



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
SISTEMA DE BIBLIOTECAS DA UNICAMP
REPOSITÓRIO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA E INTELLECTUAL DA UNICAMP

Versão do arquivo anexado / Version of attached file:

Versão do Editor / Published Version

Mais informações no site da editora / Further information on publisher's website:

Sem URL

DOI: 0

Direitos autorais / Publisher's copyright statement:

©2016 by Livronovo. All rights reserved.

DIRETORIA DE TRATAMENTO DA INFORMAÇÃO

Cidade Universitária Zeferino Vaz Barão Geraldo

CEP 13083-970 – Campinas SP

Fone: (19) 3521-6493

<http://www.repositorio.unicamp.br>

CAPÍTULO 14 – O PROCESSO DE AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Eduardo Tanajura de Faria

Cirurgião-dentista, Especialista em Gestão em Saúde – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ e pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Especialista em Saúde da Família – UNIFESP, Mestrando MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/UNICAMP

Rafaela Mossarelli Penedo

Enfermeira da Estratégia Saúde da Família – Piracicaba/SP, Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade – UFSCar, Mestranda MP em Odontologia em Saúde Coletiva – FOP/UNICAMP

Antonio Carlos Pereira

Mestre e Doutor em Saúde Pública pela FSP-USP; Docente do Departamento de Odontologia Social da FOP UNICAMP

GUIA DO CAPÍTULO

Objetivos

Nesse capítulo o leitor irá se aproximar e adentrar na avaliação em saúde no que se refere aos conceitos, objetivos e abordagens existentes, perpassando pelo contexto histórico junto à construção e desenvolvimento do sistema público de saúde brasileiro, avaliação econômica em saúde além dos instrumentos mais recentes de avaliação em nível de atenção básica que compõem o processo de institucionalização da avaliação junto aos serviços de saúde. Por se tratar de um tema repleto de complexidades, fragilidades e grandes desafios junto ao SUS, cabe ao leitor a necessidade de aprofundamento, buscas e construções a partir das reflexões propostas no capítulo. Para tanto são sugeridas algumas leituras e atividades abaixo.

- Conteúdo programático:
- Considerações iniciais
- Qualidade nos serviços de saúde
- Avaliação em saúde: conceitos, objetivos e abordagens
- Principais atributos da avaliação em saúde
- Avaliação econômica em saúde
- Avaliação na Atenção Básica em Saúde
- Avanços e desafios atuais na avaliação em saúde

Leitura Obrigatória:

- 1 – Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1997.
- 2 – Figueiró AC, Frias PG, Navarro LM. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook; 2010. p.1-13.
- 3 – Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Leitura Complementar:

- 1 – Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Rio de Janeiro: Vozes; 2010.
- 2 – Moyses SJ, Goes PSA. Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas; 2012.

Atividade Recomendada:

- 1 – Responda junto com sua equipe de trabalho o instrumento de auto-avaliação para melhoria da qualidade (AMAQ-AB ou AMAQ-CEO ou AMAQ-NASF);
- 2 – Priorize junto com sua equipe três padrões de qualidade do instrumento que necessitem de intervenção para melhoria;
- 3 – Construa uma matriz de intervenção com programação de atividades a serem executadas para melhoria de cada padrão de qualidade priorizado para intervenção.

1. Considerações Iniciais

A avaliação é tão antiga quanto nossa existência. Consiste em podermos julgar e analisar o mundo ao redor e as ações humanas. Quando avaliamos algo, o fazemos a partir da necessidade de conhecermos, julgarmos ou conceituarmos aquilo que queremos avaliar; significa julgarmos através de pressupostos se algo é bom, ruim ou mediano.

A prática de avaliar está tão presente no nosso cotidiano, que nem mesmo percebemos quantas vezes avaliamos o que está ao nosso redor. E não falamos apenas de avaliações formais acadêmicas, mas daquelas mais comuns, como por exemplo, julgar se um restaurante é melhor que outro, se esta peça de roupa tem um tecido de melhor qualidade do que aquela, se o calçado a ser comprado é mais confortável que o outro. Quando compramos um carro, quem não faz um test-drive para avaliar a sua qualidade, economia e conforto? E quando temos que escolher que lugar é o melhor para irmos nas férias? Temos então, que todas essas comparações para tomadas de decisões são baseadas em simples avaliações.

No latim avaliar significa medir; em grego, significa atribuir juízo de valor. No senso comum, seus sinônimos são medir, analisar, julgar, estimar, atribuir valor a objetos, pessoas, situações ou algo