetivos, ações e resultados a partir das diretrizes e/ou normativas e referências que orientam a intervenção para o problema priorizado por cada GT;

Busca e definição de critérios, indicadores e padrões para avaliação da intervenção definida por cada GT;

1 As atividades propostas no *Caderno de atividades* (2021) atendem aos quatro momentos/turnos das Oficinas e constituem produto destas – *Relatoria do grupo de trabalho (GT)* (ver Anexo A).

Compartilhamento de experiências através de um diálogo que perpassa pelas possibilidades de institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação, podendo culminar em encaminhamentos práticos para além da oficina, colaborando para a prática do cotidiano de trabalho.

Para cada oficina foi aplicado o mesmo “instrumento de avaliação”, o qual caracteriza-se como ferramenta essencial que considera diferentes aspectos – organização, abordagem e material didático e condução da capacitação -, sendo atribuída valores/notas a cada um dos critérios, tais quais: péssimo, ruim, regular, bom, excelente e n/a (não se aplica). No item organização, consideram-se a programação, adequação aos objetivos, da dinâmica do trabalho e da carga horária e o método de avaliação da aprendizagem. Em abordagem e material didático, verifica-se a adequação da abordagem metodológica, do material didático ao conteúdo e da carga horária às atividades propostas. Em Condução da Oficina, analisa-se o docente quanto ao domínio do conteúdo, relacionamento com os participantes e, por fim, a habilidade e domínio do facilitador da edição em questão. Está disponível, ainda, um espaço para inclusão de críticas, sugestões e comentários, assegurando que a identidade do participante avaliador seja mantida em sigilo, se assim for de sua preferência.

Enquanto estratégia para viabilização logística e garantia de participação com representação diversa em cada oficina, foram realizadas videoconferências e reuniões *on-line* (através do aplicativo *Zoom* ou *Meet*) com a participação da coordenação do ISC, representantes do DEMAS e representantes das Superintendências Estaduais (SEMS), orientadas por um roteiro que trazia aspectos que contemplavam a consulta sobre estrutura física/espço (para as primeiras oficinas programadas para o formato presencial), disponibilidade de recursos materiais e de mídia para a realização das oficinas, solicitação de mapeamento de experiências em andamento ou concluídas sobre monitoramento e avaliação em saúde no âmbito municipal, regional ou estadual, bem como, outras providências, mais gerais, que vão desde as inscrições, envio do material didático e declaração de participação ao fim das oficinas.

OFERTA E DESENVOLVIMENTO DAS OFICINAS NOS ESTADOS DO BRASIL

As Oficinas Introdutórias de Monitoramento e Avaliação em Saúde foram ofertadas e realizadas para os 26 estados e Distrito Federal,² ao longo dos quatro anos, respectivamente, em oito (2018), sete (2019), três (2020) e nove (2021) estados. Para cada estado, foi realizada uma oficina por turma, com exceção dos estados de São Paulo e Minas Gerais, para estes foram ofertadas duas turmas, justificadas pelo número de regiões de saúde e, portanto, maior necessidade por vagas para contemplar público representativo de todas as regionais. Assim, totalizaram 29 oficinas realizadas, com 1.386 participantes (considerando a frequência mínima de 50%).

As duas primeiras oficinas realizadas na Bahia e em Santa Catarina se constituíram como “piloto” permitindo a avaliação da estrutura, dinâmica, logística e desenvolvimento da oficina em dois diferentes estados e de diferentes regiões brasileiras. Após a finalização destas, foi elaborada relatoria que considerou os seguintes dados: data e local de realização das Oficinas, nome dos docentes condutores da edição, data da plenária final, quantidade de participantes segundo a lista de presença da data/turno em questão, registro das principais discussões realizadas, principais e possíveis encaminhamentos derivados da Oficina, sugestões, críticas e observações adicionais. Constatou-se também a necessidade de ampliar o tempo para dedicação aos trabalhos de grupo dentro da programação dos dois dias de cada oficina, incluir uma dinâmica de interação e abordagem conceitual introdutória, articular as atividades dos momentos 1, 2 e 3 alinhadas aos problemas identificados, elaborar um modelo lógico e, por fim, ter relatoria sistematizada da plenária final.

Após oferta de oficinas presenciais para 16 estados do Brasil, em março de 2020, justificada pela Declaração de Emergência em Saúde Pública pela pandemia da covid-19, houve a suspensão da oferta das oficinas nos estados. Nesse contexto de pandemia, foram elaboradas e apresentadas,

2 Bahia, Santa Catarina, Paraíba, Amapá, Pará, Mato Grosso do Sul, Ceará, Rio Grande do Sul - 2018; Piauí, Sergipe, Tocantins, Espírito Santo, Alagoas, São Paulo, Amazonas - 2019; Paraná - 2020 (FORMATO PRESENCIAL). Maranhão, Mato Grosso - 2020; Minas Gerais, Goiás, Rio Grande do Norte, Brasília (DF), Acre, Roraima, Rondônia, Pernambuco, Rio de Janeiro - 2021 (FORMATO VIRTUAL).

pela equipe do ISC, propostas de adequação das oficinas para o formato virtual, uma vez que a situação de pandemia exigia a manutenção das medidas de distanciamento social para controle da transmissão do novo coronavírus.

Após decisão do DEMAS/MS pelo retorno da oferta das Oficinas, foram definidos dois estados para oferta e realização ainda em 2020 e como “piloto” para observação do novo formato, adequação das estratégias, registro das potencialidades, limites e desafios e ajuste necessário para as novas turmas/estados em 2021.

As primeiras oficinas ofertadas, em formato virtual, foram para os estados do Mato Grosso e Maranhão. Foram mantidas a oferta de 40 vagas como ocorria para o formato virtual, entretanto, quanto a carga horária ficou definida 11 horas de encontros síncronos, de duração de 2 horas no primeiro dia e 3 horas nos demais encontros/momentos. Também, o formato virtual, diferente do presencial cujos quatro momentos da oficina aconteciam em dois dias consecutivos, cada um dos momentos foi ofertado uma vez por semana totalizando um mês de duração da oficina.

A partir da avaliação destas, na perspectiva dos participantes e da equipe do ISC e DEMAS, foram feitos ajustes no sentido de potencializar a oferta e a qualidade da participação. Assim, foram ampliadas as vagas para 60 participantes e a carga horária síncrona foi ampliada em uma hora para o primeiro encontro, ficando 12 horas síncronas para este formato e 4 horas programadas para a dispersão e realização de atividade, conforme pode-se observar na programação descrita no Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 – Programação da Oficina Introdutória de Monitoramento e Avaliação (formato virtual)

ENCONTROS (duração)	Descrição da programação
1º ENCONTRO VIRTUAL (03 horas)	9h às 9h15- Abertura e boas-vindas
	9h15 às 9h30- Apresentação dos objetivos da Oficina
	9h30 às 10h45-Exposição dialogada 1: Avaliação em saúde: conceitos, objetivos e usos; objeto e foco da avaliação; principais dimensões e atributos; perspectivas avaliativas.
	10h45 às 11h - Debate
	11 às 11h15- Orientações para o trabalho individual
	11h15 às 12h - Levantamento de problemas e seleção de intervenção (03 intervenções - uma para cada grupo de trabalho; informar grupos de trabalho)

ENCONTROS (duração)	Descrição da programação
ATIVIDADE INDIVIDUAL (04 horas)	Atividade individual: leitura do PES (buscar o problema, a análise e a intervenção - objetivo, diretriz, meta, indicador relacionado); busca e leitura de documento base (norma, portaria) relacionado a intervenção selecionada; leitura do Momento 1 e 2 do <i>Caderno de Atividades</i> .
2º ENCONTRO VIRTUAL (03 horas)	9h às 10h30- Exposição dialogada 2 – Avaliabilidade, modelos lógicos, matriz de medidas e painéis de monitoramento. Critérios e padrões.
	10h30 às 11h - Debate
	11h às 12h - Trabalho em grupo: análise da plausibilidade do modelo lógico e desenho de estudo de pré-avaliação. Critérios e padrões. Abrir 3 salas no zoom; Desenvolver a atividade e registrar em documento/formulário word para apresentação no próximo encontro.
3º ENCONTRO VIRTUAL (03 horas)	9h às 10h - Trabalho em grupo: Finalização da atividade e registro em documento/formulário word para apresentação; sistematização da apresentação dos trabalhos de grupo nas 3 salas no zoom.
	10h às 11h - Apresentação dos trabalhos de grupo (20 minutos cada) escolha da intervenção; análise da plausibilidade do modelo lógico e desenho de estudo de pré-avaliação; critérios, indicadores e padrões; painel de monitoramento.
	11h às 12h - Debate
4º ENCONTRO VIRTUAL (03 horas)	9h às 9h40 - Mesa com experiências (2: estadual, municipal e/ou regional - 20 minutos cada)
	9h40 às 10h30- Debate
	10h30 às 11h45- Institucionalização da avaliação e incorporação da avaliação à rotina dos gestores e serviços de saúde: a institucionalização da avaliação.
	11h45 às 12h - Avaliação/Encerramento

Fonte: elaborado pela equipe envolvida na coordenação das oficinas.

O quantitativo de participantes nas oficinas apresentou diferença quanto aos formatos de realização- presencial e virtual, sendo menor, proporcionalmente às vagas ofertadas, para o segundo, com exceção para alguns estados. Tal situação se aproxima de outras experiências cujo formato a distância apresenta a adesão como um desafio e, portanto, reforça a importância do acompanhamento e avaliação de cada turma.

Pode-se considerar que o desafio com o uso das ferramentas exige um tempo de adaptação, presente em vários relatos assim como no conjunto dos serviços que passaram a funcionar em *home office* ou em trabalhos remotos. Isso pode afetar a produção e permanência do profissional

durante a oficina e responder pela variação observada na frequência nos estados da região Norte, notadamente com maior dificuldade de acesso a internet em determinadas áreas, e nas oficinas com estados com maior evasão. No Acre, Roraima e Rondônia, foram estados com menor percentual de aproveitamento, aproximadamente 30%.

AVALIAÇÃO DAS OFICINAS

Quanto ao instrumento de avaliação disponibilizado aos participantes em todas as oficinas realizadas, houve variação no quantitativo de retorno dos instrumentos respondidos para cada turma e devolvidos para equipe organizadora. Foram implementadas diferentes estratégias no formato presencial para estimular a utilização do instrumento e, no formato virtual, também foram utilizadas mensagens, avisos, sinalizações no *chat* e disposição no *Google Forms*. A partir da sistematização das respostas foram produzidas análises, compartilhados os resultados com a equipe do DEMAS/MS e feitas adaptações e ajustes ao longo das oficinas em todos o período de oferta.

Pouco mais de 500 instrumentos tiveram suas respostas sistematizadas ao fim de cada oficina em formato presencial e mais que 250 instrumentos foram respondidos pelo *Google Forms*, o que representa um retorno superior a 50% dos participantes das oficinas. O instrumento considerou diferentes tópicos, no que tange à organização das oficinas - programação da oficina; adequação aos objetivos da oficina; adequação da dinâmica de trabalho; adequação da carga horária; método de avaliação de aprendizagem -, a abordagem e material didático - adequação da abordagem metodológica; adequação do material didático ao conteúdo; adequação da carga horária às atividades; quantidade das atividades -, e a condução da oficina - domínio do conteúdo pelo(s) docente(s); relacionamento com os participantes e domínio e habilidade do facilitador.

O instrumento de avaliação evidenciou aspectos para melhoria na proposta e desenho metodológico aos organizadores das oficinas, através do qual foi possível observar pontos positivos a serem mantidos e também quesitos que necessitaram de ajustes para realização das oficinas, alguns destes relatados neste capítulo.

De modo geral, as oficinas, dada a sua metodologia participativa e dialógica, oportunizaram aproximação, compartilhamento de experiências, novos aprendizados e reflexões sobre Monitoramento e Avaliação no Sistema Único de Saúde, apresentando potencial para o avanço das práticas e possibilitando novos olhares sobre as diversas realidades. Finalmente, enquanto espaço para refletir, discutir e propor ações para o M&A em Saúde, as oficinas configuram-se como importante *estratégia para o fortalecimento do SUS*.

REFERÊNCIAS

BERBEL, N. A. N. A Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos?. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 2, n. 2, p. 139-154, 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/BBqnRMcdxXyvNSY3YfztH9J/?lang=pt>. Acesso em: 21 jan. 2022.

BORDENAVE, J. D.; PEREIRA, A. M. *Estratégias de ensino aprendizagem*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1982.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: monitoramento e avaliação: processo de formulação, conteúdo e uso dos instrumentos do PlanejaSUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, ano 128, n. 182, p. 18055-18059, 20 set. 1990. Lei Orgânica da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL. Decreto nº 7.530 de 2011. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 158, n. 140, p. 9, 22 jul. 2011.

CARDOSO, I. M. “Rodas de Educação permanente” na Atenção Básica de saúde: analisando contribuições. *Saúde São Paulo*, São Paulo, v. 21, p. 18-28, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/R67z7ZTgdCD88XQNvVG8dLrP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2022.

DAVINI, M. C. *La Formación Docente en Cuestión: política y pedagogía*. [S. l.]: Ed. Paidós, 1995.

GARCIA, R. M; BAPTISTA, R. Educação a distância para a qualificação dos profissionais do SUS: perspectivas e desafios. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 31, p. 70-78, 2007. Supl. 1.

OLIVEIRA, A. E. F.; REIS, R. S. *Gestão pública em saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS*. São Luís: EdUFMA, 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Instituto de Saúde Coletiva. *Caderno de Atividades*. Oficinas Introdutórias em Monitoramento & Avaliação em Saúde. Salvador: [s. n.], 2021.

ANEXO A- RELATORIA DO GRUPO DE TRABALHO (GT)



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



MONITORAMENTO E
AVALIAÇÃO DO SUS

AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O FORTALECIMENTO DAS
PRÁTICAS DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO E DO
PROCESSO DECISÓRIO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Oficinas Introdutórias em Monitoramento & Avaliação em Saúde RELATORIA DO GRUPO DE TRABALHO

Estado: _____

Grupo: _____

Facilitador: _____

Relator: _____

Participantes: _____

Nome	Instituição/ Cargo

ATIVIDADE INDIVIDUAL

SELEÇÃO DE PRIORIDADES, DEFINIÇÃO DO FOCO E USOS DA AVALIAÇÃO

- 1) Identifique um **problema de saúde priorizado** descrevendo brevemente suas características epidemiológicas e determinantes sociais.
- 2) Descreva qual(ais) **principal(ais) intervenção(ões)** - ações, projeto, programa, política - para enfrentá-lo, destacando:
 - a) Objetivos da intervenção;
 - b) Ações e estratégias para alcançá-los;
 - c) Recursos disponíveis (caso disponível esta informação).
- 3) Identifique **perguntas sobre essa intervenção**.
 - a) O que se conhece sobre o programa?
 - b) O que não se conhece sobre o programa?
 - c) O que é relevante conhecer para aperfeiçoamento do programa ou para a produção do conhecimento?
- 4) Identifique os **níveis** (sistema, estabelecimento, programas, ações) para análise e **atributos** (cobertura, acessibilidade, implantação, qualidade técnico-científica, satisfação do usuário, efetividade, etc.) para a avaliação desejada.

- 5) Quem você convidaria para ajudar nesta definição do **foco da avaliação, quais atores?**
- 6) Qual seria a perspectiva avaliativa (**avaliação interna x avaliação externa; avaliação participativa**)?
- 7) Que usos você faria desse processo avaliativo? Quais usos potenciais e reais?
- 8) Qual seria a perspectiva avaliativa (**avaliação interna x avaliação externa; avaliação participativa**)?

Quadro síntese. Seleção de prioridades, definição do foco e usos da avaliação

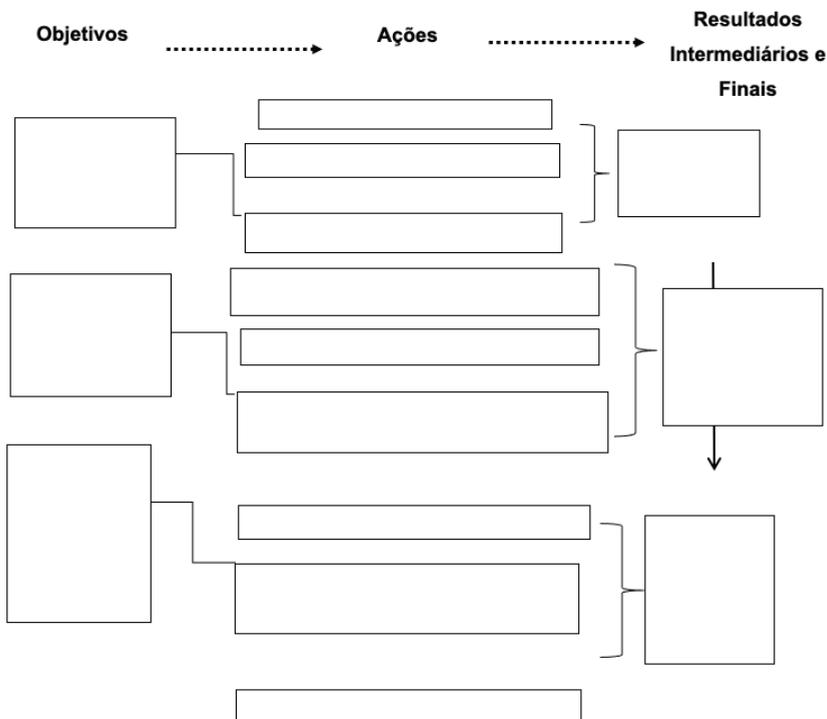
Problema de saúde priorizado	
Principal intervenção	
Perguntas avaliativas	
Níveis	
Atributos	
Atores para definição do foco	
Perspectiva avaliativa	
Usos da avaliação	

Outras observações:

ATIVIDADE EM GRUPO
A AVALIABILIDADE E A CONSTRUÇÃO DE MODELOS LÓGICOS

1. Com base no problema de saúde priorizado e sua respectiva intervenção (Atividade 1), considere o marco legal da intervenção do programa (lei, portaria, manual) e construa em grupo um modelo lógico da intervenção, conforme modelo a seguir:

Figura 1. Modelo teórico-lógico da [intervenção selecionada], 20__ [ano].



Fonte: [especificar a fonte do modelo, documentos-base, artigos, pesquise modelos prévios existentes etc.]

*Para o desenho do modelo lógico, **consulte os “Verbetes” na página 27** do Caderno de Atividades!

2. Agora, para examinar a **avaliabilidade do programa**, considerando a operação do programa (funcionamento na prática), sua estabilidade no tempo e probabilidade de apresentar algum resultado positivo, identifique:
 - a) Pessoas importantes a serem entrevistadas;
 - b) Documentos relevantes para análise.

E, por fim, elabore um roteiro de perguntas para os informantes e também para orientar a análise documental, considerando a operação do programa, sua estabilidade no tempo e probabilidade de apresentar algum resultado positivo.

Outras observações

ATIVIDADE EM GRUPO **Matriz de indicadores, critérios e padrões**

O grupo deverá preencher as linhas com base na orientação abaixo:

1. A partir da análise dos Modelos Lógicos das intervenções utilizados na atividade anterior, retorne aos documentos oficiais* e identifique indicadores, critério e padrões para a avaliação das intervenções listadas.
2. Cada grupo deverá selecionar um relator e apresentar a planilha final para discussão na plenária.

Quadro 1 - Matriz para identificação de indicadores, critérios e padrões relacionados a problemas prioritários

Problema Prioritário	Indicador(es) proposto(s)	Crítérios (se estrutura, processo ou resultado)	Padrões propostos, se houver

* Plano Estadual ou Municipal de Saúde; Pactuação Interfederativa; Portaria nº1631/2015; SAGE; outros.

Outras observações

ATIVIDADE NORTEADORA PARA PLENÁRIA FINAL INSTITUCIONALIZAÇÃO DE PRÁTICAS DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO

Desejamos que ao final desta oficina, os distintos atores envolvidos na gestão do SUS deste território, possam iniciar um debate sobre as possibilidades de institucionalização de práticas de Avaliação e Monitoramento, a partir da definição de alguns elementos, como a constituição de Grupos de Trabalho em M&A e definições sobre a (re) organização do processo de trabalho.

Recuperando o que vimos na oficina, sugerimos que se discuta:

1. Quais os problemas de saúde a serem priorizados?
2. Quais intervenções desenhadas para enfrentá-los?
3. Existem metas a serem alcançadas?
4. Quais indicadores existentes?
5. Quais os padrões ou parâmetros a serem utilizados?
6. Seria possível desenhar um painel de monitoramento para acompanhar os indicadores?
7. Que outros desenhos avaliativos podem ser sugeridos para acompanhar os resultados e impactos na saúde da população?
8. Quem são os principais atores interessados nesse monitoramento e avaliação?
9. Quais os possíveis usos para esse monitoramento e avaliação?

Outras observações

Fonte: elaborado pela equipe docente do ISC envolvida na coordenação das Oficinas.

PROBLEMAS E INTERVENÇÕES PARA O MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE A PARTIR DA PERSPECTIVA DE MÚLTIPLOS ATORES

MARILUCE KARLA BOMFIM DE SOUZA
ESTHER DIAS DA CONCEIÇÃO FERREIRA
VANESSA CATARINE DA SILVA MATOS
ALCIONE BRASILEIRO OLIVEIRA

INTRODUÇÃO

As Oficinas Introdutórias de Monitoramento e Avaliação em Saúde ofertadas pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA) em parceria com o Departamento de Monitoramento e Avaliação em Saúde do Ministério da Saúde (DEMAS/MS) para todos os estados e Distrito Federal, ocorreram entre 2018-2019 de modo presencial. A emergência sanitária provocada pela covid-19 exigiu a reconfiguração das oficinas para o formato virtual nos anos de 2020-2021. Foram utilizados conteúdos e metodologias comuns em ambos os formatos, por exemplo, a opção pela organização de grupos para o desenvolvimento das atividades propostas tendo como ponto de partida a identificação e priorização de problema de saúde e respectiva intervenção para produzir reflexões e construir possibilidades sobre Monitoramento e Avaliação (M & A) em saúde.

Em cada oficina realizada foi estimulada a leitura do Plano Estadual de Saúde (PES) para a identificação e priorização dos principais problemas de saúde elencados no documento. A organização dessa etapa se deu pela formação de grupos de trabalho (GT), buscando compor cada grupo com múltiplos atores e diferentes experiências e atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). Ao final, formou-se três GT para cada oficina no respectivo estado.

Cabe resgatar que o critério para composição dos grupos de trabalho levou em conta um dos objetivos específicos traçados para as oficinas: “[...] fomentar a articulação entre os trabalhadores e apoiadores do NEMS (atuais Superintendências Estaduais de Saúde – SEMS) e os atores estratégicos de cada território, para o fortalecimento de práticas compartilhadas de monitoramento e avaliação em saúde”. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2021, p. 7)

Assim, este capítulo se propõe a apresentar alguns dos problemas e respectivas intervenções a partir de Modelos Lógicos (ML) elaborados pelos grupos de trabalho constituídos pelos diferentes atores do SUS que participaram das Oficinas Introdutórias de Monitoramento e Avaliação realizadas nos estados brasileiros no período de 2018 à 2021.

PERFIL DOS PARTICIPANTES DAS OFICINAS

Para a composição dos participantes das oficinas em cada estado, buscou-se priorizar a representação mediante o convite a profissionais de diversos serviços, em diferentes níveis de atuação e com distintas práticas. No conjunto das oficinas realizadas foi possível descrever o perfil dos participantes e os espaços representados, a partir do formulário de inscrições.

Assim, nos primeiros dois anos de execução do projeto, como mostra o Quadro 1 percebe-se que foi comum a participação de representantes (profissionais/técnicos/gestores) das secretarias estaduais de saúde (SES), bem como, de muitas secretarias municipais de saúde (SMS) e Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) na maioria das oficinas realizadas. Também houve a representação das regionais de saúde (ex. Pará, Ceará, São Paulo) e das Comissões Intergestoras Regionais (ex. Tocantins, Espírito Santo). Cabe destacar a participação de representantes de distritos

sanitários indígenas (ex. Bahia, Amapá, Pará, Mato Grosso do Sul, Ceará, Amazonas) e Fundação Nacional de Saúde (ex. Paraíba, Amapá, Mato Grosso do Sul, Ceará, Piauí, Amazonas) em alguns estados.

Os registros evidenciaram que os estados das Regiões Nordeste e Sul apresentaram maior número de espaços representados por estado, porém com predomínio da SES, cabendo destacar a participação de conselheiros de saúde/do Conselho de Saúde em alguns estados.

Quadro 1 - Instâncias ou instituições representadas pelos participantes da plenária final (momento 4) das oficinas presenciais de Monitoramento e Avaliação em Saúde, 2018-2019

Estado	Instâncias ou Instituições*
Bahia	Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Secretaria Estadual de saúde do estado da Bahia (Sesab), Distrito Sanitário Indígena (DSEI), Secretaria de Comunicação (Secon), Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems)
Santa Catarina	SMS, Secretaria Estadual de Saúde (SES), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS), Cosems
Paraíba	SES, SMS, Cosems, CMS, Gerência de Planejamento e Gestão (GEPLAN), Funasa, Gerência de Planejamento e Gestão (CGPS), Conselho Estadual de Saúde (CES)
Amapá	SES, SMS, Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), Funasa, CES, DSEI
Pará	SES, SMS, Centro Regional de Saúde (CRS), DSEI, Coordenação Geral de Núcleos Estaduais (CGNE), Secretaria de Auditoria (SEAUD)
Mato Grosso do Sul	SES, SMS, Mais Médicos, SESA/MS, DSEI, Funasa
Ceará	SES, SMS, Cosems, Regional de Saúde, Departamento de Saúde Indígena (DESAI), Funasa, Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), CES
Rio Grande do Sul	SES, SMS, Cosems
Piauí	SES, SMS, Funasa, Cosems, Conselho Municipal de Saúde (CMS)
Sergipe	SES, SMS, CES
Tocantins	Cosems, SEGAD, SES, SEI, SECON, CMS, CIR
Espírito Santo	SES, SMS, SESA, SEMS, SECON, Cosems, CIR, Seção de Gestão de Pessoas (SEGEP)
Alagoas	SMS, Cosems, SES, SESAU, CES
São Paulo	Departamentos Regionais de saúde (DRS), SEMS, Cosems, SMS, SES
Amazonas	SES, DSEI, Cosems, CES, Funasa, CMS, SECON

Legenda: *SEMS/SEINSF: foram apoio para a realização das oficinas para cada estado.

Fonte: adaptado do formulário de inscrição e lista de frequência, oficinas introdutórias de monitoramento e avaliação 2018-2019.

As oficinas realizadas nos anos de 2020¹ e 2021 ocorreram do modo virtual em decorrência da declaração nacional da situação de emergência em Saúde Pública pela pandemia da covid-19. Em que pese a mudança, a composição das oficinas contou com a participação das SES, Cosems e SMS, além das regionais de saúde (Maranhão, Mato Grosso, Rio Grande do Norte, Rondônia), distritos sanitários indígenas (Maranhão, Mato Grosso, Minas Gerais, Acre, Roraima, Rondônia) e Funasa (Mato Grosso, Minas Gerais, Rio Grande do Norte, Distrito Federal, Acre, Roraima, Rondônia).

Quadro 2 - Instâncias ou instituições representadas pelos participantes das oficinas virtuais de Monitoramento e Avaliação em Saúde, 2020-2021

Estado	Instâncias ou Instituições*
Maranhão	Cosems, Coordenação Regional de Saúde, Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), Escola de Saúde Pública (ESP), Hospital Universitário (HU-UFMA), Secretaria Estadual de Saúde (SES)
Mato Grosso	DSEI, Hospital Universitário Júlio Müller (HUJM), Cosems, Fundação Nacional de Saúde (Funasa), SES, Conselho Estadual de Saúde (CES), Escritórios Regionais de Saúde (ERS)
Minas Gerais (2 turmas)	Cosems; DSEI; Funasa; Ministério Público de Minas Gerais (MP/MG); SES
Goiás	Cosems; SES; Comissão Estadual Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES)
Rio Grande do Norte	Cosems; SES; Superintendência Regional de Saúde; EBSERH/UFRN; Funasa; CES
Distrito Federal	Secretaria de Saúde; Funasa; Conselhos de Saúde
Acre	Cosems; SES; SMS; Cosems; DSEI; Funasa
Roraima	CES; SES; Secretaria Municipal de Saúde (SMS); Secretaria de Vigilância em Saúde; Funasa; DSEI; Cosems
Rondônia	Secretaria de Saúde (Sesau); Secretaria Regional de Saúde; DSEI; CMS; Funasa
Pernambuco	Cosems; SES; SMS; CES; Fiocruz; UFPE; MP/PE
Rio de Janeiro	Cosems; SES; Regulação (ASSREG); SMS

Legenda: *SEMS/SEINSF: foram apoio para a realização das oficinas para cada estado.

Fonte: adaptado do formulário de inscrição e lista de frequência, oficinas introdutórias de monitoramento e avaliação 2020-2021.

1 A exceção foi para o estado do Paraná, última oficina realizada em formato presencial, ocorrida na primeira semana do mês de março, dias antes da orientação para adoção das medidas de distanciamento social pela situação da pandemia de covid-19.

Portanto, no conjunto das oficinas realizadas ao longo dos quatro anos de execução do projeto foi notória a participação dos múltiplos atores que compõem o sistema de saúde (além da Educação e da Justiça). A inclusão de distintos atores para o debate acerca da Avaliação em Saúde no âmbito do SUS pode contribuir para fortalecer as ações de M & A em nível local, viabilizando uma compreensão mais ampliada sobre problemas e necessidades de saúde, a existência de intervenções e a institucionalização das práticas avaliativas.

Cabe destacar a participação do Ministério Público em dois estados e a baixa participação da vigilância à saúde, hospitais universitários, comissão de ensino-serviço, e outros setores como academia/universidade. Todas as oficinas realizadas contaram com uma relatoria por grupo e síntese final, cujo produto foi a base para a construção desse capítulo.

PROBLEMAS E INTERVENÇÕES PARA O MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Para a organização e gerenciamento da situação de saúde nos diferentes níveis torna-se tarefa prioritária a identificação de problemas e necessidades de saúde, para a formulação e implementação de intervenções que possam se constituir em projetos, programas e políticas.

A identificação das intervenções em saúde, voltadas para o enfrentamento de problemas específicos, por sua vez, constitui-se o objeto da prática avaliativa, sendo o seu exame um primeiro passo na realização de estudos avaliativos em saúde.

PROBLEMAS DE SAÚDE

Os problemas de saúde são acontecimentos que expressam as necessidades de saúde da população e derivam das suas condições de vida (TEIXEIRA, 2010), podendo ser classificados como problemas de estado de saúde ou problemas de sistema serviços de saúde. Dessa maneira, os problemas do estado de saúde são referentes aos riscos à saúde da população e causas mais comuns de doenças e mortes; por sua vez, os problemas do sistema ou serviços de saúde são referentes a limitações, dificuldades e

fragilidades da organização e funcionamento do sistema de saúde, assim, podem estar relacionados à infraestrutura, organização, financiamento, recursos humanos. (NUNES; SOUZA, 2015)

Para Nunes e Souza (2015), a identificação dos problemas de saúde pode ser realizada através do levantamento de dados a partir do acesso aos sistemas de informação em saúde, da consulta a documentos, normativas, planos e relatórios de gestão, consulta e entrevistas com atores envolvidos no processo de planejamento e reconhecimento do território onde ocorrem os problemas. Em conformidade com Teixeira (2010), a partir da identificação dos problemas em cada componente ou “área-problema”, deve-se buscar informações que permitam a caracterização do problema, tornando-o o mais claro possível, para a partir disso buscar estabelecer prioridades no processo de planejamento.

No contexto das oficinas, foi utilizado o PES, como instrumento para a identificação de problemas de saúde. O Plano de Saúde, enquanto principal instrumento de planejamento da gestão na esfera correspondente do SUS, tem como objetivo orientar as políticas públicas no quadriênio, com base nas necessidades de saúde da população e nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença. A partir da análise situacional do território, o plano apresenta a definição das diretrizes, objetivos e metas a serem alcançados em quatro anos, e deve apresentar como será feito o acompanhamento e a avaliação das metas previstas conforme o âmbito correspondente do território, seja ele municipal, estadual ou nacional. (BRASIL, 2015)

Após consulta ao Plano de Saúde do respectivo estado e uma vez pontuados os problemas, cada grupo de trabalho nas oficinas decidia por um destes, considerando a prioridade, em função da discussão e análise do grupo sobre a capacidade de operacionalização das ações propostas. O Quadro 3, a seguir, apresenta alguns problemas – obtidos a partir do registro das atividades realizadas durante as oficinas – agrupados por região e identificados/priorizados nas oficinas pelos participantes de cada estado.

Quadro 3 –Problemas identificados e priorizados pelos grupos de trabalho nas Oficinas Introdutórias de Monitoramento e Avaliação em Saúde, 2018 a 2021

REGIÃO	PROBLEMAS IDENTIFICADOS
NORDESTE (NE)	Alto índice de sífilis congênita (AL); Alta incidência de anemia falciforme no município de Salvador (BA); Baixa adesão aos tratamentos de hipertensão e/ou diabetes em Socorro (SE); Alta ocorrência de internações por hipertensão arterial e diabetes de adultos do município de Nossa Senhora do Socorro (SE); Dificuldade de implementação da Rede Materno Infantil (PE); Aumento da incidência de doenças cardiovasculares (PE); Superlotação nas emergências dos seis grandes hospitais do estado (PE); Redução das consequências das sífilis para a criança infectada (RN).
NORTE (N)	Mortalidade infantil elevada no estado (AP); Elevado índice de sífilis congênita no município de Santana (AP); Baixa cobertura vacinal infantil no município de Macapá (fora de campanha) (AP); Alta razão da mortalidade materna em Roraima (RR); Alta incidência de tuberculose em Roraima (RR); Alta incidência de tuberculose no Amazonas entre 2007 a 2017 (AM); Baixa cobertura vacinal de triplíce viral em crianças menores de 2 anos no município de Pacaraima (RR); Baixa cobertura vacinal do estado (AC); Elevado número de gravidez na adolescência no estado (AC); Alto índice de gravidez na adolescência no município de Feijó (AC); Mortalidade prematura por câncer de colo de útero (AC).
SUL (S)	Alta incidência de tuberculose no Rio Grande do Sul (RS); Baixa cobertura do Tratamento Diretamente Observado em Tuberculose (DOTS) no município de Porto Alegre em 2017 (RS).
SUDESTE (SE)	Alta taxa de mortalidade materna (RJ); Alta incidência de mortalidade infantil (SP); Alto incidência de mortalidade por acidentes de trânsito no estado (ES).
CENTRO-OESTE (CO)	Baixa adesão ao tratamento da tuberculose no estado (GO); Elevada morbimortalidade por sífilis no estado de Goiás (GO); Falta de qualificação dos servidores dos Núcleos de Educação Permanente em Saúde (NEPS) (DF).

Fonte: adaptado dos relatórios das reuniões de avaliação das oficinas realizadas entre 2018 e 2021.

Do conjunto de problemas de estado de saúde, apresentados no Quadro 3, pode-se observar que houve variações entre as regiões. Destaca-se a referência à alta incidência de sífilis congênita em três regiões (NE, N e CO); e das doenças cardiovasculares no Nordeste. Ainda caberia destacar questões relacionadas à Tuberculose nas regiões Norte e Sul, e Anemia Falciforme referida na cidade de Salvador. Ademais, foram citados problemas relacionados à mortalidade materna e mortalidade infantil em estados de duas regiões (N e SE). Quanto aos problemas de serviços ou sistema de saúde houve grande variação, relacionando como principais: superlotação nas emergências (NE); dificuldade de implementação da rede materno

infantil (NE); baixa cobertura vacinal (N); baixa cobertura para o DOTS – tratamento de Tuberculose (S) e baixa adesão ao tratamento de TB (CO); falta de qualificação do NEPS (CO).

Cada um dos grupos a partir da situação problemática inicial, identificou uma intervenção a partir da qual foi descrito o Modelo Lógico (ML) preliminar, e elencadas questões relevantes sobre a intervenção, de modo a clarificar as características ou atributos a serem avaliados.

INTERVENÇÕES SELECIONADAS E MODELOS LÓGICOS

A intervenção de saúde é “constituída pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática”. (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997, p. 31) Correspondem às políticas, programas, estratégias ou ações em saúde e se constituem no principal objeto da Avaliação em Saúde, requerendo, portanto, estratégias diversificadas e múltiplas possibilidades (níveis, atributos, abordagens) de delimitação do seu objeto. (VIEIRA-DA-SILVA, 2005)

A intervenção pode ser diagramada a partir da elaboração de Modelo Lógico (ML), o qual trata de uma representação da racionalidade ou lógica da intervenção, comumente apresentado como esquema visual, através de fluxograma ou quadro, que explicita as relações entre a intervenção (como o programa deve funcionar) e seus efeitos ou resultados esperados. (ROWAN, 2000)

São elementos do ML, os objetivos e os componentes essenciais e secundários da intervenção (programa ou política), bem como, os serviços relacionados e as práticas requeridas para execução dos seus componentes, além dos resultados esperados, suas metas e efeitos na situação de saúde da população e organização dos serviços.

Nas oficinas, cada GT foi convidado a elaborar o Modelo Lógico preliminar da intervenção, tomando como base a situação problemática inicial, e os documentos oficiais ou marco legal sobre a intervenção selecionada (leis, portarias, manuais).

Como exemplo e com a intenção de dar visibilidade ao processo de condução das atividades, foram selecionados produtos de três grupos de trabalho para serem apresentados a seguir.

Intervenção 1: Ações do Componente pré-natal da Rede Cegonha - Oferta de teste rápido e tratamento adequado para sífilis

Tomando por base o problema de estado de saúde - “elevada mortalidade por sífilis no estado do Goiás” - o GT2 recuperou algumas questões a fim de discutir o problema e sua intervenção. Quanto às condições que influenciam sobre os números de sífilis, o grupo trouxe à reflexão a redução do uso de preservativo; resistência dos profissionais de saúde à administração da penicilina na Atenção Básica; desabastecimento de penicilina nos anos de 2015 e 2016; pré-natal inadequado; diagnóstico tardio; tratamento incompleto etc. O grupo também pontuou o aumento constante observado nos últimos anos, acrescido ao diagnóstico tardio de sífilis em gestante, percentual significativo de mães com tratamento inadequado.

Assim, foi definida como intervenção: implementação de ações do componente pré-natal da rede cegonha, ampliação da oferta de teste rápido e tratamento adequado para sífilis. Enquanto objetivo da intervenção: diminuição da morbimortalidade das sífilis; ações e estratégias para alcançá-los: melhoria da qualidade da atenção ao pré-natal; diagnóstico precoce e tratamento da sífilis em gestantes e suas parcerias; implementação da rede cegonha; capacitação sobre testes rápidos de HIV - vírus da imunodeficiência humana e sífilis e sistema de controle logístico de insumos laboratoriais; capacitação no manejo clínico das infecções sexualmente transmissíveis; capacitação em profilaxia pré-exposição ao HIV; capacitação em profilaxia pós-exposição de risco à infecção pelo HIV, HV - Hepatites virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); atuação do comitê de investigação de óbito por HIV e Aids do estado de Goiás; disposição e distribuição para todo o estado dos insumos de prevenção (preservativos masculinos e femininos, géis lubrificantes), fórmula infantil para crianças expostas ao HIV e HTLV - vírus linfotrópico de células T humanas, testes rápidos de HIV e sífilis são distribuídos continuamente para todo o estado, visando o fortalecimento da prevenção, diagnóstico precoce e controle

das IST/HIV/Aids; apoio técnico das Organizações Não Governamentais (ONGs) que atuam na área de promoção e prevenção de IST/HIV/Aids, bem como, gestores de saúde na implantação/implementação de novos serviços de assistência especializada e novas tecnologias de prevenção.

Sobre o que se conhece do programa/política, o grupo resgatou a Rede Cegonha, enquanto estratégia adotada pelo SUS a partir de 2011, que visa assegurar à mulher e criança o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma das ações citadas foi a implantação dos testes rápidos de HIV e de sífilis no âmbito da Atenção Básica, com responsabilidades das três esferas de gestão do SUS. Nesse sentido, o grupo refletiu sobre a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal na Atenção Básica, que deve promover o diagnóstico precoce dos agravos nas gestantes e início oportuno das ações de prevenção e tratamento, dispor de oferta/execução dos testes rápidos de HIV e da sífilis, com vistas na redução das taxas de transmissão vertical da HIV e a eliminação da sífilis congênita, bem como, redução de óbitos maternos e infantis evitáveis.

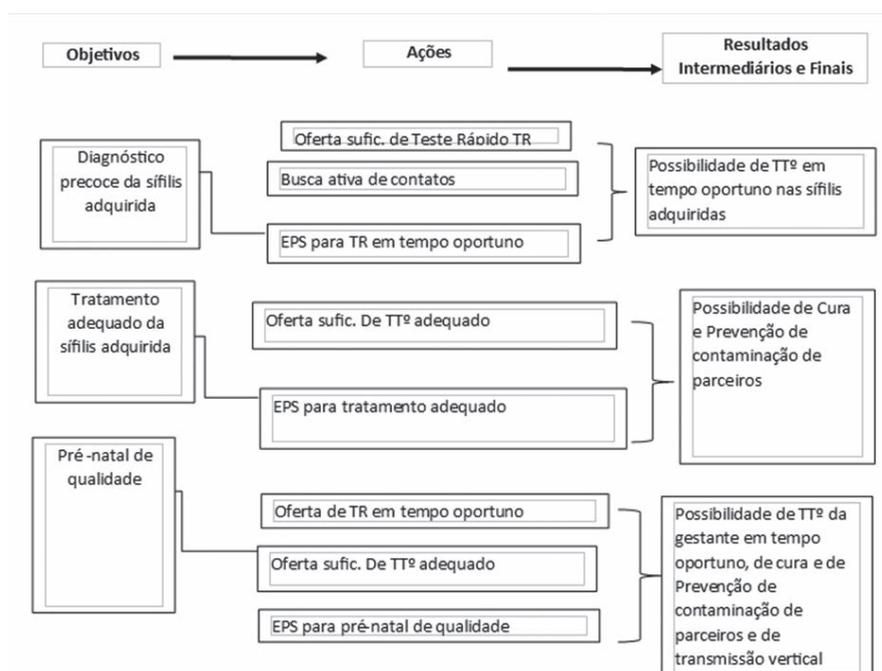
A respeito do que não se conhece sobre o programa, o grupo questionou fatores sociais, políticos, econômicos, individuais e do sistema de saúde que podem dificultar o acesso e, assim, contribuir para a ocorrência de casos em populações com maior vulnerabilidade. A disponibilidade sobre o tratamento adequado e a quantidade de insumos necessários também são de pouco conhecimento.

Alguns documentos foram recomendados para leitura e análise sobre o programa, tais quais: Plano Estadual de Saúde de Goiás 2020-2023; Programa Nacional de DST e Aids (PN-DST/Aids); Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Atenção Integral às Pessoas com IST pelo grupo de especialistas em neste tipo de infecção (2020). De modo complementar para orientar a análise, algumas questões foram registradas: como é feita a captação dos pacientes para diagnóstico precoce? É feita busca ativa de contatos? Os insumos (teste-rápido e medicamentos) são suficientes? Os profissionais estão capacitados para realizar o teste-rápido? O quantitativo/oferta de preservativos é suficiente? Qual o percentual de cura dos casos de sífilis? Como é feito o manejo da sífilis adquirida e sífilis em

gestantes? Ações de educação permanente em saúde para o rastreamento de IST, tratamento e monitoramento de sífilis são ofertadas/realizadas? Existe linha de cuidado da criança exposta à sífilis e com sífilis congênita?

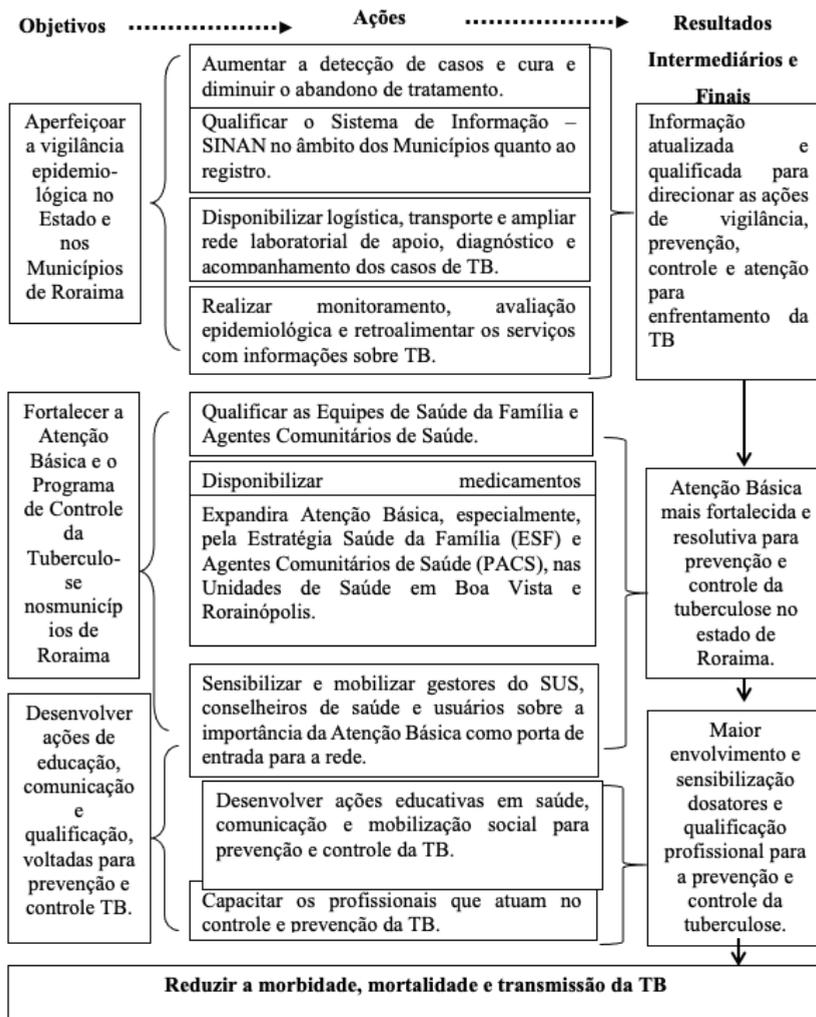
Enquanto possibilidades para análise da intervenção, o grupo identificou níveis de avaliação (unidades de atenção primária e secundárias) e atributos (cobertura, acessibilidade, qualidade e eficiência). Enquanto perguntas avaliativas, foram registradas: como é feita a captação dos pacientes para diagnóstico precoce? (cobertura e acessibilidade)? Os insumos (teste-rápido e medicamentos) são suficientes? Qual o percentual de cura dos casos de sífilis? (qualidade e efetividade)? E sobre os usos da avaliação, o grupo destacou a possibilidade de “descobrir os fatores que dificultam o acesso da população ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado para efetuar mudanças na intervenção e orientar os gestores”.

Figura 1 - Modelo lógico. Ampliação da oferta de teste rápido e de tratamento adequado, 2021



Fonte: elaborada pelo GT2, oficina introdutória de monitoramento e avaliação, Goiás.

Figura 2 – Modelo Lógico. Implementação e fortalecimento do Programa de Tuberculose em Roraima



Fonte: elaborada pelo GT3, oficina introdutória de monitoramento e avaliação, Roraima.

Intervenção 2: Programa de Tuberculose em Roraima

O GT3 da oficina de Roraima, priorizou como problema de estado de saúde a “alta incidência da tuberculose no estado de Roraima”, cuja intervenção definida foram as ações do Programa de Tuberculose em Roraima. No conjunto das perguntas avaliativas, foram levantadas as seguintes:

a cobertura de atenção básica? a quantidade de tuberculostáticos atende a necessidade do programa? Como se dá a acessibilidade aos serviços de saúde na atenção básica? qual a capacidade de resposta laboratorial? Sobre as estratégias avaliativas, destacaram-se os níveis de programas e ações e sobre os atributos, a cobertura, acesso, qualidade e análise de implantação.

Alguns informantes foram registrados para entrevistas: coordenador estadual do Programa de Controle da Tuberculose, usuários acompanhados pelo programa nas Unidades de Atenção Básica, agentes comunitários de Saúde, profissionais responsáveis pelo acompanhamento e Vigilância Epidemiológica dos municípios. Sobre os documentos relevantes para análise: livro de controle, dados/relatórios Sinan-TB, boletins de acompanhamento, registro de educação permanente, registro de atividades educativas através de livros ou portfólio, registro de controle de entrada e saída de medicamentos através de livros de registro ou sistema, registro de vacina BCG.

Sobre o roteiro de perguntas para os informantes e também para orientar a análise documental, considerando a operação do programa, sua estabilidade no tempo e probabilidade de apresentar algum resultado positivo, foram elaboradas perguntas: a estrutura de apoio diagnóstico é adequada para atender a população? Há medicamentos disponíveis para quimioprofilaxia e tratamento? Os profissionais estão capacitados para manejo dos casos? Como é organizada a agenda e acesso aos pacientes para diagnóstico, exames laboratoriais e acompanhamento do tratamento? Qual a incidência de TB no estado? Há casos de retratamento e como é realizado o acolhimento? Qual a proporção de abandono de tratamento? Todos os exames laboratoriais são realizados? Qual o tempo médio de retorno dos resultados? Os profissionais que executam ações de prevenção e controle de TB passaram por processo de capacitação recentemente? Qual a proporção de pacientes com diagnóstico de TB que realizaram teste HIV? Há casos de internação por tuberculose? Os exames - teste rápido, baciloscopia, cultura de escarro - são ofertados em quantidade? E em tempo oportuno? Como você avalia a assistência (acompanhamento, exames, diagnóstico, tratamento, esclarecimentos, medicamentos)?

Intervenção 3: Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil que assegure os direitos da mulher, o acesso com qualidade ao pré-natal, parto, pós-parto e puerpério

O GT1 da oficina do Amapá selecionou como problema a elevada taxa de mortalidade infantil (20,7 por mil nascidos vivos) no estado do Amapá. Diante da magnitude da temática, o grupo deu ênfase ao processo do acompanhamento do pré-natal e a articulação com a maternidade para o momento do parto. Definiu como principal intervenção: a Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil, garantindo acessibilidade e qualidade ao pré-natal, parto e pós-parto e puerpério. Como principais atividades o ML apresentou: Vincular a gestante à maternidade para o parto seguro de acordo com a estratificação de risco realizada no pré-natal; Assistência ao parto de acordo com as boas práticas de atendimento ao parto; Vinculação do binômio mãe e bebê a atenção Básica para continuidade do cuidado; Implementar o Método Canguru.

Assim, foram definidas três perguntas avaliativas: as gestantes tiveram acesso ao pré-natal? As gestantes enfrentaram obstáculos para a realização de exames e consultas de pré-natal? Como se deu o processo de busca da maternidade no momento do parto? Segundo o grupo, seriam abordados os níveis (ações, serviços e estabelecimentos) e atributos (cobertura e acessibilidade). Assim, a proposta conduziria a clarificar as ações realizadas e “melhorar a qualidade da assistência da saúde Materno-infantil”.

Quanto às pessoas a serem entrevistadas foram listados: profissionais da atenção primária e da maternidade (médicos, enfermeiros obstetras e neonatologistas), usuárias (puérperas), gestores dos serviços e profissionais da recepção dos serviços listados. Diante da magnitude do dado sobre a taxa de mortalidade infantil, o grupo listou a importância de ter acesso a relatórios elaborados pelo Núcleo de Epidemiologia sobre a investigação de óbitos infantis, além de informações registradas na recepção e nos relatórios de serviços sobre atendimento de pré-natal. Como questões no roteiro de entrevistas, entre as principais continham: a) para os gestores e profissionais – o que se faz com o relatório da investigação de óbitos infantis? o relatório da investigação é discutido e com quais profissionais? você já viu resultado a partir do seu trabalho? b) para a gestante foram listadas: Você fez pré-natal? Em que unidade? Era perto de casa?

Você visitou a maternidade antes do parto? Houve dificuldade para ser admitida no hospital? Você foi avaliada quando chegou no hospital? Você sabe dizer que profissional lhe avaliou? Qual o tempo de espera entre a chegada no hospital até o primeiro atendimento?

Quadro 4 – Modelo Lógico. Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil, que assegure os direitos da mulher, o acesso com qualidade ao pré-natal, parto, pós-parto e puerpério

Problema: alta taxa de mortalidade infantil		
Objetivo Geral: Fortalecer a Rede de Atenção à Saúde Materno-Infantil, que assegure os direitos da mulher, o acesso com qualidade ao pré-natal, parto e pós-parto e Puerpério		
Objetivos Específicos	Atividades	Resultados intermediários
Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido	Vincular a gestante à maternidade para o parto seguro de acordo com a estratificação de risco realizada no pré-natal.	Mapa de vinculação da gestante elaborado de acordo com o risco estratificado na UBS para o local onde será realizado o parto.
		Protocolo implantado.
		100% das gestantes atendidas de acordo com protocolos e estratificado conforme o risco.
		Visita da gestante a maternidade.
Assistência ao parto de acordo com as boas práticas de atendimento ao parto.		100% dos protocolos de assistência ao parto e nascimento nos EAS que realizam parto implantados e divulgados.
		Ambiência adequada.
Vinculação do binômio mãe e bebê a atenção Básica para continuidade do cuidado.		100% das puérperas com contrarreferência na alta hospitalar.
Implementar o Método Canguru.		Atenção humanizada ao RN de baixo peso.
Redução da taxa de mortalidade infantil no estado do Amapá		

Fonte: elaborado pelo GT1, oficina introdutória de monitoramento e avaliação, Amapá.

O ML explicita também os resultados esperados de acordo com o recorte feito da intervenção. Assim, o ML estabelece que por meio das atividades realizadas seja possível identificar e articular todas as gestantes a uma maternidade de referência, viabilizando assim, a assistência adequada. Ainda, estabelece o processo de articulação da gestante com as unidades de saúde, mediante a referência e contra referência, responsabilizando a equipe de saúde pelo cuidado integral da gestante, incidindo na “redução da taxa de mortalidade infantil”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As intervenções aqui exemplificadas retratam importantes problemas de Saúde Pública, citados pelos grupos, e pela sua magnitude nas realidades estaduais e municipais do Brasil requerem estratégias avaliativas para acompanhamento sobre o desenvolvimento das ações.

Destaca-se a importância da elaboração do ML para clarificar os objetivos e ações presentes na intervenção, e do compartilhamento do mesmo com os atores sociais envolvidos no processo. Esse movimento é tido como central no fortalecimento dos objetivos da intervenção, visto a possibilidade de ampliar a participação dos envolvidos, e por sua vez incidir sobre o comprometimento dos atores na execução das ações.

Ainda, o exercício de identificar e selecionar indicadores para monitoramento e avaliação, tanto no âmbito da estrutura, processos ou resultados, tende a viabilizar o acompanhamento de critérios relevantes para a intervenção, clareando os fatores e aspectos que contribuem para a modificação da situação.

Portanto, as atividades propostas nas Oficinas Introdutórias de Monitoramento e Avaliação em Saúde, ao interior de cada grupo de trabalho, constituíram-se como oportunidade aos participantes de se aproximar do Plano Estadual de Saúde de cada estado, mediante a leitura e identificação de problemas reais, com reflexão crítica acerca de suas causas e consequências.

Reforça-se, contudo, que a etapa avaliativa se realiza por meio da identificação de uma intervenção em saúde existente e em curso, seguida da elaboração do Modelo Lógico da intervenção, da definição de perguntas avaliativas, atributos e níveis de avaliação.

Ademais, o conjunto dessas atividades teve por objetivo promover a aproximação entre o conteúdo abordado nas oficinas com a realidade de saúde em cada estado, tornando mais amplo o aproveitamento do conhecimento, sendo potente para o aprimoramento do trabalho e atuação no SUS. Foi possível notar a riqueza de contribuições que cada grupo de trabalho por estado trouxe para as oficinas de M & A, ressaltando a composição diversa, com múltiplos atores, profissionais e gestores que representam diferentes espaços do setor saúde, inclusive, estados que tiveram participantes do setor da educação e da justiça.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Gestão do SUS*. Brasília, DF: CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2022.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. I.; PINEAULT, R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. *In*: HARTZ, Z. M. A. (org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. cap. 2, p. 29-47.
- NUNES, C. A.; SOUZA, M. K. B. *Introdução ao estudo do planejamento em saúde*. Salvador: [s. n.], 2015. Hipertexto elaborado para o Curso de Especialização em Saúde Coletiva.
- ROWAN, M. Logic Models in Primary Care Reform: navigating the evaluation. *Canadian journal of program evaluation*, Calgary, v. 15, n. 2, p. 81-92, 2000. Disponível em: <https://evaluationcanada.ca/secure/15-2-081.pdf>. Acesso em: 18 dez. 2021.
- TEIXEIRA, C. F. (org.). *Planejamento em Saúde - conceitos, métodos e experiências*. Salvador: Edufba, 2010.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Instituto de Saúde Coletiva. *Caderno de Atividades*. Oficinas Introdutórias em Monitoramento & Avaliação em Saúde. Salvador: [s. n.], 2021.
- VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. *In*: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/xzdnf/pdf/hartz-9788575415160-03.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2021.

AVALIAÇÃO DE INTERVENÇÕES EM SAÚDE

FUNDAMENTOS, CONCEITOS E ABORDAGENS

MONIQUE AZEVEDO ESPERIDIÃO
ALCIONE BRASILEIRO OLIVEIRA
MARILUCE KARLA BOMFIM DE SOUZA
ISABELA CARDOSO DE MATOS PINTO

INTRODUÇÃO

A avaliação de intervenções em saúde possui diversas possibilidades de expressão, em distintos campos sociais, sendo considerado um conceito polissêmico que necessita de explicação por parte de quem irá proceder um estudo avaliativo. O presente capítulo¹ tem por objetivo explicitar fundamentos, conceitos e abordagens teórica e metodológica que orientaram o desenvolvimento das atividades no âmbito da cooperação técnica² subsidiando a execução tanto das Oficinas quanto do

-
- 1 Capítulo elaborado com base no conteúdo do Caderno de Atividades para as Oficinas Introdutórias de Monitoramento e Avaliação em Saúde, elaborado em 2019 e revisado em 2021. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2021)
 - 2 Cooperação Técnica através do TED n° 116/2017 estabelecida entre a Universidade Federal da Bahia e o Ministério da Saúde. Produtos da execução: Oficinas Introdutórias de Monitoramento e Avaliação em Saúde e o Curso de Especialização em Saúde Coletiva com concentração em Monitoramento, Avaliação e Informações Estratégicas em Saúde na modalidade EAD.

Curso de Especialização, tendo em vista fortalecer a capacidade técnica dos diversos atores que operam ações de monitoramento e avaliação no Sistema Único de Saúde. Adotamos o conjunto de reflexões produzidas por Vieira-da-Silva (2005, 2014) e outros autores (BROUSELLE et al., 2011; CHAMPAGNE; CONTANDRIOPOULOS; DENIS 2011; HARTZ, 1997) como perspectiva avaliativa centrada no julgamento das práticas de saúde por meio de métodos e técnicas de variadas origens acadêmicas e produção interdisciplinar.

No conjunto das ações desenvolvidas e entre as múltiplas concepções para o termo avaliação, entende-se que a avaliação é o julgamento que se faz sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões. (CONTANDRIOPOULOS et al., 2000) Ainda, pode-se compreender como a coleta sistemática de informações sobre as características dos programas com o objetivo de fazer julgamentos sobre o mesmo, aperfeiçoar sua efetividade ou embasar o processo decisório. (PATTON, 1997)

A avaliação de uma intervenção pode ocorrer por meio de uma avaliação normativa ou de uma pesquisa avaliativa. A avaliação normativa consiste na apreciação dos componentes da intervenção levando em consideração a aplicação de critérios e normas, buscando verificar se os componentes da intervenção estão em conformidade com as referências normativas. Sendo assim, trata-se de fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os efeitos obtidos (resultados), com critérios e normas. A pesquisa avaliativa, por sua vez, depende de um procedimento científico que permita analisar e compreender as relações de causalidade entre os diferentes componentes da intervenção. Demanda, desta forma, um procedimento científico que permite analisar as relações entre os componentes da intervenção, visando à compreensão dos resultados. (CHAMPAGNE; CONTANDRIOPOULOS; DENIS 2011)

Para Vieira-da-Silva (2014, p. 18) a pesquisa avaliativa:

corresponde ao julgamento que se faz sobre as práticas sociais a partir de uma pergunta não respondida pela literatura especializada no tema a respeito das características dessas práticas em

geral ou em um contexto particular mediante o recurso à metodologia científica. A definição da pergunta que norteia a avaliação para a gestão, por sua vez, decorre do desconhecimento sobre determinados aspectos da operacionalização de um programa ou intervenção específica [...].

Um conceito importante de se recuperar no estudo da avaliação é o conceito de intervenção em saúde, objeto das avaliações. Intervenções em saúde são ações organizadas para mudar uma dada realidade e podem se estruturar sob a forma de políticas, programas e projetos. (PAIM, 1993) Podemos entendê-las ainda como constituídas pelo conjunto dos meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico e situadas no tempo, tendo em vista a produção de bens ou serviços de saúde voltados para a resolução de uma dada situação problemática. (CONTANDRIOPOULOS et al., 2000) As intervenções em saúde correspondem, portanto, às políticas, programas, estratégias ou ações em saúde e se constituem no principal objeto da Avaliação em Saúde.

São considerados componentes de uma intervenção: a) Situação Problemática: situação de saúde inicial que se deseja alterar; b) Objetivos: explicitação da direcionalidade do programa e mudança pretendida; c) Recursos: financeiros, humanos, materiais; d) Serviços: atividades e procedimentos mobilizados para alcançar os objetivos; e) Efeitos ou resultados da intervenção: aferidos na sua população alvo (curto, médio, longo, prazo); f) Contexto preciso em um dado momento onde a intervenção é operacionalizada.

A avaliação pode ser somativa ou formativa. A primeira corresponde ao tipo de avaliação realizada ao fim de uma intervenção com objetivo de prestar contas à sociedade ou agências de financiamento. Frequentemente, possui perspectiva externa. Já a Avaliação Formativa é realizada com finalidade de aperfeiçoar um programa, no curso da intervenção. Pode envolver a participação dos gestores e executores do programa, adotando uma perspectiva externa ou mista.

Outra distinção necessária de se fazer, ainda que haja proximidade, é relativa aos conceitos de avaliação, propriamente dito, e de monitoramento. De modo geral, pode-se dizer que, enquanto a avaliação visa subsidiar os

gestores com informações mais aprofundadas e detalhadas sobre o funcionamento e os efeitos do programa, podendo ser levantadas por meio de pesquisas avaliativas ou avaliação normativa, o monitoramento permite subsidiar os gestores com informações mais simples, disponíveis e tempestivas sobre a operação e os efeitos do programa, resumidas em painéis ou sistemas de indicadores de monitoramento que permitam o acompanhamento de ações, programas ou políticas... A seleção de indicadores deve considerar critérios como validade, capacidade de síntese, abrangência das prioridades, disponibilidade de sistemas ou fontes de informação, além de oportunidade para intervenção frente aos problemas detectados. (DRUMOND JUNIOR, 2010)

A DEFINIÇÃO DO FOCO E EXPLICITAÇÃO DAS PERGUNTAS AVALIATIVAS

Para uma avaliação bem-sucedida é necessário selecionar prioridades para avaliação, ou seja, é preciso definir ou negociar o foco da avaliação. Desta forma, as primeiras indagações tomam como questão a delimitação do objeto da avaliação, ou seja, o que se deseja avaliar (foco da avaliação) e como iniciar um estudo avaliativo.

Este processo geralmente envolve um conjunto de procedimentos como a identificação e consulta às múltiplas fontes e identificação dos interessados na avaliação para elaboração do maior número possível de perguntas de avaliação, como: base de dados e literatura existente, identificação de diretrizes, critérios, padrões e indicadores utilizados em outros lugares e ou escutando a opinião de especialistas.

Para iniciar uma avaliação é preciso definir o foco, tendo em vista elaborar uma pergunta avaliativa que expresse o objeto da avaliação (intervenção em saúde ou um de seus componentes), níveis, abordagens e atributos. Neste processo, será importante identificar o que é relevante saber sobre uma dada intervenção, indagando a respeito dos usos que serão feitos dos resultados da avaliação e quem são os seus interessados.

Na definição do foco da avaliação e explicitação das perguntas avaliativas é possível elencar três passos importantes a serem perseguidos no desenho do estudo avaliativo. O primeiro passo consiste em identificar problemas prioritários e intervenções correspondentes: 1. Qual o problema

de saúde priorizado? 2. Qual a intervenção (programa, serviço) desenhada para enfrentá-lo? O segundo passo trata de examinar a intervenção e identificar prioridades avaliativas: 1. O que se conhece sobre o programa; 2. O que não se conhece sobre o programa; 3. O que é relevante conhecer (para aperfeiçoamento do programa/para a produção do conhecimento)? Finalmente, o terceiro passo permite identificar os interessados na avaliação e os possíveis usos da avaliação 1. Quem são os interessados na avaliação? 2. Qual o uso que se fará dos resultados da avaliação? 3. Qual o custo-benefício da avaliação a ser feita?

Um outro caminho indicado para a definição do foco da avaliação é a realização de um estudo de avaliabilidade, cuja definição está a seguir, e que remete ao objeto da avaliação: a intervenção (projeto, programa ou serviço) ou um de seus componentes.

A IMPORTÂNCIA DOS ESTUDOS DE AVALIABILIDADE

A avaliabilidade pode ser considerada como um processo voltado para clarificar os desenhos dos programas, explorando sua realidade e, se necessário, ajudando a redesenhá-lo. Essa estratégia não somente mostra se o programa pode ser avaliado, mas também se a avaliação é capaz de contribuir para melhorar o desempenho do mesmo.

Desse modo, a avaliabilidade é definida como o exame sistemático e preliminar de um programa, considerando aspectos relativos a sua teoria e a sua prática, com o propósito de determinar a pertinência para realização de uma avaliação extensa (ROSSI; FREEMAN, 2004) Em outras palavras trata-se de uma pré-avaliação realizada com vistas a identificar se a intervenção foi bem concebida e se está implantada de forma consistente de modo a ser submetida a uma avaliação sistemática. (PATTON, 2002)

Assim, para merecer uma avaliação extensa, a intervenção ou programa deve satisfazer três critérios: 1. Operar como previsto; 2. Ser relativamente estável ao longo do tempo; 3. Indicar estar alcançando algum resultado positivo.

Para a realização de um estudo de avaliabilidade, existem algumas etapas: 1) Clarificação dos objetivos do programa; 2) A elaboração do modelo lógico do programa; 3) A descrição do funcionamento do programa na

prática; 4) Elaboração de recomendações. Como principais técnicas para realização da avaliabilidade e descrição do funcionamento do programa, destacam-se a análise de documentos (planos e relatórios); entrevistas com informantes-chave e a observação *in loco*.

Os objetivos finais da avaliabilidade são:

- Identificar se os objetivos da intervenção/programa estão claramente formulados; • identificar se há concordância entre os diversos profissionais acerca dos objetivos, metas e população-alvo do programa;
- Identificar consistência e plausibilidade do programa;
- Identificar áreas para melhoria do programa;
- Identificar componentes do programa sobre os quais não se tem informação (perguntas para avaliação).

Quanto maior a clareza sobre a intervenção mais definidas podem ser as perguntas avaliativas. Nesse aspecto, o estudo de avaliabilidade além de contribuir com a definição do foco da avaliação pode ampliar a clareza dos gestores e equipe envolvida quanto ao funcionamento do programa na prática, o que se sabe e o que não se conhece sobre ele.

A SELEÇÃO DE ATRIBUTOS OU CARACTERÍSTICAS DOS PROGRAMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

A avaliação de intervenções e programas de saúde requer a adoção de estratégias diversificadas dada a complexidade do objeto, sendo necessário delimitação aos níveis, atributos e abordagens. (VIEIRA-DA-SILVA, 2005)

A escolha de quais atributos ou características das práticas, serviços, programas, estabelecimentos ou do sistema de saúde que deverão ser objeto da avaliação é parte importante do processo de definição do foco da avaliação. (VIEIRA-DA-SILVA, 2005) Cada atributo incorpora uma base conceitual e aponta para uma perspectiva metodológica de desenho de estudo, sendo frequente a polissemia e variedade de concepções e formas de operacionalizar tais atributos na pesquisa. A proposição de Vieira-da-Silva e Formigli (1994) e Vieira da Silva (2014) sistematiza os conceitos

com certo grau de consenso na literatura e coerência entre si. Para estas autoras, os atributos podem ser agrupados em:

- Relacionados com a apreciação preliminar do programa/intervenção;
- Relacionados com a adequação das ações aos objetivos e problemas de saúde, examinando sua direcionalidade e consistência: análise estratégica;
- Relacionados com a disponibilidade e distribuição social dos recursos: cobertura; acessibilidade; equidade;
- Relacionados com o efeito das ações: eficácia; efetividade; impacto;
- Relacionados com os custos e produtividade das ações: eficiência;
- Relacionados com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente: qualidade técnico-científica;
- Relacionados com o processo de implantação das ações: grau de implantação e (ou) avaliação de processo; análise de implantação;
- Relacionados com as interações relacionais entre os sujeitos envolvidos nas ações: percepção dos usuários; satisfação dos usuários; aceitabilidade social; acolhimento, respeito a privacidade e outros direitos dos cidadãos; relações de trabalho e no trabalho envolvendo profissionais e gestores.

Cabe ressaltar que essas características ou atributos estão relacionadas com as intervenções, que por sua vez, variam a depender do modo de prestação da atenção nos diferentes contextos.

A MODELAGEM NO CAMPO DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A modelagem teórica para avaliação tem sido utilizada amplamente com o propósito de identificar e compreender fatores que podem interferir nos efeitos esperados das intervenções. Trata-se de modelos de avaliação centrados na teoria, de forma a representar a intervenção tendo em vista responder a diversas questões acerca de como a intervenção foi executada, sobre as mudanças dela decorrentes, sobre a possibilidade de melhoria

e sobre a relação custo-benefício, permitindo compreender por que a intervenção operou de determinada maneira. (VAN DER KNAAP, 2004)

Um modelo lógico é uma maneira visual e sistemática de apresentar as relações entre intervenção e efeito. Trata-se da representação da racionalidade ou lógica da intervenção apresentada sob a forma de um esquema visual. É frequentemente apresentado como um fluxograma ou um quadro, que explicita as relações entre a intervenção (como o programa deve funcionar) e seus efeitos ou resultados esperados. (ROWAN, 2000) São considerados elementos do Modelo Lógico: a) Os objetivos do programa; b) Os componentes essenciais e secundários do programa; c) Os serviços relacionados e as práticas requeridas para execução dos seus componentes; d) Os resultados esperados, suas metas e efeitos na situação de saúde da população e organização dos serviços.

O desenho do Modelo lógico pode assumir diferentes esquemas gráficos ou formatos, a depender de como se expressa a lógica do Programa. Os esquemas mais simples destacam “Objetivos-Atividades-Resultados”. Mas, podem ainda prever os recursos e insumos; os produtos esperados ou identificar resultados a curto, médio e longo prazo ou mesmo o impacto da intervenção. Cabe lembrar que o Modelo lógico pode ser desenhado para toda a intervenção ou um de seus componentes.

Após a construção do Modelo Lógico, para garantir sua pertinência e qualidade, cabe percorrer o seguinte *checklist* para revisão (JORDAN; MCLAUGHIN, 1999 apud MEDINA et al., 2015): 1) Nível de detalhe suficiente para criar entendimento dos elementos e de suas relações; 2) Lógica completa do programa, identificando todos os elementos relacionados; 3) Pertinência teórica da lógica do programa (plausibilidade do modelo); 4) Identificação dos fatores contextuais e suas potenciais influências no modelo.

Finalmente, cabe destacar uma distinção possível, feita por alguns autores, entre o modelo causal, o modelo lógico teórico e o modelo lógico operacional (CRUZ, 2012) para marcar que a elaboração dos modelos como ferramentas para a prática do avaliador situa diferentes modalidades de apreensão das intervenções em saúde, desde a explicitação do fenômenos e seus determinantes à interação com a experiência concreta de operacionalização dos programas e práticas em saúde.

VERBETES RELACIONADOS AO DESENHO DO MODELO LÓGICO

Problema de Saúde: refere-se às discrepâncias identificadas entre uma dada situação apresentada e situação desejada ou idealizada. Representa as necessidades de saúde – carências, riscos, vulnerabilidades, doenças, agravos, sequelas, mortes – e seus determinantes sociais (problemas do estado de saúde da população) ou ainda expressa limitações, dificuldades ou fragilidades existentes na organização e funcionamento do sistema de serviços de saúde (problemas dos sistemas de saúde). Exemplo: Alta incidência e prevalência da Hanseníase; Alta incidência do câncer de mama na população feminina brasileira; Baixa acessibilidade da população indígena à média e alta complexidade;

Objetivo geral: indica, de modo geral e amplo, as intenções esperadas da intervenção tendo em vista enfrentar o problema de saúde, estabelecendo sua imagem objetivo. Exemplo: Reduzir a incidência da sífilis no âmbito da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil;

Objetivos específicos: estabelece um conjunto de ações ou passos intermediários para alcance do objetivo geral. Podem expressar as metas pretendidas. Exemplo: Realizar teste rápido de HIV em, no mínimo, 50% das gestantes; Ampliar a cobertura em 40% de equipes de saúde da família;

Recursos ou insumos: recursos necessários para a execução das atividades do programa (recursos financeiros, humanos, materiais, infraestrutura, conhecimentos, recursos políticos). Exemplo: Profissionais de saúde existentes; Existência de protocolos clínicos;

Atividades: detalhamento da ação, procedimentos utilizados para obtenção dos efeitos desejados. Exemplos: – Capacitação de trabalhadores; Descentralização do diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos para as equipes de Saúde da Família (EqSF); Aquisição de equipamentos; Realização de supervisões trimestrais às unidades de saúde; Realização de ações educativas e de promoção da saúde;

Produtos: identificados como consequências imediatas das atividades desenvolvidas pelo programa. Exemplos: Número de oficinas

realizadas; Número de profissionais capacitados; Número de supervisões realizadas;

Resultados Intermediários: referidos como resultados de curto ou médio prazo. Exemplo: Controle dos fatores de risco reconhecidos (relacionados ao estilo de vida); Melhoria da adesão ao protocolo de tratamento;

Resultado final: refere-se aos efeitos finalísticos, relacionados com a imagem objetivo do programa. Exemplo: Redução da incidência e prevalência da tuberculose;

Impactos: tratam de efeitos acumulados pelo programa, observados na população geral e a longo prazo. Exemplo: Redução da mortalidade infantil na população.

CRITÉRIOS, INDICADORES E PADRÕES

Em uma breve síntese, pode-se afirmar que o Critério é um componente ou aspecto da estrutura de um serviço ou sistema de saúde, ou de um processo ou resultado de um cuidado que dá suporte à qualidade da atenção prestada. (DONNABEDIAN, 1990)

O termo critério, preferencialmente utilizado no campo da avaliação, tem uma clara correspondência com o conceito de variável, tradicionalmente adotado na abordagem epidemiológica e bastante utilizado na avaliação de serviços de saúde. Já o Indicador diz respeito a uma razão entre variáveis ou critérios, capaz de guardar relação com aquilo que se deseja medir. Um padrão ou um Parâmetro por sua vez, é um valor de referência, quantitativo ou qualitativo, que serve de base de comparação para a avaliação.

Segundo Donabedian (1990) a escolha de critérios para avaliação deve levar em consideração alguns atributos, entre os principais deve-se observar: • Validade: faz referência à “veracidade” do critério como reflexo da qualidade; • Importância: os critérios devem guardar estreita relação com os objetivos e influenciar de maneira considerável nos resultados; • Possibilidade de registro: devem existir fontes confiáveis onde se encontrem as informações necessárias; • Adaptabilidade à variação de casos:

aplicáveis a situações distintas; • Rigor/poder discriminatório: faz referência ao grau de perfeição que se exige na avaliação.

Por sua vez, os padrões podem ser encontrados em: Textos oficiais como leis ou regulamentações, podendo-se citar como exemplo: as Portarias 1631/2015 e a 1101/2001; Ficha de indicadores - Pactuação Interfederativa; e Documentos específicos por Programas (Programa de Saúde na Escola - PSE, Rede Cegonha, Ações Estratégicas para Sífilis congênita); Parâmetros internacionais validados por organismos como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Panamericana de Saúde (OPAS); Literatura especializada; Consulta a especialistas por meios das diversas técnicas de consenso; Séries históricas de indicadores e metas já alcançadas.

Quanto aos indicadores para avaliação e monitoramento de intervenções, cabe ressaltar que existe uma ampla variedade disponível, que podem ser utilizados em diferentes perspectivas: a) No diagnóstico situacional, para subsidiar a definição do problema, o desenho de uma política e a fixação das referências que se deseja modificar; b) Na execução, para monitorar e avaliar, revisar o planejamento e corrigir desvios; c) Na avaliação do alcance de metas, resultados e impactos sobre o público-alvo.

Para a definição e seleção de indicadores pode-se estabelecer que preencham alguns requisitos, entre os quais:

- Ser relevante - deve ser importante para a tomada de decisão;
- Ter simplicidade técnica - deve ser de fácil;
- Ter custo-efetividade - resultados devem justificar o investimento de tempo e recursos;
- Ser oportuno - deve estar disponível.

Esses elementos são essenciais para fazer avançar o processo de Monitoramento e Avaliação no SUS, visto que esse movimento induz à necessidade de definir/sistematizar um elenco mínimo de indicadores voltados para diferentes finalidades como gestão, monitoramento e avaliação para cada um dos níveis do sistema de saúde, provenientes de sistemas de informação em uso. De todo modo, o monitoramento deve estar incorporado ao planejamento e vinculado ao processo decisório, para propiciar

a implementação de medidas para enfrentamento dos problemas identificados. Sendo assim, viabiliza a resposta a algumas perguntas, como: Os achados indicam possibilidade de alcançar produtos e resultados planejados? Que estratégias/medidas devem ser adotadas para dar sustentabilidade a achados promissores ou para redirecionar atividades até a próxima verificação?

A organização de um Sistema de monitoramento se faz com base em algumas etapas:

- Identificação de uma intervenção;
- Objetivo ou finalidade do monitoramento (o que se quer com o monitoramento? Quem fará uso dessas informações);
- Definição do nível de abrangência (Qual o nível de abrangência - geográfico e temporal?);
- Delimitação do elenco de indicadores, mediante análise dos seus atributos e forma e frequência de coleta dos dados;
- Identificação ou definição dos padrões de desempenho e possibilidade de alcance de metas;
- Definição de método de análise;
- Forma de apresentação e mecanismos de discussão e divulgação dos resultados.

POSSIBILIDADES DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DE PRÁTICAS DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO NO SUS

O debate sobre a institucionalização da avaliação ao interior nos sistemas de saúde não é recente e aponta para a necessidade de conceber e implantar uma cultura de avaliação (CONTANDRIOPOULUS, 2006) e “deve ter o sentido de integrá-la em um sistema organizacional no qual seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas”. (HARTZ, 2002, p. 419) Dessa forma, é necessário indagar em que medida as práticas avaliativas permitem produzir

as informações e julgamentos necessários para ajudar as instâncias decisórias a melhorar o desempenho do SUS. (CONTANDRIOPOULUS, 2006) Esse processo paulatino de incorporação do processo avaliativo no cotidiano dos serviços de saúde e no processo de trabalho dos gestores e dos profissionais permite criar um “aculturamento” da avaliação ao interior da gestão e dos serviços. (FELISBERTO, 2006)

A decisão de institucionalizar a avaliação, exige (HARTZ, 2002): • que seja definida “uma política de avaliação para a avaliação de políticas” com a definição de propósitos e de recursos; • definição de tipos de abordagens; • localização em organograma das instâncias onde a prática avaliativa deve ser desenvolvida e as relações que devem ser estabelecidas para utilização dos seus resultados.

Institucionalizar a prática do monitoramento e avaliação tem sido um dos grandes desafios para as equipes de saúde (gestão e atenção) e visa a adotar estas práticas como intrínsecas aos processos de planejamento e gestão, como suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e à formação de sujeitos. (FELISBERTO, 2006)

A institucionalização da avaliação requer enfrentamento de aspectos:

- técnicos – definição de critérios, indicadores e instrumentos;
- culturais-organizacionais – referentes ao *modus operandi* de como as instituições desenvolvem suas práticas de avaliação;
- políticos – relacionados às relações de poder que se estabelecem entre as esferas de gestão e os diferentes atores envolvidos nas práticas de saúde. (MEDINA; AQUINO, 2002 apud BRASIL, 2005, p. 7, grifo dos autores)

Nessa perspectiva, algumas experiências têm evidenciado a incorporação de painéis de monitoramento, vistos como uma estratégia ágil para acompanhar a tendência de determinadas ações e direcionar processos de avaliação, oferecendo apoio oportuno à tomada de decisão. (GRIMM; TANAKA, 2016) Uma primeira necessidade nesta direção seria definir os problemas prioritários para identificar intervenções existentes. Com grande importância se impõe o elenco e sistematização de um conjunto mínimo de indicadores voltados para diferentes finalidades como gestão, monitoramento e avaliação para cada um dos níveis do sistema de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como visto, a avaliação em saúde se constitui em um campo com grande diversidade conceitual e metodológica, fazendo uso de elementos teóricos de diversas áreas do conhecimento. A partir do reconhecimento de determinada realidade busca-se a identificação de uma situação problema, para em seguida observar a existência de uma intervenção para resolvê-la, com como seus elementos constitutivos. Assim, para aferir ou avaliar determinada intervenção deve-se utilizar as diferentes meios e técnicas de coleta de dado, visando ampliar a compreensão e as evidências sobre a mesma, conduzindo a resultados plausíveis e que de fato traduzam a realidade em questão. Todo esse esforço metodológico busca dar utilidade aos produtos avaliativos, visando tão somente que seja útil ao processo decisório, subsidiando gestores na definição de prioridades para a intervenção.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.
- BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* (org.) *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.
- CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. DENIS, J.-L. A Avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. *In*: BROUSSELLE, A. (org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 41-60.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6qhnBYjvpMN6PknYfwVCTnH/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 abr. 2022.
- CONTANDRIOPOULUS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. I. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. *In*: HARTZ, Z. M. A. (org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.-L. *et al.* L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, Paris, v. 48, p. 517-538, 2000. Disponível em: https://www.perfeval.pol.ulaval.ca/sites/perfeval.pol.ulaval.ca/files/publication_202.pdf. Acesso em: 22 abr. 2022.

CRUZ, M. M. Avaliação: conceitos e métodos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p. 1414-1415, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/F4QnHtrTsjs3bSBj55myzpt/?lang=pt>. Acesso em: 22 abr. 2022.

DONABEDIAN, A. *Garantia y Monitoria de Calidad de la Atencion Medica*. Un texto introductorio. [S. l.: s. n.], 1990. Mimeo.

DRUMOND JÚNIOR, M. Painel de monitoramento da situação de saúde e da atuação dos serviços da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. In: BRASIL. Ministério da Saúde; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Sala de situação em saúde: compartilhando as experiências do Brasil*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana, 2010. p. 141-146.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Fgb6jmhFx35gSRrqXfp6pyb/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 22 abr. 2022.

GRIMM, S. C. A.; TANAKA, O. Y. Painel de Monitoramento Municipal: bases para a construção de um instrumento de gestão dos serviços de saúde. *Epidemiologia e serviços de saúde: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil*, Brasília, DF, v. 25, n. 3, p. 585-594, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/3fjRzgjBkwsh9gsq3TRqpGJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 abr. 2022.

HARTZ, Z. M. A. (org.). *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

HARTZ, Z. M. A. Institucionalizar e Qualificar a Avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, p. 419-421, 2002.

MEDINA, G.; MEDINA, M. G.; SILVA, G. A. P. *et al.* Uso de modelos teóricos na Avaliação em Saúde. In: VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.15-39.

MENDES, M. F. M.; CAZARIN, G.; BEZERRA, L. C. A. *et al.* Avaliabilidade ou Pré-avaliação de um Programa. In: SAMICO, I.; CAZARIN, G.; BEZERRA, L. C. A. *et al.* (org.). *Avaliação em Saúde*. Rio de Janeiro: MedBooks, 2010. p. 57-64.

PAIM, J. S. A reorganização das práticas em distritos sanitários. *In: MENDES, E. V. Distrito sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.* São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993. p. 187-220.

PATTON, M. Q. *Qualitative research and evaluation methods.* New Delhi: SAGE Publications, 2002.

PATTON, M. Q. *Utilization-focused evaluation.* The new century text. London: SAGE Publications, 1997.

ROSSI, P. H. My views of evaluation and their origins. *In: ALKIN, M. C. (ed.). Evaluation roots: a wider perspective of theorists' views and influences.* 2. ed. Los Angeles: Sage, 2013. p. 106-112.

ROSSI, P. H.; FREEMAN, H. E. *Evaluation: a systematic approach.* Beverly Hills: Sage Publicatons, 2004.

ROWAN, M. Logic Models in Primary Care Reform: navigating the evaluation. *Canadian Journal of Program Evaluation*, Calgary, v. 15, n. 2, p. 81-92, 2000. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/LOGIC-MODELS-IN-PRIMARY-CARE-REFORM-%3A-NAVIGATING-Rowan/9e32a1854674476854e50521d0028b8473e1e155>. Acesso em: 22 abr. 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Instituto de Saúde Coletiva. *Caderno de Atividades.* Oficinas Introdutórias em Monitoramento & Avaliação em Saúde. Salvador: [s. n.], 2021.

VAN DER KNAAP, P. Theory-based evaluation and learning: possibilities and challenges. *Evaluation*, London, v. 10, n. 1, p. 1634, 2004. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1356389004042328>. Acesso em: 22 abr. 2022.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos em Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 90-91, 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/G36Dy7mLnQd6WttXQ8Jv5ZQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 abr. 2022.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *Avaliação de políticas e programas de saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. *In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.* Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/xzdnf/pdf/hartz-9788575415160-03.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2022.

A CONSTRUÇÃO DE PROJETOS DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE PARA O SUS

MONIQUE AZEVEDO ESPERIDIÃO
ALCIONE BRASILEIRO OLIVEIRA

INTRODUÇÃO

O presente capítulo tem por finalidade apresentar como ocorreu a realização dos Trabalhos de Conclusão do Curso (TCC) no âmbito do Curso de Especialização em Saúde Coletiva com concentração em Monitoramento, Avaliação e Informações Estratégicas - Departamento de Monitoramento e Avaliação em Saúde, do Ministério da Saúde (DEMAS/MS) e do Instituto de Saúde Coletiva, da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), descrevendo o processo de orientação, o espaço virtual da Unidade de Aprendizagem Metodologia do Trabalho de Conclusão de Curso (UATCC) e demais aspectos envolvidos na execução e apresentação do trabalho, que correspondeu a elaboração de um Projeto de Avaliação em Saúde, tomando como objeto uma intervenção no âmbito da gestão, da atenção ou vigilância em saúde e que estivesse relacionada ao processo de trabalho do aluno.

Entende-se por Projeto de Avaliação em Saúde a elaboração de um instrumento de planejamento da avaliação da intervenção, expressando com clareza as várias etapas envolvidas na sua realização, quais sejam: a) delimitação do problema de saúde e da intervenção que lhe corresponde;

b) descrição do contexto da avaliação; c) elaboração de perguntas e objetivos da avaliação; d) desenho do modelo lógico da intervenção; e) descrição de estratégias metodológicas; f) identificação de estratégias para a implementação do projeto; g) resultados esperados. Desta forma, o produto final consta de um plano ou projeto do que se deseja avaliar, expressando com clareza as várias etapas envolvidas na sua realização.

Para organizar o processo de orientação foi constituído, por meio de edital, um cadastro de 100 orientadores de TCC em todo o país (65 convocados). Para cada docente orientador selecionado caberia orientar até no máximo de quatro alunos. Esse processo foi construído por meio de Oficinas preparatórias e de acompanhamento dos orientadores,¹ transmitida em meio digital. Os trabalhos aprovados pela banca examinadora, ao término do Curso, foram socializados em Salões de Pôsteres com apresentação virtual no Moodle e ainda socialização presencial em sete capitais brasileiras.

A UNIDADE DE APRENDIZAGEM METODOLOGIA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (UATCC) E A CONSTRUÇÃO TRANSVERSAL DO PROJETO DE AVALIAÇÃO

A Unidade de Aprendizagem Metodologia do Trabalho de Conclusão de Curso (UATCC) se consistiu em uma atividade curricular obrigatória do Curso que teve como objetivo apoiar o aluno na construção individual de seu TCC (Projeto de Avaliação).

As competências abordadas nas demais unidades, e em especial na Unidade de Monitoramento e Avaliação (UA2), foram necessárias para a elaboração do projeto enquanto produto do curso. Foram enfatizados os diferentes passos envolvidos na construção de um bom projeto, tendo em vista aumentar as chances de conferir utilidade ao processo de avaliação por parte dos atores envolvidos no processo.

1 1ª Oficina com Orientadores de TCC - em 6 e abril de 2019. Ver em: <https://www.youtube.com/watch?v=O6ciX1WbxVg>.

Os conteúdos e atividades da UA2 permitiram a delimitação do problema de saúde e da intervenção que lhe corresponde; a descrição do contexto da avaliação; a elaboração de perguntas e objetivos da avaliação; o desenho do modelo lógico da intervenção; a descrição de estratégias metodológicas e finalmente a identificação de estratégias para a implementação do projeto e os resultados esperados. Do ponto de vista metodológico, aUATCC foi desenvolvida por meio de atividades dirigidas, discussão em fórum, além das orientações realizadas pelo orientador de TCC. Foram previstos seis momentos consecutivos e complementares, tendo em vista a construção do Projeto de Avaliação em Saúde:

- Momento 1 - Escolha do tema (o problema e a intervenção em saúde a ser avaliada). Revisão de literatura;
- Momento 2 - Descrição do contexto da avaliação e definição da pergunta avaliativa/foco da avaliação. Definição dos objetivos de avaliação;
- Momento 3 - Construção do modelo lógico da intervenção;
- Momento 4 - Definição das estratégias metodológicas do projeto de avaliação. Definição de critérios, indicadores e padrões;
- Momento 5 - Definição de estratégias de implementação do projeto e resultados esperados;
- Momento 6 - Sistematização e entrega do Projeto de Avaliação em Saúde.

MOMENTO 1

No primeiro momento, foi incentivado que o aluno realizasse a escolha do tema a ser abordado no seu TCC. Tratou-se de identificar qual a intervenção será avaliada e a qual problema ela se referia. Para tanto, foi levantado um conjunto de evidências sobre o problema de saúde e sobre a intervenção a ser avaliada. Os alunos deveriam realizar uma revisão da literatura, ainda em estágio inicial e abrangente, tendo em vista iniciar a construção da Introdução do seu Projeto de Avaliação em Saúde.

As intervenções em saúde escolhidas decorrem da existência de um problema que a intervenção se propôs a enfrentar, geralmente oriundos do estado de saúde da população, ou dos serviços de saúde.² Desta forma, nesta fase, era importante ter acesso a dados sobre o problema que originou a intervenção, bem como informações sobre a operacionalização da intervenção. Grosso modo, podem-se distinguir dois grupos de problemas que são geralmente alvo das intervenções em saúde.

O objetivo da revisão de literatura consistiu em delimitar a situação concreta e atual do problema e da intervenção que será avaliada, assim como identificar os estudos prévios sobre o problema e a intervenção. Fez-se particularmente importante mapear outras avaliações realizadas anteriormente. Com essas informações, o aluno dispunha de uma síntese do que se sabe, o que não se sabe e o que é relevante saber sobre a intervenção, como parte da justificativa da condução de um novo estudo ou avaliação.

A revisão de literatura deve permitir os seguintes questionamentos tendo em vista formular com clareza seu projeto: como a literatura vem tratando o tema que estou investigando? O que tem sido produzido sobre este tema? Quais os principais autores que estudam o tema? Que aspectos do tema são comumente tratados?

Enfatizou-se que assegurar uma boa qualidade de uma revisão de literatura é um aspecto importante a ser zelado na construção de um projeto, sendo valorizados atributos como suficiência (incorpora número de trabalhos adequado para tratar do tema); abrangência (incorpora trabalhos cujo alcance permite desenvolver sobre o tema); atualização (incorpora trabalhos recentes) e qualidade (incorpora trabalhos publicados em revistas de prestígio científico).

2 Problemas do estado de saúde: correspondem aos danos (mortes, sequelas, doenças, agravos, carências), aos riscos e vulnerabilidade ou ainda podemos considerar as condições necessárias para ter saúde, ou seja, os determinantes sociais da saúde. Para além dos danos e riscos, podemos também considerar uma dimensão positiva da saúde incluindo a questão da qualidade de vida, a resiliência e ideias de saúde;

Problemas dos serviços de saúde: corresponde às necessidades de organização e funcionamento adequado dos serviços de saúde, desde o financiamento (fontes, volume, formas de distribuição e utilização); infraestrutura (recursos físicos, humanos e materiais); gestão (leis e normas, políticas e planos, estrutura e processo político-gerencial); organização e modelo de atenção (processos de trabalho).

MOMENTO 2

Após a identificação de um problema e uma intervenção relevante para o TCC, iniciou-se a construção do projeto com a definição do foco da avaliação, definição da pergunta avaliativa, delimitando o objetivo da avaliação, seus níveis, abordagens e atributos. Este momento trabalhou conteúdos como o contexto da avaliação, ou seja, o conjunto de condições de possibilidades na qual a avaliação se dará. Esse foi considerado um importante aspecto da elaboração do projeto, permitindo tomar decisão sobre sua relevância, viabilidade e operacionalização. Fez-se necessário refletir sobre os sentidos e as implicações da realização de uma avaliação; identificando seus interessados, os produtos gerados e possíveis usos de seus resultados.

Uma boa pergunta avaliativa reflete as necessidades de informação dos atores implicados em uma intervenção. Ela expressa algo que os interessados na avaliação não sabem e que precisam conhecer melhor para apoiar a tomada de decisão. Indica o foco e o caminho que deverá ser percorrido para julgar a intervenção ou parte de seus componentes. A pergunta avaliativa assume, portanto, um papel essencial no desenho de uma avaliação, o que requer um esforço na formulação de perguntas adequadas.

MOMENTO 3

Nesta fase, os alunos deveriam construir o Modelo Lógico da intervenção a ser avaliada. Este momento era, portanto, vinculado à Unidade de Monitoramento e Avaliação (UA2 – MA) cujo conteúdo principal estava voltado para a modelagem de programa em saúde, tendo em vista explicitar as relações entre a intervenção (como o programa deve funcionar) e seus efeitos ou resultados esperados. (ROWAN, 2000)

O Modelo Lógico, portanto, constitui-se na representação da racionalidade ou lógica da intervenção apresentado sob a forma de um esquema visual. Os alunos deveriam construir para o seu TCC um fluxograma ou um quadro, composto pelos seguintes elementos: os objetivos da intervenção/programa; os componentes essenciais e secundários da intervenção/programa; os serviços relacionados e as práticas requeridas para

execução dos seus componentes; os resultados esperados, suas metas e efeitos na situação de saúde da população e organização dos serviços. Podiam prever também recursos e insumos; os produtos esperados ou identificar resultados a curto, médio e longo prazo, ou mesmo o impacto da intervenção. Lembrando que o Modelo Lógico pode ser desenhado para toda a intervenção ou um de seus componentes.

MOMENTO 4

Nesta fase, os alunos deveriam planejar o desenho metodológico de seu projeto. Recomendou-se retomar o esquema gráfico do modelo lógico para construção de uma matriz de medidas com a identificação de: Dimensões; Critérios; Indicadores; Padrões. Para tanto, mais uma vez, a Unidade estabelecia uma relação direta com conceitos já trabalhados em outras Unidades, como a UA2 - MA, no Tópico 6: Definindo critérios indicadores e padrões.

MOMENTO 5

Os alunos deveriam elaborar, neste momento, um plano para pôr em prática o seu projeto de avaliação em saúde no âmbito do serviço em que atuam no SUS. Conforme o Momento 2, em que foram discutidos com *stakeholders* os propósitos da avaliação, seu foco e utilidade, nesta fase, demandou-se um planejamento da execução do projeto. Como atividade central, foi sugerida a realização de reuniões com os demais trabalhadores dos serviços para pensar concretamente na viabilidade de execução, definindo o que é necessário para uma avaliação consistente em seu território. Sugeriu-se a importância de dispor de um grande número de pessoas, sensibilizadas e comprometidas com a realização da avaliação, de modo a aumentar as chances de uma maior utilização de seus resultados.

Esse processo foi considerado essencial para viabilizar a implantação concreta dos produtos do Curso de Especialização na redefinição das práticas de trabalho ao interior do Sistema Único de Saúde (SUS), tanto no âmbito da gestão, como da atenção em saúde, explicitando em que medida o projeto pretende contribuir com o sistema de saúde e quais são os seus resultados esperados.

A definição de estratégias de implementação do projeto relaciona-se com a gestão do projeto na qual se desenvolve uma organização lógica e temporal das atividades, ou seja, foram destacadas as ações e atividades necessárias à implantação do projeto, prevendo recursos e meios, e definindo responsáveis e prazos para sua execução. O projeto deveria ainda apresentar um orçamento prevendo os custos. O plano de gestão do projeto consistiu em elementos para a supervisão da avaliação que está sendo realizada, tornando as atividades mais eficientes. Coube ainda pensar nas ações de comunicação necessárias para divulgação dos resultados da avaliação. Algumas questões centrais deveriam ser respondidas:

- O que é preciso para realizar a avaliação/monitoramento?
- Como organizar as atividades?
- Quem deve desempenhá-las?
- Quais recursos são necessários para seu desenvolvimento?
- Qual o custo das ações?
- Quando as atividades devem ser realizadas? Qual a temporalidade do monitoramento/avaliação?
- Como divulgar os resultados da avaliação?
- Quais são os resultados esperados?

Foram disponibilizados material bibliográfico referente ao Planejamento em Saúde que auxiliou nesta etapa de planejamento e gestão, considerando sobretudo a etapa de programação operativa das ações. (PAIM, 2006; TEIXEIRA, 2010)

MOMENTO 6

Reconhecendo a construção do TCC um processo transversal que envolveu distintas etapas, desde o início do Curso, incentivou-se, neste momento final, que os alunos sistematizassem as atividades já trabalhadas nos momentos anteriores, sempre dispondo do apoio do docente orientador.

Assim, solicitou-se aos alunos a redação final do Projeto de Avaliação em Saúde, como produto final do Curso de Especialização em Saúde Coletiva com Área de Concentração Monitoramento e Avaliação em Saúde e Informações Estratégicas.

Após a entrega do TCC e posterior aprovação pela banca examinadora, os projetos foram socializados em Salões de Pôsteres com apresentação virtual no Moodle bem como, ocorreu a socialização presencial em 2019 em sete capitais brasileiras escolhidas conforme critérios de proximidade/deslocamento, diferentes regiões, maior concentração de alunos concluintes, etc.

MOSTRA VIRTUAL EM AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO EM SAÚDE: OBJETIVOS E DINÂMICA

A Mostra Virtual consistiu em encontros virtuais assíncronos, realizados após o término do Curso de Especialização, com objetivo de debater atualidades, tendências e perspectivas da Avaliação e Monitoramento em Saúde e compartilhar os produtos gerados por meio dos TCCs realizados no âmbito do Curso de Especialização em Saúde Coletiva, elaborados a partir da experiência de trabalho de cada aluno, considerando a realidade do serviço em que estava inserido em diferentes contextos municipais, estaduais e no nível federal. O espaço pode ser utilizado também para apresentação de vivências e práticas em M & A das Seções de Apoio Institucional e Articulação Federativa (Seinfs), estado e municípios, DEMAS/MS, Departamento de Gestão Interfederativa e Participativa do Ministério da Saúde (DGIP/MS).

A cada encontro, três alunos egressos do Curso fizeram a apresentação de seu trabalho. Ao final da apresentação, foram discutidos os trabalhos pelo apresentador e pelo público (por meio do *chat*). As sessões ficaram gravadas e disponíveis ao público, pelo Youtube.

A mostra, geralmente realizada em 90 minutos, possuía a seguinte estrutura: coordenador a quem coube apresentar a sessão e conduzir o debate, foi responsável por interagir com o público participante, a partir do *chat* do YouTube. Apresentador convidado dispunha de 20-30min. (máximo) para uma exposição sobre um tema específico; debatedor(a)

poderia utiliza no máximo cinco minutos para problematizar a exposição (opcional); expositores de TCC eram três egressos do curso por sessão (10 min. cada) para expor os aspectos centrais de seu Trabalho. A principal mídia para a transmissão foi o canal do Laboratório ISC no YouTube.

Foram estabelecidos temas para discussão, a cada encontro: avaliação de programas e serviços de saúde, estudos de cobertura, sistema de informação, institucionalização das práticas avaliativas e formação profissional. Os encontros estão disponíveis conforme os links a seguir:

- Tema 1 - Avaliação de Programas e Serviços de Saúde em tempos de pandemia;³
- Tema 2 -Avaliação de cobertura, acesso e acessibilidade a serviços de saúde;⁴
- Tema 3 - Os sistemas de informação em saúde e o monitoramento no SUS;⁵
- Tema 4 - A Formação profissional e avaliação em saúde;⁶
- Tema 5 - Planejamento, gestão e avaliação em saúde.⁷

PANORAMA DOS TCC PRODUZIDOS EM TODO O PAÍS

Ao término da primeira turma do Curso de Especialização, foram produzidos mais de 170 trabalhos, discutindo o tema da Avaliação e Monitoramento em Saúde sobre políticas, programas, ações em saúde, com grande variedade temática, diferentes níveis e abordagens, e abrangência municipal, estadual, regional e nacional. O Quadro 1 sistematiza os TCCs por atributos da avaliação; por políticas, programas de saúde específicos, destacando-se temas de interesse da gestão; temas por doenças e agravos; temas de interesse da vigilância epidemiológica; temas por grupos

3 Ver: <https://www.youtube.com/watch?v=udD7JUazWcc&t=4744s>.

4 Ver: <https://www.youtube.com/watch?v=udD7JUazWcc&t=4744s>.

5 Ver: https://www.youtube.com/watch?v=ktC0_GT0Cic&t=260s.

6 Ver: <https://www.youtube.com/watch?v=ONTKtcOjKoM>.

7 Ver: <https://www.youtube.com/watch?v=F3IuCHiiiV8&t=13s>.

populacionais; temas referentes a análise dos sistemas de informação e ainda uma sistematização dos principais enfoques metodológicos

Quadro 1 – Sistematização dos temas dos TCCs

Temas	Enfoques
Atributos da avaliação	<p>Estudos de avaliabilidade; Avaliação da cobertura, acesso, equidade; Avaliação da implantação; Avaliação da qualidade; Avaliação da percepção/ satisfação do usuário; Avaliação da efetividade; Avaliação executiva; Monitoramento de resultados.</p>
Políticas, programas de saúde específicos	<p>Política nacional de saúde da pessoa com deficiência; Programa nacional de segurança do paciente; Política nacional de atenção ao portador de doença renal; Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica; Programa mais médicos; Programa nacional de apoio à atenção da saúde da pessoa com deficiência (PRONAS/PCD); Programa nacional de combate a mortalidade materna; Estratégia amamenta e alimenta Brasil; Política nacional de atenção ao portador de doença renal; Programa aqui tem farmácia popular; Programa abra a boca para saúde (São Bernardo do Campo); Programa melhor em casa (Imperatriz - MA); Programa estadual de tratamento das hepatites virais (Mato Grosso); Programa PermanecerSUS; Projeto AcolheSUS; Operação tumbira no controle da tungüase; Programa de suplementação de ferro em crianças menos de 2 anos; Plano municipal de atenção à criança com microcefalia; Programa saúde na escola; Programa requalifica UBS; Programa telediagnóstico; Programa caminhos do cuidar nas policlínicas regionais de saúde da Bahia; Programa de qualificação das ações de vigilância em saúde (PQAVS); Programa de triagem neonatal; Programa de cadastro único de doadores de sangue na hemorrede; Programa de atenção às pessoas com doença falciforme; Rede cegonha; Avaliação normativa do programa rede cegonha; Implantação do teste rápido de sífilis em gestantes Rede de saúde mental; Rede de proteção e cuidado dos adolescentes; Especialidades nas policlínicas regional de saúde; Saúde bucal; Escovação dental supervisionada; Salas de vacina; Serviços de mamografia; Serviço farmacêutico; Unidades de pronto atendimento; Protocolo de classificação de risco; Fluxograma fila de espera de transplante rim.</p>

Temas	Enfoques
Gestão	Auditoria/ sistema nacional de auditoria no SUS; Apoio institucional e articulação federativa; Gestão participativa; Controle social do SUS; Plano municipal de saúde como ferramenta contínua de planejamento; Grupo de trabalho de planejamento distrital; Monitoramento dos instrumentos de gestão em uma região de saúde da Bahia; Educação em saúde; Vigilância em saúde do trabalhador; Agenda de ações estratégicas; Consórcios; Avaliação da judicialização; Gestão de convênio do MS; Avaliação da implantação do sistema informatizado de regulação estadual de leitos para saúde mental; Painel de indicadores da diretoria de atenção à saúde da EBSERH; Estratégia distritos administrativos de saúde do município de Palmas.
Doenças e agravos	Traumas maxilofaciais causados pela violência; Acidentes motociclisticos; Gravidez na adolescência; Assédio moral no trabalho; Obesidade; Hipertensão e diabetes; Tuberculose; Arboviroses; Prevenção do suicídio; Saúde auditiva; Redução da incidência de abortamento.
Vigilância epidemiológica	Tungüise; Hanseníase; Sarampo; Tuberculose; Arboviroses; Avaliação da influenza; Controle da esquistossomose; Sífilis gestacional no contexto da saúde indígena; Mortalidade infantil e fetal; Vigilância das epizootias em primatas não humanos; Avaliação das ações de combate ao vetor aedes aegypti; Avaliação de indicadores em imunização: operacionalização e efetividade do SIPNI; Integração da vigilância em saúde e atenção básica; A importância da vigilância nos casos descartados para dengue.
Grupos populacionais	Pessoas privadas de liberdade; Povos indígenas; Idosos; Gestantes; Crianças e adolescentes; Mulher e saúde do adulto.
Sistemas de informação	Implementação do e-SUS AB; Monitoramento dos indicadores atenção básica; Monitoramento indicadores do sisab; Sistema geoportal; Utilização do quesito raça/cor no prontuário eletrônico; Armazenamento de dados cadastrais dos trabalhadores e ex-trabalhadores expostos ao amianto; Monitoramento da produção por habitação dos hospitais universitários federais da rede EBSERH; Avaliação da qualidade do sistema de informação do programa nacional de imunizações (SIPNI).

Fonte: elaborado pelas autoras.

Como estratégia para socialização dos produtos do TCC entre os cursistas, foi proposto dentro do AVA a organização de um Salão de Pôsteres, possibilitando assim o acesso à leitura dos itens principais dos trabalhos produzidos.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O PROCESSO

A oferta de cursos de especialização na modalidade EAD, articulando os produtos de TCC ao processo de trabalho dos estudantes deve ser o eixo condutor da formação em serviços. No caso do curso em questão observa-se, pela lista de atributos e temas abordados nos projetos de avaliação desenhados, que o alcance das propostas abrangeu grande parte do elenco de políticas e programas e ações de saúde desenvolvidas no âmbito do SUS e dos diferentes níveis do sistema.

REFERÊNCIAS

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. *In*: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M. *et al.* Tratado de saúde coletiva. Rio de Janeiro, HUCITEC: Fiocruz, 2006. p. 767-782. (Saúde em debate, v. 170).

ROWAN, M. Logic Models in Primary Care Reform: Navigating the Evaluation. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, Calgary, v. 15, n. 2, p. 81-92. 2000. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/LOGIC-MODELS-IN-PRIMARY-CARE-REFORM-%3A-NAVIGATING-Rowan/9e32a1854674476854e50521d0028b8473e1e155>. Acesso em: 22 abr. 2022.

TEIXEIRA, C. F. (org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: Edufba, 2010.

AVALIAÇÃO DE COBERTURA E ACESSIBILIDADE

CONCEITOS E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

ALCIONE BRASILEIRO OLIVEIRA
MAISA MÔNICA FLORES MARTINS
MARINA LUNA PAMPONET

INTRODUÇÃO

Esse capítulo foi elaborado enquanto texto de referência para o estudo sobre a Avaliação de Cobertura e Acessibilidade a serviços de saúde, no âmbito do curso de especialização em Saúde Coletiva. Apresenta de forma simplificada os principais conceitos sobre o tema objetivando seu sentido a partir da proposta inicial de Donabedian, 1988. Com o mesmo intuito, aborda aspectos metodológicos e desenhos de estudo para orientar a elaboração de projetos de avaliação de cobertura e acessibilidade, avançando na seleção de critérios e indicadores e identificação de Padrões assistenciais para a avaliação. O texto traz exemplos de trabalhos que utilizaram mesmo escopo teórico-metodológico e que podem ser consultados.

Garantir o acesso a serviços de saúde tem sido um dos grandes desafios de diversos países, principalmente aqueles com sistemas universais, como é o caso do Brasil. Ainda que se observem avanços importantes na organização dos serviços e elevadas taxas de utilização na realidade brasileira, persistem problemas caracterizados pela existência de obstáculos

ao processo de busca e obtenção de serviços, que por sua vez implica em redução da acessibilidade aos serviços, principalmente para aqueles grupos que mais necessitam. (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010; IBGE, 2010)

A avaliação de uma política, programa ou serviço de saúde pode ser realizada por meio da análise de diversos atributos. A diversidade conceitual e metodológica presente no campo da avaliação em saúde conduz à necessidade de abordar esses atributos a partir de referenciais capazes de auxiliar na compreensão sobre as diferenças de uso desses descritores, e na objetivação dos seus conceitos, utilizados, muitas vezes, sem a necessária diferenciação.

Essa revisão está destinada a orientar a discussão acerca dos atributos relacionados à disponibilidade e distribuição social dos recursos: a cobertura e a acessibilidade. Serão discutidos nesse capítulo, os conceitos básicos sobre cobertura, utilização/ acesso e acessibilidade aos serviços de saúde e, os principais aspectos metodológicos para a condução de uma avaliação.

AVALIAÇÃO DE COBERTURA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

O conceito de cobertura consiste em uma dupla perspectiva: observar a capacidade de oferta de um serviço e em que medida esses recursos ofertados foram utilizados por uma dada população. Ressalta-se que, em ambas as possibilidades, devem ser observadas as necessidades populacionais estimadas, seja para orientar a oferta e programação dos serviços, o que pode ser observado na “cobertura potencial”, ou para julgar o quanto esses serviços foram utilizados pela população alvo das ações no âmbito da “cobertura real”. (SOBERÓN, 1988; VIEIRA-DA-SILVA, 2014)

O conhecimento sobre a disponibilidade de serviços ou recursos materiais e humanos (cobertura potencial) contribui para o gestor definir, de forma mais precisa, metas e programações de atividades. A cobertura é vista como “potencial” quando observa-se a relação entre a população de uma área, os serviços e recursos disponíveis. Nesse caso, leva-se em consideração a disponibilidade de serviços, ou seja, a sua oferta em função de um dado parâmetro populacional, comumente estimado em documentos

oficiais. Além disso, para discutir outros atributos da avaliação, é necessário que as ações de saúde sejam, preliminarmente, oferecidas à população usuária.

Quando o conceito de cobertura se refere, para além da sua oferta, à população que efetivamente utilizou determinadas ações ou programas, ou seja, a proporção da população que está sendo beneficiada por determinada ação ou programa, comumente tem-se referido à cobertura real ou utilização. (VIEIRA-DA-SILVA, 2014)

Assim, a cobertura potencial está diretamente relacionada à oferta dos serviços, enquanto a cobertura real diz respeito à utilização destes, ambos relacionados a um parâmetro populacional estimado. Para melhor objetivar os conceitos, os termos “cobertura real” e “utilização” dos serviços de saúde, quando consideram o uso de parâmetros assistenciais, podem ser empregados como sinônimos, uso já referido em outras publicações da área. (VIEIRA-DA-SILVA, 2005)

A cobertura real ou utilização dos serviços podem ser analisadas em função do quanto os profissionais realmente produziram em termos de procedimentos registrados, ou seja, registros de serviços que foram realizados pelos usuários potenciais. (CHAVES et al., 2011) Esses procedimentos descrevem todos os contatos realizados com os serviços de saúde que podem incluir consultas, internamentos, cuidados preventivos, diagnósticos, terapêuticos ou de reabilitação.

POPULAÇÃO ALVO E PARÂMETROS ASSISTENCIAIS

Para avaliar as coberturas potencial e real, é necessário conhecer a população alvo da intervenção (programa, ações, serviços, política). Assim, a população alvo deve ser especificada de acordo com as características e o conteúdo da intervenção a ser avaliada e nem sempre corresponde a população total. Por exemplo, as ações previstas no pré-natal têm como população-alvo as gestantes, porém, determinadas ações, podem ser subdivididas em grupos menores, tendo como alvo as gestantes de alto risco, um subgrupo do total de gestantes.

Para definição da população alvo, pode-se recorrer às estimativas populacionais que por sua vez podem levar a possíveis sub ou superestimação

populacional, o que pode interferir nos cálculos de indicadores de cobertura potencial (oferta) e real (utilização).

No contexto da APS no Brasil, a população alvo de determinada intervenção pode também ser obtida a partir do cadastro de famílias acompanhadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Nesse caso, o processo de territorialização, com a adscrição de clientela, contribui para definir uma população a ser beneficiada pelo conjunto de ações relacionadas com a atenção básica. Ao interior dessa população, subgrupos podem ser identificados, como usuários que apresentem morbidades específicas ou que participem de determinadas ações oferecidas pelas unidades de saúde.

Observa-se que além de se estimar a população alvo e se obter dados sobre as ações desenvolvidas pelos programas, é necessário para os estudos de cobertura, estabelecer e utilizar critérios e padrões assistenciais que possam servir de instrumentos para a análise. Esses padrões ou parâmetros devem servir para orientar a capacidade de produção de serviços de assistência à saúde, incluindo recursos humanos e materiais.

Entende-se um padrão ou parâmetro como um modelo ou valor de referência para mensuração de um fenômeno ou objeto, considerado como ideal, podendo ou não ser expresso numericamente. Representam recomendações técnicas ideais, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas, podendo sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com realidades epidemiológicas e financeiras. (BRASIL, 2002, 2015)

Parâmetros assistenciais para avaliação na APS podem ser organizados a partir de áreas temáticas como a atenção à gravidez, parto e puerpério e a atenção às pessoas com doenças crônicas não transmissíveis. A exemplos desses padrões assistenciais da atenção ao pré-natal na APS, tem-se números de consultas ou exames, como apresentado no quadro 1.

Nos casos da inexistência desses parâmetros, podem ser estabelecidos padrões através de séries históricas dos indicadores, ou a partir da adoção do valor para outras populações do estado ou país. (MEDINA et al., 2005)

Quadro 1 – Exemplo de população alvo e parâmetros assistenciais da atenção ao pré-natal do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme Cadernos Portaria nº 1.631, Ministério da Saúde, de 1º de outubro de 2015

POPULAÇÃO ALVO	PARÂMETRO PROPOSTO
Estimativa de total de gestantes	No de nascidos vivos do ano anterior + 5%
Gestantes de Risco Habitual	85% das gestantes estimadas
Gestantes de Alto Risco	15% das gestantes estimadas
PROCEDIMENTOS (Atenção Primária à Saúde e Atenção Ambulatorial Especializada)	
Consulta médica (pré-natal)	3 consultas/gestante
Consulta de enfermagem	3 consultas/gestante
Consulta odontológica	1 consulta/gestante
Ações educativas Unid/gestante	4 reuniões/ gestante
Anti-HIV1 e Anti-HIV2	2 exames / gestante
Ultrassom obstétrico	1 exame / gestante

Fonte: elaborado pelas autoras, adaptado de Brasil (2015).

Recomenda-se leitura da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, que dispõe além de outros detalhes a coletânea de normas, critérios e parâmetros vigentes e com caráter normativo para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde que constam em Políticas já regulamentadas pelo Ministério da Saúde, dentre elas a organização da Atenção Básica, a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. (BRASIL, 2015, BRASIL 2017,)

MÉTODO PARA O CÁLCULO DE COBERTURA

Para exercitar o cálculo da avaliação de cobertura potencial e real de serviços (relação entre oferta e população atendida), com base no parâmetro proposto na portaria ministerial nº 1631/2015, vamos a um exemplo:

Um município de 60.000 habitantes apresentou uma produção de 38.000 consultas médicas, dispõe de 10 médicos que trabalham na atenção básica 30 horas semanais. Considerando os padrões de 4 consultas por hora/profissional e 1,5 consultas/habitante por ano, pode-se calcular a cobertura potencial e real:

Cobertura Potencial (CP)

CP = $\frac{\text{n}^\circ \text{ de profissionais} \times \text{carga horária semanal} \times 4 \text{ semanas} \times 11 \text{ meses} \times \text{procedimentos hora}}{\text{População alvo} \times \text{padrão de concentração de procedimento por ano}} \times 100$

População alvo X padrão de concentração de procedimento por ano

CP = $\frac{10 \text{ médicos} \times 30\text{hs semanais} \times 4 \text{ semanas} \times 11 \text{ meses} \times 4 \text{ consultas}}{60\text{mil habitantes} \times 1,5 \text{ consulta habitante/ano}} \times 100$

60mil habitantes X 1,5 consulta habitante/ ano

CP = 58,6%

Cobertura Real (CR)

CR = $\frac{\text{n}^\circ \text{ de procedimentos realizados em determinado ano}}{\text{População alvo} \times \text{padrão de concentração de procedimento por ano}} \times 100$

População alvo X padrão de concentração de procedimento por ano

CR = $\frac{38\text{mil procedimentos/ano}}{60\text{mil habitantes} \times 1,5 \text{ consulta hab/ano}} \times 100$

60mil habitantes X 1,5 consulta hab/ano

CR = 42,2%

A diferença entre cobertura potencial e real aponta a necessidade de estudos em maior profundidade para investigar as razões para essa discrepância que podem ocorrer no âmbito da organização do registro das ações, no cumprimento de carga horária de trabalho, na existência de barreiras geográficas, culturais ou econômicas que dificultam a plena utilização dos serviços.

Estudo realizado comparando-se as coberturas potencial e real da Atenção Básica no município de Salvador, Cardoso e Vieira-da-Silva (2012), verificaram que nem sempre maior cobertura potencial implicou maior cobertura real, ou seja, em melhor utilização da capacidade disponível. Em todos os distritos sanitários, foram observadas diferenças percentuais entre as coberturas potencial e real de consultas médicas e ações de odontologia que variaram entre -11,1% e 88,3%, indicando a existência de problemas na gestão e organização dos serviços de saúde. (CARDOSO; VIEIRA-DA SILVA, 2012)

Esse tipo de avaliação tem poder descritivo, levantando hipóteses que necessitam de estudos complementares para sua confirmação.

ASPECTOS METODOLÓGICOS DOS ESTUDOS SOBRE COBERTURA E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Os estudos sobre cobertura e utilização usam predominantemente dados quantitativos, e os sistemas de informação em saúde têm sido a principal fonte de dados para aferir a produção dos serviços, informação central para o cálculo de cobertura real (utilização), e aferição da cobertura potencial (oferta). Outras importantes fontes de dados são os inquéritos, estudos de base populacional, e as informações oriundas do próprio serviço de saúde, como ponto eletrônico, produção por profissional (número de consultas, procedimentos realizados, número de exames realizados) e relatórios técnicos

Os inquéritos populacionais são os mais indicados para descrever perfis e padrões de utilização de serviços, apontando os grupos sociais e etários que mais fazem uso dos serviços e ações. Nesses casos, os inquéritos, por permitir uma ampla coleta de dados, trazem como principal vantagem a possibilidade de mensurar a demanda espontânea real e a utilização dos serviços programados de forma organizada. (VIACAVA; DACHS; TRAVASSOS, 2006; VIACAVA, 2002) Contudo, vale ressaltar que sua organização requer maior disponibilidade de tempo e de recursos humanos e materiais para a sua execução.

No Brasil, inquéritos de grandes dimensões populacionais, que abrangem a avaliação de utilização de serviços de saúde, cobertura de planos de seguro-saúde e perfil de necessidades de saúde da população brasileira, vêm sendo realizados pelo Ministério da Saúde (MS) em parceria com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), destacando-se as três edições da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) em 1998, 2003 e 2008. (IBGE, 2010, 2015) Desde 2015, condições de saúde e aspectos relacionados à assistência à saúde passaram a fazer parte do objeto de investigação da Pesquisa Nacional de Saúde - PNS. (IBGE, 2015)

Estudos sobre utilização de serviços indicam quais grupos populacionais mais utilizam determinados serviços de saúde, assim como podem caracterizar os perfis de conformação demográfica, social, cultural e condições de saúde desses indivíduos. Nessa perspectiva, distingue-se do conceito de cobertura real, visto não considerar parâmetros populacionais, descrevendo o perfil de utilização dos serviços.

Geralmente, grupos formados por idosos, mulheres e pacientes com doenças graves tendem a utilizar mais os serviços de saúde e pessoas com maior escolaridade e em situação econômica mais favorável fazem melhor uso desses serviços. (LIVINGSTON et al., 2002; TRAVASSOS; CASTRO, 2008)

É importante destacar que os estudos geralmente apresentam os termos acesso e utilização de serviços de saúde, como sinônimos. Trata do ingresso no serviço de saúde, condicionada a uma necessidade (percebida ou diagnosticada) que leva o indivíduo a procurar pelo serviço. (CRUZ, 2015)

Em que pese a importância de conhecer o perfil de utilização dos serviços pelos distintos grupos populacionais, uma parte das pessoas que procuram por serviços não são atendidas, ou passam por dificuldades e obstáculos nessa procura. No âmbito da Atenção Primária à Saúde as principais barreiras incluem: excesso de usuários vinculados às equipes da ESF, número reduzido de Médicos de Família e Comunidade, com pouca interiorização/fixação, burocratização e problemas funcionais dos serviços, como rigidez nos agendamentos e priorização de grupos específicos (hipertensos, puericultura etc.) (TESSER et al., 2018).

Assim, situações em que se verifiquem grandes desigualdades sociais no uso dos serviços com dificuldades importantes para a obtenção do cuidado por parte do usuário, ou seja, barreiras à plena utilização dos serviços, outra linha de investigação passa a ter grande importância, que será chamada, nesta sistematização, de avaliação de acessibilidade aos serviços de saúde.

AValiação DA ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O conceito de acessibilidade a serviços de saúde neste estudo baseia-se na clássica definição proposta por Donabedian (1988), definido como uma característica dos serviços que facilita ou obstaculiza a sua utilização por parte dos usuários potenciais. Donabedian (1988) considera que a acessibilidade é algo que se coloca entre a capacidade de proporcionar serviços e a produção real destes serviços. Nesse sentido, inclui aquelas características dos recursos que permitem que estes sejam mais facilmente utilizados, em maior ou menor medida pelos “clientes potenciais”. (DONABEDIAN, 1988) Frenk (1985) baseou-se nos elementos dos sujeitos e dos serviços de saúde para desenvolver um conceito de acessibilidade a partir do modelo

inicial de Donabedian. Dado o evento da necessidade e a busca propriamente dita, os esforços seguintes se concentram em verificar os fatores que impedem ou facilitam o processo de busca e obtenção.

A acessibilidade a serviços de saúde representa um importante componente de um sistema de saúde quando se efetiva o processo de busca do cuidado. (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010)

Desse modo, os estudos sobre acessibilidade incorporam tanto aqueles usuários que procuraram por serviços de saúde e conseguiram utilizar, quanto aqueles que encontraram obstáculos e não chegaram a fazer uso dos mesmos. Essa característica dos estudos de acessibilidade, permite fornecer uma ampla visão sobre o funcionamento dos serviços, sendo capaz de responder sobre a razão das discrepâncias entre cobertura potencial e real: quais características de acessibilidade podem impedir e dificultar a plena utilização dos serviços?

Donabedian (1988) propõe um modelo em que a acessibilidade é determinada por duas dimensões: geográfica e organizacional. Em função desses dois aspectos, os serviços devem se estruturar para reduzir ao máximo os impedimentos dos usuários aos mesmos.

Na acessibilidade geográfica destaca-se os aspectos geográficos, a existência de transporte, localização e o deslocamento entre o domicílio e o serviço. Enquanto na acessibilidade organizacional estão em jogo os aspectos referentes ao modo de organização dos serviços, nesse caso, todos os aspectos relacionados ao seu funcionamento que interferem na relação entre usuário e serviços tendo em vista a plena utilização. Por sua vez, os aspectos geográficos evidenciam a existência de transporte, localização e o deslocamento entre o domicílio e o serviço.

Em contextos de grandes desigualdades sociais e em saúde, como a realidade brasileira, a garantia do acesso ao serviço de saúde deve considerar as necessidades dos diversos grupos populacionais, em particular daqueles mais vulneráveis a riscos e agravos à saúde. Desse modo, a equidade deve nortear a organização de ações e serviços de saúde, com fins de viabilizar o acesso para grupos sociais com maiores necessidades de saúde e de serviços. (VIANA; FAUSTO; LIMA, 2003; TRAVASSOS; MARTINS 2008) Ao priorizar esses grupos, é possível reduzir parte das desigualdades observadas na utilização de serviços, geradas, em parte, pelas precárias condições de vida da população.

A avaliação de atributos relacionados a distribuição social dos recursos visando a organização de sistemas de saúde deve incorporar critérios distributivos, escolha de indicadores para analisar o grau de diferenças e a interpretação dos resultados em relação aos efeitos das intervenções. (VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009)

ASPECTOS METODOLÓGICOS DOS ESTUDOS SOBRE ACESSIBILIDADE A SERVIÇOS DE SAÚDE

A operacionalização do conceito de acessibilidade aos serviços tem sido realizada a partir da articulação de técnicas capazes de perceber as características da oferta dos serviços que podem facilitar ou dificultar o processo de obtenção do cuidado e as características individuais que pre-dispõem ao uso. (CUNHA; VIEIRA DA SILVA, 2010)

Esses estudos devem incorporar diversas fontes de dados e técnicas de coleta, visando alcançar o máximo de evidências e produzir subsídios capazes de desenvolver ações que tornem os serviços mais acessíveis.

Entre os desenhos de estudo mais indicados para o desenvolvimento de investigações sobre acessibilidade a serviços de saúde estão os estudos de caso. Trata-se de estudos que buscam entender com maior profundidade o objeto e suas interrelações, a fim de produzir maior compreensão sobre o caso em estudo. Pode ser realizado em função do próprio indivíduo, de um município ou de um processo de implantação de determinada estratégia. (YIN, 2001)

Um aspecto relevante nos estudos de caso é a reflexão sobre o tamanho e critérios de seleção da amostra de informantes. Assim, considera-se que devem ser selecionados informantes que tenham uma relação objetiva ao tema, que possa enriquecer a análise com sua experiência e, nesse caso, o critério de seleção privilegia a intencionalidade da escolha. O mais importante é que os procedimentos de coleta e as decisões tomadas estejam completamente descritas, explicadas e justificadas para a compreensão da investigação. (PATTON, 2001)

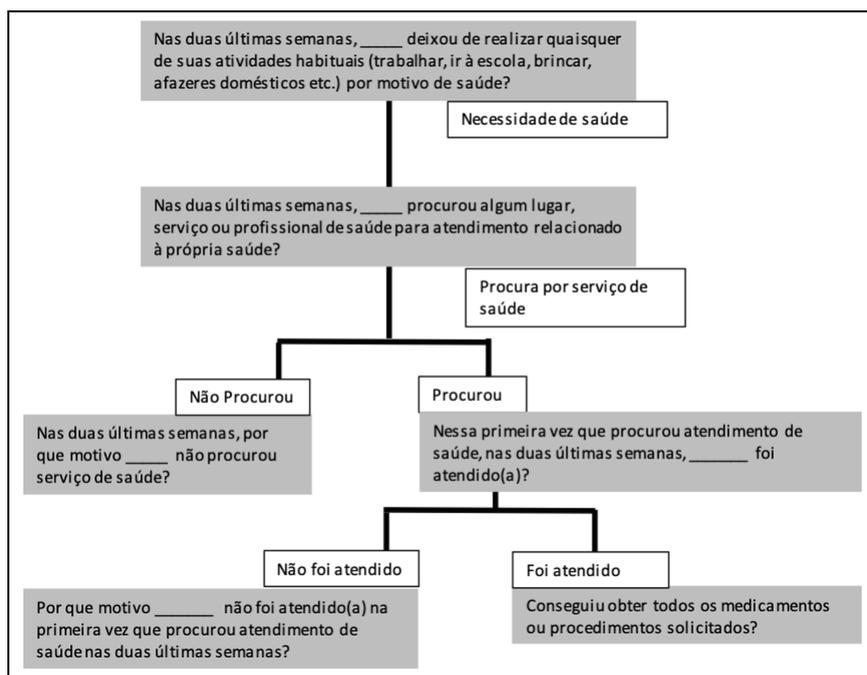
Também os inquéritos populacionais podem ser fontes primárias para estudos que abordem a questão da acessibilidade e da utilização e podem ser pontos de partida para o aprofundamento da questão mediante os

“estudos de caso” para os estudos de acessibilidade. (CUNHA; VIEIRA-DA-SILVA, 2010; MARTINS et al., 2019)

Para caracterizar o processo de busca e obtenção do cuidado é fundamental caracterizar a necessidade do usuário em procurar um serviço, utilizando-se quatro perguntas básicas, a partir das quais outras podem e devem ser formuladas.

- Sentiu necessidade de procurar por serviços de saúde?
- Procurou por serviços de saúde?
- Se procurou, foi atendido?
- Enfrentou dificuldades para conseguir atendimento?

Figura 2 - Fluxograma adaptado do questionário da Pesquisa Nacional de Saúde - PNS (IBGE, 2013) sobre a necessidade de saúde, a procura e utilização dos serviços de saúde e dificuldades ou barreiras enfrentadas durante a procura



Fonte: elaborada pelos autores, com dados do IBGE (2015).

Tanto nos estudos de caso como em grandes inquéritos, a sequência de perguntas sobre a utilização de serviços e características da acessibilidade aos mesmos, geralmente é referida para os últimos 15 dias. (Figura 2)

Como informantes-chave para os estudos de acessibilidade devem ser pensados todos os envolvidos no processo, incorporando: a) Gestores e profissionais dos serviços que atuam em nível de coordenação; b) Profissionais e pessoal de saúde dos serviços que se quer investigar; c) População que tenha ou não utilizado os serviços visando identificar facilidades e dificuldades enfrentadas.

Tem sido cada vez maior o consenso sobre a necessária articulação de um conjunto de técnicas capazes de emitir o maior volume de evidências, independente de sua caracterização como quantitativas ou qualitativas. Assim, a depender do tipo de estudo que escolher, cabe ao pesquisador selecionar os meios de coleta de dados mais adequadas, como apresentado abaixo:

- **Entrevistas semiestruturadas:** realizadas a partir de roteiro de questões previamente elaborado. É importante que o entrevistador tenha domínio do tema, e seja treinado para a escuta ativa, interferindo o mínimo possível, contudo, direcionando para o objetivo do trabalho. O caráter flexível do roteiro deve contribuir para identificar aspectos que exijam maior exploração na fala do entrevistado. É importante a gravação das falas e a posterior transcrição para garantir maior fidedignidade aos relatos;
- **Observação sistemática:** muito utilizada, principalmente no que se refere às práticas de saúde captando o grau de envolvimento dos agentes com o serviço. Seria interessante realizar a observação com a máxima variação de tempo possível, e pode-se concluir o processo quando não emergir informações relevantes ou adicionais;
- **Grupo focal:** caracteriza-se por explorar um tópico em profundidade por meio de discussão em grupo, através da percepção das reações e das opiniões explicitadas sobre os serviços, a experiência de busca dos serviços, entre outras;
- **Análise documental:** documentos oficiais necessários à compreensão do objeto de análise, como planos de saúde e relatórios de gestão;
- **Dados secundários:** coleta de dados dos sistemas de informação em saúde, como banco de dados da produção ambulatorial e hospitalar,

dados sobre doses aplicadas e cobertura de imunobiológicos, cobertura populacional de Atenção Básica e, coleta de outras informações sobre a situação socioeconômica da população, como os dados dos censos do IBGE;

- **Registros fotográficos ou filmagens:** Registros que contribuam para evidenciar a situação observada devem ser agregados ao projeto: como exemplo, imagens de filas de espera, da disposição física das salas de atendimento, da recepção de unidades, entre outros.

ANÁLISE DE DADOS

Para a avaliação de cobertura e acessibilidade, o uso de matrizes é muito importante para sistematizar os achados com base no modelo lógico desenhado e os critérios e padrões apresentados. Lembrem que toda avaliação deve ter critérios e padrões, objeto de outro capítulo dessa coletânea. É o momento de verificar em que medida os critérios observados contribuíram para a caracterização da situação. Dessa forma as características são organizadas em dimensões e critérios apresentam pesos e pontuações definidos pelos próprios pesquisadores, baseados em avaliações precedentes ou através de consensos entre pesquisadores.

Quadro 2 – Matriz de dimensões e critérios para análise da acessibilidade geográfica a serviços de saúde

Dimensão	Critério	Pontos máximo	Insatisfatória	Intermediária	Satisfatória
Acessibilidade geográfica (15 pontos)	Distância da residência do usuário para a USF/UBS.	5	Tempo de marcha acima de 30 minutos (0).	Tempo de marcha entre 15 e 30 minutos (2,5).	Tempo de marcha inferior a 15 minutos (5).
	Distância da residência para o CAE e laboratório.	5	Tempo de marcha acima de 60 minutos (0).	Tempo de marcha entre 30' e 60 minutos (2,5).	Tempo de marcha inferior a 30 minutos (5).
	Existência de transporte.	5	Não existe transporte da residência do paciente até a USF, UBS, hospital ou CAE (0).	Existe apenas para o hospital ou CAE (2,5).	Existe para as unidades, hospital e CAE (5).

Legenda: ACS: agentes comunitários de saúde; CAE: Centro de Atenção Especializada; PSF: Programa Saúde da Família; SAME: Serviço de Arquivo Médico e Estatística; UBS: unidades básicas de saúde; USF: unidades de saúde da família.

Fonte: adaptado de Cunha e Vieira-da-Silva (2010).

O Quadro 2 apresenta um exemplo de matriz de dimensões e critérios para análise da acessibilidade geográfica a serviços de saúde, elaborado

por Cunha e Vieira-da-Silva (2010), apresentando as pontuações para cada critério e dimensão.

A análise dos dados de uma avaliação de acessibilidade aos serviços, depende do tipo de estudo em questão, podendo apresentar caráter quantitativo ou qualitativo. Os estudos quantitativos podem ser do tipo exploratórios, quando descrevem frequências ou proporções dos eventos relacionados a acessibilidade, ou confirmatórios, quando há uma hipótese a ser verificada. Geralmente, são realizados sob a forma de inquéritos, considerando com população de estudo indivíduos que residem em determinada área, incluindo aqueles que procuraram ou não os serviços de saúde.

Para estudo qualitativos, a análise das informações pode ser conduzida por meio da construção de matrizes que auxiliam a análise com base no modelo teórico-lógico adotado. Esse passo se constitui em grande desafio, pois devem contemplar estratégias de mensuração dos critérios estabelecidos. É o momento de verificar em que medida os critérios observados contribuíram para a caracterização da situação. Deve-se considerar que nenhum fator isoladamente é a causa direta de um fenômeno observado, mas esse é resultado de um número considerável de fatores, que juntos contribuíram para os resultados obtidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação de cobertura e acessibilidade permite aferir a disponibilidade e distribuição dos recursos de uma dada intervenção. Como visto, sua operacionalização vai depender do seu direcionamento, mas pode ser realizada com o acompanhamento de indicadores de cobertura assistencial (prática adotada na rotina de gestores de saúde) ou por metodologias mais complexas como os estudos de caso ou estudos transversais mediante inquéritos populacionais.

A polissemia dos termos utilizados nesses tipos de avaliação, limitam a comparação entre os estudos, sendo importante objetivar os conceitos de cobertura, utilização/acesso e acessibilidade.

Embora seja reconhecida a importância da avaliação de cobertura, torna-se necessário indicar a existência de limites na interpretação dos seus resultados, em função da dificuldade em definir os parâmetros mais

adequados a determinada realidade. A elaboração de parâmetros com base em médias de procedimentos realizados nacionalmente pode gerar distorções, correndo-se o risco de desconsiderar as particularidades regionais que influenciam o uso diferenciado dos serviços entre as regiões e estados do país. Do mesmo modo, a realização de avaliação de cobertura com base em estimativas populacionais corre o risco de superestimar ou subestimar os indicadores produzidos. (SOBERÓN, 1988) Por exemplo, no caso das coberturas vacinais, as estimativas realizadas a partir do número total de doses distribuídas em campanhas podem não corresponder à cobertura real, tendo em vista que não há informações sobre cada criança individualmente. (VIEIRA-DA-SILVA et al., 1997) Além disso, existe a possibilidade de usuários que utilizaram os serviços não corresponderem à população beneficiária da intervenção ou programa.

Ressalta-se a importância de incorporar aspectos das necessidades sociais e de saúde e das condições de vida da população, ampliando o debate a partir da compreensão da equidade. Considerando a noção de equidade relacionada à justiça social, o sistema de saúde apresenta um papel fundamental quando realiza intervenções que contribuem para a redução das desigualdades sociais. Nesse sentido, a alocação de recursos públicos teria o propósito de mover uma discriminação positiva em relação aos grupos “menos favorecidos”.

Recomenda-se que durante todo o processo avaliativo sejam identificados critérios capazes de apreender cada uma das etapas do processo de busca e obtenção dos serviços, de modo a explicitar as variações presentes na utilização ou não dos mesmos. Essas medidas podem contribuir para direcionar a formulação de políticas e subsidiar gestores quanto à tomada de decisões tendo em vista aumentar a acessibilidade ao sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Critérios e Parâmetros para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/programas/protocolos/Parametros_SUS_2015.pdf. Acesso em: 4 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, *Avaliação e Controle de Sistemas Críticos e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

CARDOSO, M. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p. 1273-1284, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/RJdn9QSQZcqv9JMQJnNvHDx/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2022.

CHAVES, S. C. L.; CRUZ, D. N.; BARROS, S. G. *et al.* Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 143-154, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/DXS8GvffLvmhYpy8fR7ynDK/?lang=pt>. Acesso em: 15 fev. 2022.

CRUZ, D. N. *Desigualdades na utilização de serviços odontológicos: posição e tomadas de posição no espaço social*. 2015. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015.

CUNHA, A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município em gestão plena do Sistema Municipal. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 24, p. 725-737, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/CPNt4kTzLrZG78cGZj7Gnw/?lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2021.

DONABEDIAN, A. *Los espacios de la salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. México, DF: Ed. Biblioteca de la Salud, 1988.

DONABEDIAN, A. The assessment of need. In: DONABEDIAN, A. (ed.). *Aspects of medicl care administration*. Cambridge: Havard University Press, 1973.

FRENK, J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública do México*, México, DF, v. 27, n. 5, p. 438-453, 1985. Disponível em: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/422?articlesBySameAuthorPage=3>. Acesso em: 10 dez. 2021.

IBGE. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências*. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2022.

IBGE. *Pesquisa Nacional de Saúde 2013: questionário dos moradores do domicílio*. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. Disponível em: <http://www.pns.icict.fiocruz.br/arquivos/Novos/Questionario%20PNS.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2022.

IBGE. *Um panorama da saúde no Brasil* – Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. 2008. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnad_panorama_saude_brasil.pdf. Acesso em: 30 jan. 2022.

LIVINGSTON, G.; LEAVEY, G.; KITCHEN, G. *et al.* Accessibility of health and social services to immigrant elders: the Islington Study. *The British Journal of Psychiatry*, London, v. 180, p. 369-73, 2002. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5112735/pdf/12939_2016_Article_462.pdf. Acesso em: 15 jan. 2022.

MARTINS, M. M. F.; AQUINO, R.; PAMPONET, M. L. *et al.* Acesso aos serviços de atenção primária à saúde por adolescentes e jovens em um município do Estado da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 1-15, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/hmf6CWrkQ89yKvgMKqJXrLJ/?lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2021.

MEDINA, M. G.; ALVES, G.; AQUINO, R. *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 41-63.

PATTON, M. Q. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. 3. ed. EUA: Sage Publications, 2001.

SILVA, Z. P.; RIBEIRO, M. C. S. A.; BARATA, R. B. *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3807-16, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nWht47Cn9bJhYCvyz9CRwLK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2022.

SOBERÓN, G. La extensión de cobertura de los servicios de salud. *Gaceta Médica de México*, México, DF, v. 124, n. 5-6, p. 163-166, 1988.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: GIOVANELLA, L.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C. *et al.* *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 215-243.

VIACAVA, F.; DACHS, N.; TRAVASSOS, C. Os inquéritos domiciliares e o Sistema Nacional de Informações em Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 863-869, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/JjKQjMXPwJvyTmXYLSMxyDd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2022.

VIANA, A. L. A.; FAUSTO, M. C. R.; LIMA, L. D. Política de saúde e equidade. *Perspectiva*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 56-68, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spp/a/drDbyDShTmJR8qsTv4TFzKg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2022.

VIACAVA, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 607-621, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/j8mV4fvjSk7K9brzbdCj77J/?lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2022.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA-FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, p. 217-226, 2009. Supl. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5pkCJ3ww8K6YP4nrZrZJHvk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 mar. 2022.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *Avaliação de Políticas e Programas de Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FORMIGLI, V.L.; CERQUEIRA, M. P. *et al.* Coberturas vacinais superestimadas? Novas evidências a partir do inquérito de Pau da Lima. *Pan American Journal of Public Health*, Washington, D.C., v. 1, n. 6, p. 444-450, 1997. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/1997.v1n6/444-450/>. Acesso em: 20 mar. 2022.

YIN, R. K. *Estudo de caso - Planejamento e métodos*. 3. ed. Niterói: Ed. Bookman, 2003.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE TÉCNICA DE INTERVENÇÕES EM SAÚDE

NÍLIA MARIA DE BRITO LIMA PRADO

INTRODUÇÃO

O presente capítulo tem por objetivo discutir conceitos básicos, as diferentes abordagens e atributos em uma avaliação da qualidade técnica e exemplos de estudos recentes que se debruçaram sobre intervenções concretas no campo da saúde coletiva no Brasil, de modo a revelar as possibilidades e estratégias metodológicas, tendo em vista os propósitos deste livro.

CONCEITOS, ABORDAGENS E ATRIBUTOS SOBRE QUALIDADE EM SAÚDE

O entendimento do que é qualidade em saúde tem sido amplamente debatido, ainda que o conceito seja considerado complexo suscitando interpretações pouco precisas. Grande parte dos estudos realizados nessa área tem se baseado no quadro conceitual proposto por Donabedian (1978).

Segundo Donabedian (1978, 1990b), a avaliação dos serviços comporta duas dimensões, o desempenho técnico, que abrange a aplicação do conhecimento e da tecnologia e, o relacionamento pessoal com o paciente, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas

expectativas e necessidades dos pacientes. (DONABEDIAN, 1978, 1990b) É notório que a qualidade em saúde seria produto, por um lado, dos avanços da ciência e da tecnologia disponível e, por outro, de como se dá, em cada situação, a aplicação dos conhecimentos e das tecnologias nas condições reais de produção das práticas e do cuidado. (DONABEDIAN, 1997)

Em outras palavras, a qualidade é compreendida também como a mensuração do quanto os serviços de saúde atendem de forma otimizada as necessidades de saúde, existentes ou potenciais, considerando aspectos relacionados ao conhecimento atual a respeito da distribuição, do reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas ligados à saúde.

Como consequência da reorganização de modelos de atenção à saúde e a ampliação da oferta dos serviços, a preocupação em avaliar a qualidade dos programas e serviços de saúde vem crescendo nas últimas décadas. As pressões políticas, financeiras e demográficas, combinadas com o aumento da expectativa e transparência do público, resultaram em um foco na qualidade dos cuidados de saúde.

Por conseguinte, é muito importante considerar o fato de que a qualidade dos cuidados em saúde tem duas dimensões que tornam possível compreender a sua complexidade como um conceito. A primeira dimensão é qualidade técnica; a segunda, qualidade funcional. A primeira refere-se aos processos relacionados com os cuidados clínicos do paciente, enquanto a última discute aspectos que não estão associados aos cuidados de saúde por se, ou seja, os elementos administrativos envolvidos na disposição do serviço. Assim, a qualidade em saúde deve ser analisada considerando-se a complexidade do sistema de saúde e da sociedade que estão em constante evolução. Assim, entre os fatores envolvidos em avaliação de políticas, programas e serviços de saúde no Brasil assinala-se: as mudanças nas rotinas de serviço e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), o processo de descentralização de responsabilidades, de ações e de recursos, o perfil epidemiológico do país com distintos problemas e necessidades em constante transição, requerendo novas mudanças e tecnologias. Contudo, cabe ressaltar que, a disponibilidade de recursos apropriados para a realização de uma intervenção em saúde pode não ser considerada condição prévia à aferição de sua qualidade, mas um fator explicativo das variações de seu alcance.

ABORDAGENS DA QUALIDADE EM SAÚDE

Na década de 1980 predominou no debate científico sobre a qualidade da atenção à saúde a dimensão técnica, ou seja, à capacidade dos profissionais da saúde de ofertar práticas assistenciais mais adequadas e articuladas ao conhecimento técnico-científico. Entretanto, a partir do final dos anos 1980, os estudos abrangeram os aspectos organizacionais e processos gerenciais, que as abordagens precedentes não tinham suficientemente considerado. (SERAPIONE, 2019)

Neste sentido, a qualidade do serviço de saúde refere-se ao cumprimento de um conjunto dos regulamentos estabelecidos, o que implica excelência operacional e satisfazer as necessidades daqueles que exigem tais cuidados, melhorando assim os seus determinantes de saúde.

De acordo com Donabedian (1992), uma das possibilidades de avaliar a qualidade é a observação da relação entre da estrutura, processo e resultado. A estrutura corresponderia às características referentes aos recursos e aos instrumentos que se empregam na atenção à saúde. Ou seja, o foco se dá nas condições em que o cuidado é produzido. Relacionam-se aos recursos materiais (espaços físicos, equipamentos), humanos (número, variedade, qualificação dos profissionais e do pessoal de apoio) e organizacionais (tipo de supervisão, organização das equipes, funções de pesquisa e ensino assumidas, monitoramento do desempenho, formas de pagamento dos serviços, entre outros).

A avaliação de processo descreve as atividades, bens e serviços que são prestados e como o são. Toma para análise as atividades relacionadas à provisão/produção do cuidado (diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção, ações de educação), em geral da responsabilidade dos profissionais, mas que pode incluir as contribuições ao cuidado dos próprios pacientes e seus familiares.

Já na avaliação do resultado observa-se os efeitos a partir dos objetivos propostos pela intervenção, ou seja, descreve-se o estado de saúde do indivíduo ou da população como resultado da interação ou não com os serviços de saúde. (DONABEDIAN, 1990a) Tem por foco as mudanças nos indivíduos ou populações que possam ser atribuídas ao cuidado de saúde, esperadas ou não esperadas (modificações no estado de saúde,

nos conhecimentos adquiridos pelos pacientes e familiares, em comportamentos que influenciam a saúde, satisfação dos pacientes e familiares com o cuidado recebido e seus resultados).

Em outras palavras, na avaliação de práticas e serviços de saúde pressupõe-se que uma estrutura adequada propicia um bom processo de assistência à saúde. E que este processo, por sua vez, leva a mudanças favoráveis no nível de saúde da população. Esta pressuposição, entretanto, não deve ignorar a inexistência de um vínculo causal, obrigatório, entre os três aspectos (estrutura, processo e resultados). Interessam, em especial, os resultados produzidos sobre a saúde da população-alvo, mas é fundamental poder atribuir esses resultados ao processo de assistência.

A título de exemplo, observe o estudo intitulado “Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil” realizado por Luz, Aquino e Medina (2018) que investigou as características da estrutura das unidades de saúde e dos processos gerenciais e assistenciais da Atenção Pré-Natal (APN) no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, em municípios que aderiram ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

A qualidade tem sido analisada considerando seis dimensões – segura, eficaz, centrada no paciente, oportuna, eficiente e equitativa (FOLEY; VALE, 2017), denominadas como pilares da qualidade (DONABEDIAN, 1990c; SAMICO et al., 2010):

- Eficácia – Efeitos de uma intervenção quando os conhecimentos científicos e tecnológicos disponíveis são utilizados em condições controladas ou experimentais;
- Efetividade – O grau do efeito obtido para a melhoria da saúde em condições reais. O julgamento da efetividade é relativo ao que é possível ser alcançado pelos conhecimentos científicos disponíveis (incluindo as ciências sociais e do comportamento) e tecnologias presentes em uma dada época e lugar;
- Eficiência – A capacidade de diminuir o custo do cuidado sem afetar os ganhos para a saúde. A mera redução de custos não representaria eficiência, a não ser que os benefícios para a saúde sejam mantidos ou aprimorados;

- Otimização - O balanço entre melhoria dos ganhos em saúde e os custos decorrentes. Tal definição implica que há uma relação adequada ou ótima entre custos e benefícios no cuidado à saúde. Ou seja, que o aumento dos custos seja compensado pelo nível de benefícios advindos, havendo uma linha acima da qual os benefícios adicionais não justificariam a elevação dos custos;
- Aceitabilidade - Conformidade do cuidado aos desejos e expectativas dos pacientes e dos membros responsáveis das famílias. Sua definição abrangeria os seguintes aspectos: a acessibilidade, relação médico-paciente, amenidades (equipamentos com situação de conforto), preferências do paciente sobre efeitos, riscos e custos, e o que o paciente considerado ser um cuidado justo;
- Legitimidade - Conformidade do cuidado às preferências sociais como expressa nos princípios éticos, valores, normas, leis e regulações prevalentes em um dado contexto. Poderia ser entendido como aceitabilidade social;
- Equidade - Conformidade ao que é determinado como justo na distribuição do cuidado à saúde e de seus benefícios entre os membros da população. A equidade dependeria do acesso, da efetividade e da aceitabilidade do cuidado recebido.

É importante assinalar que a seleção, no processo de avaliação, de um único atributo não conseguirá dar conta de toda a complexidade inerente aos programas e serviços de saúde. Por exemplo, um serviço pode ser eficiente, mas ter uma baixa aceitação pela população. Por isso, a seleção dos atributos deve ser especificada em cada contexto, sob a condicionalidade do objeto a ser avaliado.

Outra abordagem da qualidade concerne a avaliação da integralidade ou dos cuidados integrais em saúde, por meio da análise de aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais e da oferta das ações de saúde relacionadas, por exemplo a promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, mas também processos organizacionais e das práticas profissionais. (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018) Pode contemplar análises da capacidade resolutiva da equipe, ou dos profissionais de saúde, da preocupação dos profissionais em respeitar hábitos culturais,

costumes, religião e outras questões da sua vida, das orientações sobre prevenção e promoção em saúde, da realização de exames complementares e de exame físico necessários ao cuidado do problema. (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018)

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE TÉCNICA

A qualidade técnica em saúde pode ser definida como a aplicação apropriada do conhecimento disponível, bem como da tecnologia, na realização de uma dada intervenção em saúde. (VUORI, 1991) Por exemplo, o desempenho clínico pode ser tratado como sinônimo da qualidade técnica de uma intervenção de caráter individual, dirigida a pessoas, considerando:

- Se os serviços de saúde são apropriados quanto às indicações para a atenção, dado o estágio atual de conhecimento;
- Se a prestação dos serviços de saúde é adequada quando indicada;
- Se a prestação dos serviços de saúde é oportuna, ou seja, realizada no melhor momento.

Esses pressupostos estão diretamente relacionados com a capacidade dos profissionais em utilizar seus conhecimentos e habilidades na realização das intervenções de saúde. A competência do profissional é o elemento nuclear da qualidade técnica de uma intervenção em saúde. Dessa forma, a qualidade técnica de uma intervenção em saúde é, principalmente, um atributo do processo da tríade donabediana, pois se trata da aplicação apropriada, pelo profissional, dos instrumentos materiais e não materiais relativos àquele processo de trabalho.

Entre os critérios selecionados para aferir a qualidade do processo de trabalho das equipes, encontram-se os relacionados à qualidade técnica das intervenções realizadas pelos profissionais das equipes. A partir desta avaliação se reconhece e valoriza os resultados e esforços alcançados pelas equipes e gestores municipais no processo de qualificação da atenção à saúde.

Um exemplo é o PMAQ-AB – Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011 – que consiste em uma estratégia que visa estimular uma cultura de análise, avaliação e intervenção, que associa o incentivo financeiro a avaliação do desempenho dos profissionais, e no qual os repasses dos recursos aos municípios estão vinculados aos resultados da avaliação de indicadores previamente pactuados entre as equipes, os gestores municipais e o Ministério da Saúde (MS).

O referido programa teve como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica e fortalecer a capacidade das três esferas governamentais em ofertar serviços com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente. (BRASIL, 2011)

Os dados do PMAQ possibilitam o conhecimento de questões relacionadas à estrutura das unidades de saúde, dos processos gerenciais e assistenciais, com o conhecimento das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde, das unidades pactuadas com o programa e de resultados, haja vista que os usuários dos serviços de saúde são entrevistados e questionados sobre o desenvolvimento das ações pelos profissionais da unidade.

Estudos recentes revelam avanços na avaliação da qualidade. A análise da infraestrutura das unidades de saúde realizada por Luz, Aquino e Medina (2018) com dados do primeiro ciclo demonstra que a aposta na melhoria da qualidade é uma necessidade real para a adequação da estrutura ao processo de cuidado que se pretende consolidar. Na mesma direção, Facchini, Tomasi e Thumé (2018) pondera que a qualidade está associada no alcance da completude ou totalidade das ações previstas em documentos oficiais relacionadas a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e constitui uma medida imprescindível, para analisar a capacidade de resposta do SUS no Brasil e as necessidades em saúde do país.

ABORDAGENS METODOLÓGICAS, INDICADORES E TÉCNICAS PARA OBTENÇÃO DE CONSENSO EM AVALIAÇÕES DE QUALIDADE TÉCNICA EM SAÚDE

A avaliação de qualidade permite uma multiplicidade de abordagens metodológicas. A escolha da abordagem mais adequada, qualitativa,

quantitativa ou mista, dependerá da pergunta que guiará o projeto de intervenção em saúde que se deseja desenvolver. Algumas vezes essas abordagens são utilizadas de forma complementar, permitindo avaliar diferentes aspectos de um mesmo fenômeno, o que possibilita uma compreensão mais abrangente do objeto avaliado.

Em geral, os estudos sobre qualidade estão relacionados a três objetivos (DONABEDIAN, 1997):

- a atenção que realmente presta uma categoria determinada de provedores da atenção;
- a atenção que realmente recebe um grupo determinado de pessoas;
- a capacidade de um grupo determinado de provedores de proporcionar atenção

Em relação às técnicas empregadas para coleta de dados, pode-se citar:

- Os prontuários e fichas clínicas são as fontes documentais da grande maioria dos estudos de avaliação da qualidade técnica do cuidado. No entanto, o uso dessas fontes apresenta limitações decorrentes da insuficiência de registros adequados;
- Observação direta do cuidado prestado. A principal limitação desta técnica seria a possibilidade de mudança na atividade do profissional que sabe estar sob observação. Tal fato, no entanto, provavelmente levaria a uma estimativa maior do nível de qualidade;
- Entrevistas com os envolvidos no processo de atenção à saúde.

As experiências de avaliação de qualidade, de modo geral, não tratam da produção de informações sobre toda a atenção prestada considerando uma amostra representativa de profissionais. Uma forma possível seria uma abordagem participativa, ou seja, a escolha feita pelos interessados na avaliação, com foco em um problema considerado prioritário para um dado serviço ou das ações cotidianas que serão avaliadas (consultas, internações, ações de promoção à saúde, por exemplo) e a abordagem a ser utilizada (estrutura, processo ou resultado).

Outra estratégia para avaliação da qualidade técnica diz respeito à utilização das chamadas condições marcadoras ou traçadoras (KESSNER; KALK; SINGER, 1992) ou dos eventos sentinela. (RUTSTEIN et al., 1976) As condições traçadoras são agravos cuja avaliação seja capaz de informar sobre o cuidado aos demais agravos. São requisitos para que uma condição seja utilizada como traçadora: impacto na atenção à saúde, alta prevalência do agravo, existência de impacto na atenção à saúde e conhecimento dos dados epidemiológicos. Por outro lado, os eventos sentinela correspondem a situações evitáveis e cuja ocorrência pode ser interpretada como sinônimo de ausência de qualidade de alguma intervenção específica.

Por exemplo, uma pesquisa com dados do PMAQ em 4.059 municípios, avaliou a atenção ao pré-natal (APN) na Atenção Básica, demonstrou que 32,6% dos municípios apresentavam adequação nos aspectos estruturais e 24,1% nos operacionais, sendo os municípios com até 10 mil habitantes os que apresentavam maior percentual de adequação (41,6%). Os resultados demonstram que, apesar da alta cobertura da APN ainda persistem problemas diversos. (CUNHA et al., 2019)

Outra experiência que merece destaque concerne à descrita no artigo “Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil” Vieira-da-Silva e demais autoras (2007) consideraram como condições traçadoras para a avaliação da efetividade da descentralização da gestão no SUS na Bahia, a diarreia e as infecções respiratórias agudas infantis, a tuberculose e a hipertensão arterial, que correspondiam a problemas de saúde, de certa magnitude, para os quais existem programas especiais governamentais implementados há algumas décadas. (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2007)

Quanto a mensuração da qualidade técnica de intervenções em saúde, a sistematização de critérios, indicadores e parâmetros ou padrões é condição necessária para a avaliação. A definição de padrões de acesso e qualidade da APS em populações e em serviços de saúde tem sido considerada uma estratégia para projetar os esforços necessários ao alcance da universalidade, integralidade e equidade das ações de saúde. (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018)

A definição de critérios é importante para delimitar com mais clareza que aspectos deverão ser enfocados na avaliação. Os critérios na avaliação

em saúde são um atributo, aspecto da estrutura, processo ou resultado utilizado para mensurar o programa ou algum de seus componentes.

Os indicadores são características mensuráveis e explicitamente definidas, utilizadas para construir o julgamento sobre a qualidade de um cuidado realizado. (CAMPBELL et al., 2003) O indicador é um elemento mensurável do desempenho de uma prática para o qual há evidência ou consenso de que pode ser usado para aferir a qualidade do cuidado. Podem indicar problemas potenciais manifestados por estatísticas não esperadas ou variações no cuidado percebidas como não aceitáveis. Podem, também, indicar aspectos relacionados a uma boa qualidade do cuidado.

Cabe destacar que, no processo de desenvolvimento dos indicadores de qualidade, três aspectos devem ser levados em consideração: os indicadores devem refletir as perspectivas dos interessados na avaliação (gestores, profissionais de saúde e pacientes); os aspectos da atenção à saúde (diagnóstico, prescrição, tratamento, recomendações, referências); e, as informações disponíveis para calcular os indicadores de qualidade. (CAMPBELL et al., 2003)

Em uma avaliação, esses critérios, indicadores e padrões quando dispostos em matrizes auxiliam a análise e interpretação das informações, e até mesmo, a planejar a coleta de dados, os instrumentos, as técnicas de análise, a organização e apresentação dos mesmos. Importante mencionar que, o padrão refere-se a um valor especificado para distinguir a qualidade de práticas, ou de serviços de saúde, em aceitável ou não, à luz de um certo indicador. (DONABEDIAN, 1986)

É ainda possível utilizar uma matriz de relevância construída a partir da ponderação dos critérios utilizados, expressando o seu grau de influência no sucesso da intervenção. A matriz de monitoramento é elaborada com a inclusão de critérios e indicadores essenciais ao acompanhamento da intervenção onde as informações atuais referentes a intervenção são comparadas ao desempenho anterior por meio de um padrão pré-estabelecido (considerado ideal), o padrão-ouro.

Na definição de critérios, padrões e indicadores para a avaliação da qualidade do cuidado estratégias de consenso entre especialistas são comumente utilizadas. Dentre as técnicas de obtenção de consenso utilizadas em avaliações de qualidade técnica, podemos citar: o comitê tradicional,

o método delfos, o grupo nominal, o júri simulado e a conferência de consenso. Vamos detalhar, a seguir, cada uma delas.

O comitê tradicional envolve a discussão aberta sobre um tema determinado entre especialistas selecionado. Tem como vantagem a troca de ideias e o confronto entre opiniões divergentes. As principais desvantagens são a influência do argumento de autoridade, a prevalência de opiniões na defesa da posição do que pela qualidade intrínseca dos argumentos e a obtenção de consenso dificultada por conta das diferenças de valores ideológicos, culturais e éticos entre os especialistas ou por problemas interpessoais. (SAMICO et al., 2010)

O Método Delfos utiliza questionários que são respondidos individualmente por especialistas selecionados. Apresenta como vantagem o tempo para que os especialistas reflitam calmamente, elimina a possibilidade de argumentos de autoridade e evitar problemas de relacionamento interpessoal. Contudo, não permite a discussão e interação interpessoal.

No júri simulado, a discussão é organizada sob a forma de um tribunal de justiça, com um juiz, advogados de acusação e defesa e jurados. Em julgamento encontra-se uma questão científica polêmica. Permite o aprofundamento da discussão, com a apresentação das evidências disponíveis e de diferentes pontos de vista. Exige logística sofisticada para a sua realização e a possibilidade de incitar mais ao jogo de ganhar o debate do que à busca do consenso. (SOUZA; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2005)

Já a conferência de consenso é uma técnica mista com preenchimento de instrumentos de forma individual e discussão em grupo. Concilia a possibilidade de discussão aberta e a preservação do anonimato e permite uma logística viável. A principal desvantagem a possibilidade de não participação na discussão aberta dos mesmos especialistas que responderam ao questionário individual. (SOUZA; VIEIRA-DA-SILVA; HARTZ, 2005)

Na atualidade, consensos de especialistas são disponíveis por meio das chamadas diretrizes clínicas (guias de conduta), que podem ser utilizadas como padrão na avaliação técnica do cuidado (LIMA et al., 2009). As diretrizes clínicas (*guidelines*) são proposições desenvolvidas sistematicamente para favorecer a tomada de decisão de profissionais e pacientes em circunstâncias clínicas específicas, expressando o que seria a “boa prática”. Um exemplo seria se ao tomar uma medida de pressão a mesma

for acima do considerado normal, o paciente deve ser avaliado em duas ocasiões dentro dos próximos seis meses.

Outro exemplo pertinente são os processos de acreditação de serviços, que consistem em sistemas de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde. O processo de acreditação hospitalar é um método de consenso, racionalização e ordenação das instituições hospitalares e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais e que se expressa pela realização de um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente estabelecidos.

Em síntese, Facchini, Tomasi e Thumé (2021) destacam que apesar dos avanços na implementação de estudos avaliativos para o entendimento da qualidade dos serviços, aspectos como a falta de consensos sobre definições, modelos conceituais e dimensões de análise até a construção de indicadores, padronização de instrumentos e comparabilidade dos resultados ainda constituem dificuldades que podem interferir nos modos de utilização dos serviços e as ações em saúde. Dessa forma, tais fragilidades devem ser objeto de atenção em atividades de formulação de políticas, formação profissional, educação permanente e pesquisa.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 152, n. 189, p. 668, 2 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 20 jul. 2011.

CAMPBELL, S. M.; BRASPENNING, J.; HUTCHINSON, A. *et al.* Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ*, London, v. 326, p. 816-819, 2003. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/326/7393/816>. Acesso em: 11 mar. 2022.

- CAMPBELL, S. M.; ROLAND, M. O.; BUETOW, S. A. Defining quality of care. *Social science & medicine*, Oxford, v. 51, n. 11, p. 1611-1625, 2000. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00057-5](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00057-5). Acesso em: 11 mar. 2022.
- CAMPOS ONOCKO, R. T.; ONOCKO, R.; MIRANDA, L. *et al.* Inovações para os estudos e produção de consensos. Além do Delphi. In: ONOCKO, R.; FURTADO, J. (org.). *Desafios da avaliação de programas e serviços de saúde: novas tendências e questões emergentes*. Campinas: Ed. UNICAMP, 2011. p. 97-120.
- CUNHA, A. C.; LACERDA, J. T.; ALCAUZA, M. T. R. *et al.* Avaliação da atenção ao pré-natal na Atenção Básica no Brasil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 19, n. 2, p. 447-458, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/j9DVWHCJVYZCD46FPxwb4Wk/?lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2022.
- DONABEDIAN, A. *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: University Press, 2003.
- DONABEDIAN, A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. *QRB*, Cambridge, v. 12, n. 3, p. 99-108, 1986.
- DONABEDIAN, A. Evaluation de la calidad de la atencion medica. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Investigaciones sobre Servicios de Salud (OPAS)*. Washington, D. C.: OPAS: OMS, 1992. p. 382-404. (Serie Publicación Científica, n. 534).
- DONABEDIAN, A. *Garantía y Monitoría de Calidad de la Atención Médica: un texto introductorio*. México, DF: Ed. Instituto Nacional de Salud Pública, 1990a.
- DONABEDIAN, A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Publica de México*, México, DF, v. 32, n. 2, p. 113-117, 1990b. Disponível em: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5280>. Acesso em: 20 mar. 2022.
- DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed?. *JAMA*, [s. l.], v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>. Acesso em: 11 mar. 2022.
- DONABEDIAN, A. The Quality of Medical Care. *Science*, Palo Alto, v. 200, n. 4344, p. 856-864, 1978. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12689983/>. Acesso em: 11 mar. 2022.
- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990c.
- FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro,

v. 42, p. 208-223, 2018. Número especial. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TmzJ4T4MkCxFxbpxTFXJsd/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2022.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; THUMÉ, E. (org.). *Acesso e qualidade na atenção básica brasileira: análise comparativa dos três ciclos da avaliação externa do PMAQ-AB, 2012-2018*. São Leopoldo: Oikos, 2021.

FOLEY, J.; VALE, L. What role for learning health systems in quality improvement within healthcare providers?. *Learn Health Sys*, New York, v. 1, n. 4, p. 1-6, 2017. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/lrh2.10025>. Acesso em: 11 mar. 2022.

KESSNER, D.M.; KALK, C.E.; SINGER, J. Evaluation de la calidad de la salud por el metodo de los procesos trazadores. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Investigaciones sobre Servicios de Salud (OPAS)*. Washington, D. C.: OPAS: OMS, 1992. p. 555-563. (Serie Publicación Científica, n. 534).

LIMA, S. M. L.; PORTELA, M. C.; KOSTER, I. *et al.* Utilização de diretrizes clínicas e resultados na atenção básica à hipertensão arterial. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2001-2011, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/L3HCTLfsN8YK3pswN3yhSdm/?lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2022.

LOPES, R. M.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; HARTZ, Z. M. A. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. 283-297, 2004. Supl. 2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/jhFZ9Ghxzn3XYyXhLb8rQ7Q/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2022.

LUZ, L. A.; AQUINO, R.; MEDINA, M. G. Avaliação da qualidade da Atenção Pré-Natal no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 111-126, 2018. Número especial. Disponível em: [https://www.scielo.br/j/sdeb/a/zHzj6yt4vdjwNCJWfqBrXzK/?lang=pt#:~:text=A%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Pr%C3%A9%2DNatal%20\(APN,padr%C3%B5es%20t%C3%A9cnicos%20cient%C3%ADficos%20de%20qualidade..](https://www.scielo.br/j/sdeb/a/zHzj6yt4vdjwNCJWfqBrXzK/?lang=pt#:~:text=A%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Pr%C3%A9%2DNatal%20(APN,padr%C3%B5es%20t%C3%A9cnicos%20cient%C3%ADficos%20de%20qualidade..) Acesso em: 20 mar. 2022.

LUZ, L.A. *Avaliação da Qualidade da Atenção Pré-Natal na Estratégia de Saúde da Família no Brasil*. 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

MARSHALL, M.; KLAZINGA, N.; LEATHERMAN, C. H. *et al.* OECD Health Care Quality Indicator Project. The expert panel on primary care prevention and health promotion. *International Journal for Quality in Health Care*, Oxford, p. 21-25, 2006. Supl. 1. Disponível em: https://academic.oup.com/intqhc/article/18/suppl_1/21/1798461?login=false. Acesso em: 11 mar. 2022.

MOTA, R. R. A.; DAVID, H. M. S. L. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: questões a problematizar [National Primary Care Access and Quality Improvement Program: issues to discuss]. *Revista Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 122-127, 2015. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/14725/12366>. Acesso em: 11 mar. 2022

PENNA, M. L. F. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde do Distrito Sanitário*. Brasília, DF: Fundação Nacional de Saúde, 1995. Não paginado.

PEREIRA, A. T. S.; NORONHA, J.; CORDEIRO, H. *et al.* O uso do prontuário familiar como indicador de qualidade da atenção nas unidades básicas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p. 123-133, 2011. Supl. 1. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300017&lng=pt&nrm=isso. Acesso em: 11 mar. 2022.

RUTSTEIN, D. D.; RUTSTEIN, M. D.; WILLIAM BERENBERG, M. D. *et al.* Measuring the quality of medical care. A clinical method. *The New England journal of medicine*, New York, v. 294, n. 11, p. 582-588, 1976. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM197603112941104>. Acesso em: 11 mar. 2022.

SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C. *et al.* (org.). *Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. *Revista Crítica de Ciências*, Coimbra, v. 85, p. 65-82, 2009. Disponível em: <http://journals.openedition.org/rccs/343>. Acesso em: 11 mar. 2022.

SOUZA, L. E.P.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 65-102.

VUORI, H. A. *A qualidade da saúde*. Divulgação em Saúde para Debate. [S. l.: s. n.], 1991. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4415308/mod_resource/content/1/A%20qualidade%20de%20sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 11 mar. 2022.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A.; CHAVES, S. M. C. *et al.* Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 355-370, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FqsbngBwN8G338qsq3ts3BQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 mar. 2022.

AVALIAÇÃO DE POLÍTICAS E PROGRAMAS DE SAÚDE EM TEMPOS DE PANDEMIA¹

LIGIA MARIA VIEIRA-DA-SILVA

INTRODUÇÃO

Em outros momentos históricos poderíamos pensar a avaliação de programas de saúde de forma relativamente independente de outros tipos de investigação em serviços de saúde (MARTINS; PORTELA; NORONHA, 2020) ou mesmo de avaliação de tecnologias (NOVAES et al., 2020) ou análise de políticas de saúde, a despeito das intersecções temáticas e metodológicas entre essas abordagens. (VIEIRA-DA-SILVA; FURTADO, 2020)

A pandemia covid-19 interferiu de forma tão substantiva em todas as esferas da vida social, em escala planetária, que se torna uma tarefa impossível pensar na avaliação de políticas e programas de saúde sem incluir na análise da situação, na análise exploratória ou avaliabilidade (VIEIRA-DA-SILVA, 2014) as questões decorrentes dessa crise sanitária.

Assim, ao definir prioridades para a avaliação, a análise da pandemia e suas implicações no cuidado aos demais agravos à saúde se impõe. Quais são então as implicações da covid-19 para o estado de saúde da população

1 Esse capítulo foi escrito em setembro de 2021 quando a pandemia estava em curso. Contudo, as incertezas relacionadas ao seu controle em escala global bem como a perspectiva de futuras pandemias tornam o conteúdo atual.

e para o sistema de saúde? Como a disciplina da avaliação em saúde pode contribuir para com o julgamento sobre as intervenções voltadas para o seu controle? O presente ensaio pretende contribuir para responder a algumas dessas questões apoiado tanto em estudos recentes sobre avaliação de programas de saúde quanto em revisão de escopo sobre alguns aspectos da covid-19.

A PANDEMIA COMO PROBLEMA DE SAÚDE

A pandemia covid-19 vem sendo caracterizada como a mais grave crise sanitária em escala global que atingiu a humanidade nos últimos 100 anos. (BUSS; FONSECA, 2020) Em primeiro lugar, pela sua magnitude em termos de morbidade e mortalidade. O excesso de mortes, presente em quase todos os países, tem atingido até 108,40% em relação ao período anterior à pandemia, em momentos de picos da evolução da curva, como foi o caso da Inglaterra em abril de 2021. (RITCHIE et al., 2021b) Esse excesso de mortes inclui não apenas os óbitos diretamente causados pelo SARS-COV-2, como também, aqueles decorrentes de ausência ou limitações no cuidado à outras enfermidades que foram postergados devido à urgência da pandemia. Além da magnitude da mortalidade, que já havia vitimado 6.230.357 pessoas até a data de 28 de abril de 2022, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a covid-19 causou sofrimento físico e psíquico aos milhões de pacientes que tiveram formas leves e graves e que sobreviveram. Acrescidos das sequelas e da denominada covid longa.

A velocidade da transmissão do vírus levou a sobrecarga dos sistemas de saúde que em muitos casos colapsaram. Essa elevada demanda aos serviços de saúde implicou no postergamento de intervenções clínicas e cirúrgicas eletivas e exames de rotina e preventivos de diversas naturezas.

Na ausência de tratamento e de vacinas, nos primeiros meses da pandemia, as estratégias de controle disponíveis envolveram as denominadas medidas não farmacológicas: uso de máscaras, redução da mobilidade, a busca do distanciamento físico por meio do fechamento de estabelecimentos comerciais e de ensino, fechamento de fronteiras e diversos graus de confinamento, entre outras medidas que causaram impactos econômicos

consideráveis. De acordo com o Banco Mundial, a crise sanitária causou a “recessão mais sólida em 80 anos”. (BANCO MUNDIAL, 2021:1)

Tendo em vista a globalização da economia e a mobilidade internacional, a pandemia expandiu-se atingindo 221 países e territórios. (COUNTRIES..., 2021) Apesar dos esforços da OMS em coordenar uma resposta global, a gestão da crise ocorreu no âmbito dos Estados Nacionais que definiram estratégias variadas para a contenção, mitigação e controle da epidemia.

As desigualdades sociais entre países, entre regiões e entre classes sociais e grupos vulneráveis se reproduziu na disseminação da pandemia que atingiu mais duramente os mais despossuídos globalmente. Verificou-se desigualdade no adoecimento, na morte e no enfrentamento da recessão econômica. A partir de 2021, com o início e expansão da vacinação verificou-se um apartheid vacinal onde os países ricos atingiram coberturas iguais ou superiores a 70% da população com duas doses e países pobres ainda com coberturas inferiores a 10%.² Nos primeiros a aplicação de uma dose de reforço também alcançou coberturas superiores a 70% e mesmo a ainda polêmica aplicação de uma quarta dose em 2022.

A COMPLEXIDADE DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DO PROBLEMA PANDEMIA COVID-19

Dessa forma, devido à complexidade da produção social da pandemia, afetando todas as esferas da vida privada e coletiva, em escala global, as intervenções que têm sido postas em prática requerem abordagens especiais para avaliação e monitoramento. Ao lado da multiplicidade de intervenções, de sua variação entre países, das especificidades das curvas epidêmicas entre países - que remete a existência de múltiplas epidemias - há um problema importante que é o desconhecimento inicial sobre a doença, que vem sendo progressivamente ampliado e a velocidade na produção de conhecimento a respeito. Apenas na base Pubmed,³ na data de 29/04/2022, havia 252.301 artigos publicados com a palavra-chave covid-19.

2 Ver em: <https://covid19.who.int/>.

3 Ver em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>.

Um outro aspecto importante a ser considerado é a comunicação por meio de redes sociais e o advento, em larga escala, das notícias falsas, sem apoio em evidências científicas que têm sido alimentadas por diversas correntes negacionistas. Nos primeiros meses de 2020, alguns desses grupos questionaram a própria existência da pandemia e progressivamente foram difundindo informações sobre medicamentos cuja eficácia no tratamento da doença ainda não havia sido comprovada.

Ao lado disso, o desconhecimento da doença e de sua transmissão resultou que o conhecimento científico que por vezes progride por meio da refutação de teses aparentemente consolidadas, nos periódicos especializados, passou a ser questionado por se transformar em recomendações contraditórias. O melhor exemplo está no uso de máscaras, que, no início da pandemia, não foi recomendado. Naquele momento, acreditava-se que a transmissão se dava por gotículas e por meio do contato com superfícies contaminadas. Posteriormente é que a transmissão por aerossóis foi comprovada e o uso obrigatório de máscaras foi adotado em todos os países. (GONÇALVES; SILVA; REIS, 2021)

Além do negacionismo o controle da pandemia depara-se com a hesitação vacinal. Os países com pequena hesitação vacinal e disponibilidade de vacinas já atingiram 80% da cobertura populacional completa com duas doses. Já países com elevada proporção de hesitação vacinal não conseguem ultrapassar os 50% a despeito da disponibilidade de vacinas. (TROIANO; NARDI, 2021)

A MULTIDISCIPLINARIDADE E A INTERDISCIPLINARIDADE NA AVALIAÇÃO DA PANDEMIA

Todas essas características da pandemia trazem diversas questões para a avaliação das intervenções voltadas para o seu controle. Embora a avaliação de políticas e programas de saúde sempre tenham sido uma temática multidisciplinar, nunca um problema de saúde mobilizou saberes de praticamente todas as áreas do conhecimento, tanto pela mencionada complexidade da sua determinação social como pelo impacto em todas as esferas da vida e da sociabilidade humana. Essa complexidade requer

além da multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, onde pesquisadores de diferentes áreas buscam interagir, um movimento denominado de transdisciplinaridade que corresponde à apropriação de conhecimentos de outras disciplinas, no sentido discutido por Almeida Filho (1997).

Em princípio, a disciplina por excelência para lidar com o problema da pandemia da covid-19 seria a epidemiologia, ao interior da Saúde Coletiva. Contudo, foram diversas as expertises mobilizadas para compreender as origens (WORLD HEALTH ORGANIZATION 2021b), os determinantes sociais (AMENGUAL-MORENO et al., 2020; NATIVIDADE et al., 2020; PAREMOER et al., 2021; SINGU et al., 2020), os mecanismos da sua transmissão, analisar sua evolução e avaliar as intervenções adotadas. Envolveram-se físicos e matemáticos ao lado dos epidemiologistas com as modelagens estatísticas sobre a transmissibilidade e estimativas da evolução; epidemiologistas no monitoramento dos diversos indicadores e realização de inquéritos sorológicos; clínicos na busca de alternativas para tratar os casos graves; virologistas, imunologistas e pesquisadores de diversas áreas no desenvolvimento de vacinas e novos medicamentos; cientistas sociais na análise sobre os impactos da epidemia no trabalho, nas relações sociais, no aumento das desigualdades e cientistas políticos na análise sobre os impactos na geopolítica da crise sanitária.

QUAIS INTERVENÇÕES A SEREM AVALIADAS E QUAIS ABORDAGENS?

Recorrendo ao modelo da vigilância da saúde de Paim e colaboradores (PAIM; TEIXEIRA, 1992; TEIXEIRA; PAIM; CORREIA, 2002), podemos dividir as intervenções direcionadas à covid-19 em três blocos: a) intervenções voltadas para o controle de causas; b) intervenções relacionadas ao controle de riscos e c) intervenções voltadas ao controle de danos. No primeiro grupo estariam as políticas ambientais direcionadas para uma relação com o meio ambiente menos predatória e que pudesse impedir a ultrapassagem da barreira entre as espécies, evitando novas pandemias. Também nesse item estão as políticas sociais voltadas para redução das desigualdades, minorando os impactos econômicos, aumentando a proteção e a resiliência dos grupos mais vulneráveis. No segundo bloco estariam as principais medidas voltadas para o controle da pandemia: as

vacinas, a vigilância epidemiológica e os diversos graus de distanciamento físico, uso de máscaras e higienização de mãos e de superfícies. No terceiro bloco estão as medidas voltadas para a mitigação da pandemia e controle de danos: correspondem a assistência médico-hospitalar. Para a execução de todas essas medidas, recursos materiais e humanos extraordinários foram requisitados. A avaliação da sua adequação também passou a ser um requisito para o sucesso das ações de controle.

Uma primeira dificuldade relaciona-se com o fato de que essas múltiplas intervenções têm sido desenvolvidas concomitantemente. Por outro lado, a urgência na produção de conhecimento que subsidie as intervenções limita o uso de algumas estratégias metodológicas. Esses problemas influenciam na delimitação do objeto da avaliação, na elaboração dos modelos lógicos bem como nas escolhas metodológicas.

A AVALIAÇÃO DE INTERVENÇÕES COMPLEXAS

As intervenções voltadas para o controle da pandemia podem ser consideradas como intervenções complexas. Ou seja, a sua avaliação requer um aporte teórico, análise do contexto ou situação e uma estratégia metodológica capaz de apreender as suas múltiplas determinações. Nas últimas duas décadas, diversas abordagens para a avaliação de intervenções complexas têm sido desenvolvidas visando superar as limitações do desenho experimental. Dentre as principais proposições podemos relacionar: a) a avaliação denominada de realista de Pawson e Tilley (2001); b) o esquema analítico denominado de RE-AIM concebido por Glasgow e demais autores (2019); c) a abordagem proposta por pesquisadores vinculados aos MCR (Conselhos de Pesquisa Médica) da Inglaterra e do Canadá sumarizada por Campbell e demais autores (2000); d) O modelo desenvolvido pelo programa de epidemiologia do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), vinculado ao Departamento de Saúde e Serviços Humanos do governo americano, voltado a avaliação em saúde pública (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 1999); e) a proposição de desenhos para a avaliação da adequação, plausibilidade e probabilidade feita por Habitch Victora e Vaughan (1999). A discussão mais detalhada sobre essas abordagens, suas semelhanças e diferenças

bem como as continuidades e inovações em relação aos autores clássicos da avaliação, inclusive com a produção nacional a esse respeito, foi feita em estudo anterior. (VIEIRA-DA-SILVA; FURTADO, 2020) Aqui importa destacar a existência dessas diversas possibilidades para a avaliação das intervenções complexas.

Uma das maneiras de se lidar com a complexidade é situando a intervenção ao interior do sistema de saúde, decompondo-a em dimensões e critérios para posteriormente buscar reconstituir essa totalidade como foi feito no estudo sobre a avaliação da descentralização no Brasil. (VIEIRA-DA-SILVA et al., 2007) Dessa forma, iremos discutir alguns desses componentes relevantes para a avaliação das intervenções voltadas ao controle da pandemia.

Como conduzir avaliações durante a pandemia?

A ANÁLISE ESTRATÉGICA

A primeira pergunta ao iniciar uma avaliação é: as intervenções escolhidas e os objetivos são adequados para resolver o problema? Diante da multiplicidade de intervenções concomitantes e frente a necessidade de avaliação cotidiana da situação e das tendências da evolução, a principal estratégia da avaliação governamental deve corresponder a um monitoramento de indicadores selecionados. A agilidade na incorporação das sugestões requer a montagem de uma sala de situações no âmbito governamental. Um exemplo bem-sucedido dessa sala de situações pode ser encontrado na gestão da pandemia em Portugal que após enfrentar com relativo sucesso a primeira onda chegou a ter seus serviços de saúde colapsados devido não só ao surgimento da variante alfa e ao cansaço pandêmico mas também devido a flexibilização durante o verão europeu de 2020. Embora as reuniões entre os diversos órgãos técnicos tivessem ocorrido diariamente, no início da pandemia, a articulação com a esfera política de decisão ficou mais próxima a partir de novembro de 2020. (COVID-19..., 2020) O governo mobilizou uma rede de epidemiologistas, virologistas, clínicos e cientistas sociais para apoiar o Ministério da Saúde visando uma análise multidisciplinar da evolução da pandemia. Esse grupo de especialistas passou a reunir-se semanalmente, avaliando diversos indicadores,

definindo o que seria o controle da epidemia e orientando o governo nas fases mais críticas. O grupo de especialistas propôs uma série de linhas vermelhas que correspondiam a pontos de corte dos indicadores monitorados, a exemplo da mortalidade e incidência por 100.000hab nos 14 dias, R_t (índice de transmissibilidade) e % de leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) ocupados, abaixo de limites considerados como críticos, acima dos quais a epidemia poderia se descontrolar novamente. Essas linhas vermelhas foram usadas para compor uma matriz de risco que permite o acompanhamento visual da situação da pandemia e indica momentos para a intervenção com medidas de distanciamento. A matriz de risco é atualizada a cada dois dias e publicada nos relatórios diários sobre a situação de saúde. (PORTUGAL, 2021) As reuniões eram assistidas pelos dirigentes do poder executivo e legislativo que em seguida deliberavam a partir das orientações dos especialistas. (SNS, 2020)

AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

A avaliação dos resultados das diversas medidas tomadas requer o desenvolvimento de pesquisa avaliativa e do monitoramento de indicadores selecionados. No início da pandemia, foram muito úteis as estimativas de impacto futuro por meio de modelagens matemáticas. À medida que a pandemia foi se desenvolvendo, a análise das séries históricas de indicadores de incidência e mortalidade nos últimos 14 dias por 100.000hab, R_t , e mobilidade, passaram a fornecer informações sobre o comportamento do vírus. A introdução da vigilância genômica permitiu compreender melhor os recrudescimentos e novas ondas da pandemia. O monitoramento de indicadores de morbidade, mortalidade e de ocupação de leitos, entre outros, não só pela OMS como por diversas universidades, tem auxiliado os gestores e pesquisadores na avaliação de efeitos.

A AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA E EFETIVIDADE DAS VACINAS

As epidemias virais têm sido controladas com vacinas. O desenvolvimento de diversas vacinas em tempo recorde, ao longo dos primeiros meses da pandemia, requereu avaliação de sua eficácia, efetividade e segurança.

Porém, antes da realização das avaliações de eficácia, compreendida como o efeito potencial em uma situação experimental, o desenvolvimento de vacinas requer estudos pré-clínicos em modelos animais. Os estudos clínicos de eficácia são feitos em três fases: a fase 1 está voltada para a segurança, a fase dois tem por objetivo obter uma prova da imunogenicidade e variação da dose e a fase 3, que envolve grupos maiores visa mostrar eficácia e segurança. (STERN, 2020) A avaliação da efetividade, compreendida como o efeito da vacina em uma situação real, pode ser feita com ensaios comunitários ou mesmo por meio do monitoramento da cobertura vacinal e sua correlação com a incidência e mortalidade. A farmacovigilância deverá fornecer dados para o monitoramento da segurança das vacinas após sua administração em massa. A avaliação da eficácia e efetividade dos medicamentos segue processo equivalente. Ao longo da pandemia diversos medicamentos vêm sendo testados.

A AVALIAÇÃO DA COBERTURA E ACESSO DAS INTERVENÇÕES

A cobertura, definida como a proporção da população-alvo que se beneficia de uma determinada intervenção (ROSSI; LIPSEY; FREEMAN, 2004), no caso da pandemia, requer seu monitoramento juntamente ao lado de outros indicadores de morbimortalidade e de efetividade. Ao longo da evolução da epidemia a cobertura de indicadores selecionados tem servido a propósitos distintos para a avaliação. Logo nos primeiros meses o acesso aos equipamentos de proteção individual (EPI) era um problema e requereu monitoramento. Nos momentos onde houve aumento da incidência e mortalidade, por vezes com colapso dos serviços de saúde, o monitoramento da mobilidade urbana, expresso em termos de percentual da população que se deslocava, era um indicador indireto da adesão da população às medidas de isolamento físico e confinamento domiciliar. Já após o início da vacinação em massa, a partir de dezembro de 2020, a cobertura vacinal passou a ser um dos indicadores mais importantes para a definição das políticas de desconfinamento. Também o controle da transmissão por meio da imunidade de grupo baseava-se em percentuais de cobertura vacinal. Inicialmente previsto em 70%, foi posteriormente ampliado para 85% ou mais, diante do surgimento de novas variantes e da

escassez vacinal. A definição desses percentuais tem variado entre países e depende da análise da situação concreta de cada local.

Além da avaliação da cobertura vacinal, outros tipos de coberturas são relevantes para o acompanhamento das ações de vigilância epidemiológica que permitirão manter a pandemia sob controle quando se conseguir reduzir a transmissão. Dentre esses indicadores, podemos relacionar: a) a proporção de casos isolados nas últimas 24 horas; b) proporção de contactos rastreados e isolados; c) percepção dos usuários sobre as medidas tomadas; d) hesitação vacinal.

EQUIDADE

A cobertura vacinal tem nos mostrado as desigualdades na sua distribuição entre países. Enquanto sobram doses em países ricos que já estão administrando a quarta dose em 2022, apenas 1,9% da população dos países de baixa renda estavam imunizadas em 17.09.2021 e em maio de 2022 diversos países ainda tinham coberturas vacinais inferiores a 10%, segundo dados da base *Our World in Data* (MATHIEU et al., 2021). (RITCHIE et al., 2021a) Além da cobertura vacinal, investigações sobre a distribuição espacial das mortes e infecções por covid-19 também têm mostrado as desigualdades conforme mencionadas anteriormente podem subsidiar as políticas voltadas para promover maior equidade. Utiliza-se aqui o conceito de equidade como desenvolvido por Perelman (1996) e discutido em trabalho anterior (VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009) a equidade tem sido utilizada como sinônimo de igualdade, e seu oposto, a iniquidade, como sinônimo de desigualdade. As tentativas de melhor precisar seus significados têm sido, em boa parte, descritivas, com lacunas no que diz respeito à discussão das relações entre equidade em saúde, justiça e o processo de determinação social da saúde-doença. Neste ensaio, pretendemos analisar criticamente a série significativa diversidade, diferença, desigualdade, iniquidade, distinção no que concerne à produção da saúde-doença-cuidado em grupos sociais e suas possibilidades de articulação a uma teoria social da saúde. Nesse percurso, estaremos apoiados, por um lado, no conceito de Perelman de equidade e em alguns dos argumentos de Heller sobre a justiça e, por

outro lado, na sociologia das práticas de Bourdieu, com o objetivo de melhor desenvolver esses conceitos, procurando discutir implicações para a formulação de políticas públicas no campo da saúde. (AU, segundo o qual a equidade corresponde a um instrumento da justiça para resolver as contradições entre as diversas fórmulas da justiça formal ou abstrata. Isso quer dizer que devemos priorizar os grupos mais vulneráveis nas intervenções sanitárias pelo fato dele disporem de menos recursos para se proteger dos riscos. No caso presente, os grupos vulneráveis têm tido dificuldade em manter distanciamento físico devido as condições de moradia, estão desempregados ou subempregados precisando ir buscar o sustento diário, ou, quando empregados, executam funções que requerem o trabalho presencial. Os auxílios emergenciais, em diversos países não foram suficientes para assegurar a sobrevivência durante os períodos de confinamento. Dessa forma, esses grupos requerem políticas públicas redistributivas, apoiadas por um monitoramento das desigualdades que permita uma avaliação da equidade. No seu informe de 12 de setembro de 2021 a OMS alertava:

O número global de casos confirmados de COVID-19 e mortes relatados à OMS passou de mais de 220 milhões de casos e 4,5 milhões de mortes. A situação é muito diferente de região para região, país para país, província para província e cidade para cidade. Algumas regiões e países continuam a ver aumentos acentuados nos casos e mortes, enquanto em outros eles estão diminuindo. Vacinar-se, manter o distanciamento físico, limpar as mãos, evitar espaços lotados e fechados e usar uma máscara são ‘medidas anti-bloqueio’: elas podem prevenir a propagação de doenças sem ter que fechar grandes partes da sociedade. No entanto, a distribuição desigual das ferramentas que auxiliam na mitigação da transmissão ou salvar vidas - incluindo diagnósticos, oxigênio, PPE e vacinas - está levando a pandemia de dupla via. Esta desigualdade prolongará o estágio agudo desta pandemia por anos, quando poderia acabar em questão de meses. Se este vírus está circulando em qualquer lugar, é uma ameaça para todos os lugares. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021b)

Visando contribuir para com a promoção de políticas equânimes, a OMS coordenou o projeto COVAX Facility que tinha como meta assegurar 40% de cobertura vacinal até o final de 2021 e 70% até o meio de 2022. Essas metas que implicavam na oferta de 2 bilhões de doses de vacinas seguras, eficazes e de qualidade naquele período (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021a), infelizmente não foram atingidas em maio de 2022.⁴ Essas metas interessam a todos os países tendo em vista que a pandemia só será controlada quando houver cobertura vacinal adequada em escala global. Dessa forma, o monitoramento da implementação dessas políticas é uma responsabilidade de todos.

Visando atingir esses objetivos, a OMS juntamente com outras organizações multilaterais que integram uma força-tarefa para auxiliar no controle da covid-19 divulgaram uma declaração conjunta, em agosto de 2021 propondo: 1) que os países que adquiriram grandes volumes de vacinas troquem a agenda de entrega a curto prazo com a COVAX e African Vaccine Acquisition Trust (AVAT); 2) que os fabricantes de vacinas deverão priorizar e cumprir imediatamente seus contratos com a COVAX e AVAT, fornecendo previsões regulares e claras de fornecimento; 3) que o G7 e todos os países que se comprometeram com o compartilhamento de doses o façam o mais breve possível tendo em vista que até a data de 12/09/2021 apenas 10% de quase 900 milhões de doses prometidas haviam sido enviadas; 4) a eliminação das restrições à exportação e quaisquer outras barreiras comerciais relacionadas com as vacinas para covid-19 bem como aos insumos envolvidos em sua produção, por parte de todos os países. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021a) O acompanhamento dessas resoluções é uma avaliação prioritária em escala da saúde global.

COMENTÁRIOS FINAIS

A avaliação dos programas e políticas de saúde pode ser considerada uma temática multidisciplinar que reúne teorias e métodos já testados e em constante desenvolvimento. Contudo, a sua utilização na prática

4 Pelo menos duas dezenas de países estavam com coberturas inferiores a 40%, na data de 01/05/2022. Ver: World Health Organization (2021a)

dos serviços de saúde requer constante atualização, análises estratégica e de situação, diante da determinação social dos problemas de saúde no âmbito populacional.

A pandemia covid-19 trouxe para a ordem do dia a importância de levar em consideração a incerteza, em relação aos problemas de saúde e sua evolução, bem como reforçou a tendência já existente nos estudos da área sobre a complexidade das intervenções sanitárias. Por essas razões, trouxe para a ordem do dia a importância do monitoramento como ferramenta central do planejamento situacional. A variabilidade da evolução da pandemia impôs que muitas das observações aqui feitas fossem proposadamente datadas. Possivelmente, quando esse texto tiver sido publicado, outros serão os problemas. Dessa forma, também ganha centralidade a análise da situação, da conjuntura sanitária e política para explicação dos problemas de saúde e seus determinantes – bases para o desenho adequado de uma avaliação.

Dentre as diversas características ou atributos das intervenções necessários para a avaliação destacaram-se além das tradicionais avaliações de cobertura e efetividade, a vigilância genômica. O vírus ultrapassou a barreira das espécies e a avaliação ultrapassou a barreira das disciplinas. Mas, sobretudo, a avaliação da equidade veio para um primeiro plano tornando a advertência da OMS e de outras lideranças institucionais em escala global, uma síntese plena de significados e do que deve ser feito: *No one is safe from COVID-19 until everyone is safe.*⁵

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1-2, p. 5-20, 1997. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZvbpZyt8VYHSQT4jbcWzbHw/?lang=pt>. Acesso em: 18 set. 2021.
- AMENGUAL-MORENO, M.; CALAFAT-CAULES, M.; CAROT, A. *et al.* [Social determinants of the incidence of Covid-19 in Barcelona: a preliminary ecological

5 Ninguém está seguro da Covid-19 enquanto todos não estiverem seguros. Ver em: <https://www.who.int/news-room/photo-story/photo-story-detail/No-one-is-safe-from-COVID19-until-everyone-is-safe>. No one is safe from COVID-19 until everyone is safe.

study using public data.]. *Revista Espanola de Salud Publica*, Madrid, v. 94, p. 1-19, 2020. Disponível em: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/ORIGINALES/RS94C_202009101.pdf. Acesso em: 18 set. 2021.

BANCO MUNDIAL. La economía mundial: en camino hacia un crecimiento firme, aunque desigual debido a los efectos perdurables de la COVID-19. *Banco Mundial*, Washington, D.C., 8 jun. 2021. Disponível em: <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2021/06/08/the-global-economy-on-track-for-strong-but-uneven-growth-as-covid-19-still-weighs.print>. Acesso em: 18 set. 2021.

BUSS, P. M.; FONSECA, L. E. Num Mundo em Mudança, Desafios Gigantescos: apresentação. In: BUSS, P. M.; FONSECA, L. E. (ed.). *Diplomacia da saúde e Covid-19: reflexões a meio caminho*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. p. 13-26. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/hdyfg/pdf/buss-978657080290-01.pdf>. Acesso em: 17 set. 2021.

CAMPBELL, M.; FITZPATRICK, R.; HAINES, A. *et al.* Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ*, London, v. 321, n. 7262, p. 694-696, 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10987780/>. Acesso em: 17 set. 2021.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Framework For Program Evaluation In Public Health. *MMWR*, Atlanta, v. 48, n. 11, p. 1-40, 1999.

COVID-19 evolução em Portugal. *Serviço Nacional de Saúde*, Portugal, 19 nov. 2020. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/11/19/covid-19-evolucao-em-portugal/>. Acesso em: 5 jun. 2022.

COUNTRIES where COVID-19 has spread. *Worldometer*, [s. l.], 2021. Disponível em: <https://www.worldometers.info/coronavirus/countries-where-coronavirus-has-spread/>. Acesso em: 20 set. 2021.

GLASGOW, R. E.; HARDEN, S. M.; GAGLIO, B. *et al.* RE-AIM Planning and Evaluation Framework: adapting to new science and practice with a 20-Year Review. *Frontiers in Public Health*, Lausanne, v. 7, n. 64, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30984733/>. Acesso em: 20 set. 2021.

GONÇALVES, J.; SILVA, P. G.; REIS, L. Surface contamination with SARS-CoV-2: A systematic review. *Science of The Total Environment*, New York, v. 798, n. 149231, p. 1-6, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34325141/#:~:text=Contamination%20with%20SARS%2DCoV%2D2%20on%20surfaces%20was%20detected%20in,potential%20for%20transmission%20via%20surfaces>. Acesso em: 17 set. 2021.

HABITCH, J. P.; VICTORA, C. G.; VAUGHAN, J. P. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *International Journal of Epidemiology*, Oxford, v. 28, p. 10-18, 1999. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10195658/>. Acesso em: 17 set. 2021.

MARTINS, M.; PORTELA, M. C.; NORONHA, M. F. Investigação em serviços de saúde: alguns apontamentos históricos, conceituais e empíricos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9CgFRVMHSMp6Msj5CPBZRb/?lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2021.

MATHIEU, E.; RITCHIE, H.; ORTIZ-OSPINA, E. *et al.* A global database of COVID-19 vaccinations. *Nature Human Behaviour*, London, v. 5, n. 7, p. 947-953, 2021. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41562-021-01122-8>. Acesso em: 20 set. 2021.

NATIVIDADE, M. S.; BERNARDES, K.; PEREIRA, M. *et al.* Distanciamento social e condições de vida na pandemia COVID-19 em Salvador-Bahia, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3385-3392, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kjGcdPcnc3XdB7vzGjZVzP/?lang=pt#:~:text=Estas%20medidas%20atingem%20de%20forma,do%20munic%C3%ADpio%20de%20Salvador%2C%20Bahia>. Acesso em: 20 set. 2021.

NOVAES, H. M. D.; SOÁREZ, P. C.; NOVAES, H. M. D. *et al.* A Avaliação das Tecnologias em Saúde: origem, desenvolvimento e desafios atuais. Panorama internacional e Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/6p3SzRQKCpcR678Btk5xVyQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2021.

PAIM, J.; TEIXEIRA, M. Reorganização do Sistema de Vigilância Epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS). *Informe Epidemiológico do SUS*, [Brasília, DF], v. 5, p. 27-57, 1992.

PAREMOER, L.; NANDI, S.; SERAG, H. *et al.* (2021). Covid-19 pandemic and the social determinants of health. *BMJ*, London, v. 372, p. 1-5, 2021. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/372/bmj.n129.full.pdf>. Acesso em: 20 set. 2021.

PAWSON, R.; TILLEY, N. Realistic Evaluation Bloodlines. *American Journal of Evaluation*, Amsterdam, v. 22, n. 3, p. 317-324, 2001. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/109821400102200305?journalCode=ajec>. Acesso em: 20 set. 2021.

PERELMAN, C. *Ética e Direito*. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

PORTUGAL. Direção-Geral da Saúde de Portugal. *Relatório de Situação*. Portugal: DGS, 2021. Disponível em: <https://covid19.min-saude.pt/relatorio-de-situacao/>. Acesso em: 20 set. 2021.

RITCHIE, H.; MATHIEU, E.; RODÉS-GUIRAO, L. *et al.* Coronavirus (COVID-19) Vaccinations – Statistics and Research – Our World in Data. [S. l.: s. n.], 2021a. Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>. Acesso em: 20 set. 2021.

RITCHIE, H.; MATHIEU, E.; RODÉS-GUIRAO, L. *et al.* Our world in data. Statistics and research. Deaths. [S. l.: s. n.], 2021b. Disponível em: <https://ourworldindata.org/covid-deaths>. Acesso em: 20 set. 2021.

RSSI, P. H.; LIPSEY, M. W.; FREEMAN, H. E. *Evaluation, a systematic approach*. Sage. [S. l.: s. n.], 2004.

SINGU, S.; ACHARYA, A.; CHALLAGUNDLA, K. *et al.* Impact of Social Determinants of Health on the Emerging COVID-19 Pandemic in the United States. *Frontiers in Public Health*, Lausanne, v. 8, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.00406/full>. Acesso em: 20 set. 2021.

STERN, P. L. Key steps in vaccine development. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*: Official Publication of the American College of Allergy, Asthma, & Immunology, Amsterdam, v. 125, n. 1, p. 17-27, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32044451/>. Acesso em: 20 set. 2021.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; CORREIA, A. L. V. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: TEIXEIRA, C. (ed.). *Promoção e Vigilância da Saúde*. [S. l.]: CEPES-ISC, 2002. p. 23-57.

TROIANO, G.; NARDI, A. Vaccine hesitancy in the era of COVID-19. *Public Health*, Washington, D.C., v. 194, p. 245-251, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33965796/>. Acesso em: 20 set. 2021.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, p. 217-226, 2009. Supl. 2. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&%5Cnpid=S0102-311X2009001400004. Acesso em: 20 set. 2021.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *Avaliação de Políticas e Programas de Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FURTADO, J. P. A avaliação de programas de saúde: continuidades e mudanças. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de

Janeiro, v. 36, n. 9, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/c4H4TjsZS7YzjTjyYD5f5Ct/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2021.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A.; CHAVES, S. C. L. *et al.* Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 355-370, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FqsbngBwN8G338qsq3ts3BQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 38th WHO Regulatory Update on COVID-19. 12 September 2021. *World Health Organization*, [s. l.], 2021a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/38th-who-regulatory-update-on-covid-19>. Acesso em: 20 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO-convened Global Study of Origins of SARS-CoV-2: China Part*. [China: WHO], 2021b. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/final-joint-report_origins-studies-6-april-201.pdf. Acesso em: 20 set. 2021.

SOBRE OS AUTORES

ALCIONE BRASILEIRO OLIVEIRA

Doutorado em Saúde Pública. Professora Associada do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

ANA MARIA FREIRE DE SOUZA LIMA

Doutoranda em Saúde Pública. Professora Assistente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

ANA CRISTINA DO ESPÍRITO SANTO MELO

Mestre em Estudos Interdisciplinares sobre a Universidade. Analista de Tecnologia da Informação da Universidade Federal da Bahia.

CAMILA RAMOS REIS

Doutoranda em Saúde Pública. Sanitarista.

EDNIR ASSIS SOUZA

Doutorado em Saúde Pública. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

ESTHER DIAS DA CONCEIÇÃO FERREIRA

Bacharel em Saúde Coletiva. Estagiária do Projeto “Ações Estratégicas para o fortalecimento das práticas de monitoramento e avaliação e do processo decisório das políticas públicas de saúde (ISC-UFBA/DEMAS-MS)”.

GERLUCE ALVES PONTES DA SILVA

Doutorado em Saúde Pública. Médica aposentada do Ministério da Saúde.

ILMA PELEGRINO BLAGOJEVIC

Especialização em Gestão de Processos Universitários. Analista de Tecnologia da Informação da Universidade Federal da Bahia.

ISABELA CARDOSO DE MATOS PINTO

Mestre em Saúde Coletiva. Doutorado em Administração Pública. Professora Associada do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

JOANA DOURADO FRANÇA DE SOUZA

Doutoranda em Educação. Assessora técnica da Fundação José Carvalho.

LÍGIA MARIA VIEIRA DA SILVA

Doutorado em Medicina Preventiva. Professora do quadro permanente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

MARILUCE KARLA BOMFIM DE SOUZA

Doutorado em Saúde Pública. Professora Associada do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

MONIQUE AZEVEDO ESPERIDIÃO

Doutorado em Saúde Pública. Professora Associada do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

NÍCIA CRISTINA ROCHA RICCIO

Doutora em Educação. Analista de Tecnologia da Informação da Universidade Federal da Bahia.

NÍLIA MARIA DE BRITO LIMA PRADO

Doutorado em Saúde Pública. Professora Adjunta da Universidade Federal da Bahia.

VANESSA CATARINE DA SILVA MATOS

Bacharel interdisciplinar em Saúde. Estagiária do Projeto “Ações Estratégicas para o fortalecimento das práticas de monitoramento e avaliação e do processo decisório das políticas públicas de saúde (ISC-UFBA/DEMAS-MS)”.



Isabela Cardoso de Matos Pinto.

Mestre em Saúde Coletiva. Doutorado em Administração Pública. Professora Associada do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.



Alcione Brasileiro Oliveira.

Doutorado em Saúde Pública. Professora Associada do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.



Mariluce Karla Bomfim de Souza.

Doutorado em Saúde Pública. Professora Associada do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.



Monique Azevedo Esperidião.

Doutorado em Saúde Pública. Professora Associada do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

O desenvolvimento de práticas avaliativas constitui um desafio aos gestores e profissionais nas diversas esferas e serviços de saúde.

O livro *Avaliação em Saúde: conceitos e práticas formativas* reúne um conjunto de capítulos que abordam aspectos conceituais, teóricos e práticos para o desenvolvimento do monitoramento e da avaliação de políticas e programas de saúde, possibilitando aos leitores o conhecimento e a reflexão para a sua aplicação no sistema de serviços de saúde.

Esta publicação caracteriza-se como registro da abordagem conceitual e das estratégias formativas realizadas para o fortalecimento das práticas de monitoramento e avaliação em saúde no Brasil.

Docentes do Instituto de Saúde Coletiva da Bahia da Universidade Federal da Bahia e gestores e técnicos do Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS) do Ministério da Saúde coordenaram um conjunto de ações ofertadas aos trabalhadores do SUS e aos gestores que compartilharam suas experiências, iniciativas e compromissos com a avaliação de ações, programas e políticas de saúde.

Formato: 17 x 24 cm
Fontes: Ashbury, Barlow Condensed
Miolo: Papel Off-Set 75 g/m²
Capa: Cartão Supremo 300 g/m²
Impressão: Gráfica 3
Tiragem: 100 exemplares

Esta publicação apresenta ações estratégicas que alcançaram os estados brasileiros, sendo direcionadas para o fortalecimento das práticas de monitoramento e avaliação no Sistema Único de Saúde (SUS) e sustentadas nos aspectos conceituais do campo da avaliação em saúde. Como resultado de processo de cooperação técnica realizada entre a academia e o sistema de saúde, destaca-se como referência para leitura por gestores e profissionais de saúde, estudantes e interessados em refletir, conhecer e desenvolver ações voltadas para o fortalecimento das práticas avaliativas e do processo decisório sobre as políticas públicas de saúde. Aos formadores no campo da avaliação em saúde, encontra-se disponível textos didáticos sobre alguns dos principais atributos de estrutura, processos e resultados dos serviços, assim como exemplificações de projetos de avaliação concebidos na perspectiva do fortalecimento da cultura avaliativa no SUS.



MINISTÉRIO DA
SAÚDE



ISBN 978-65-5630-338-3



9 786556 303383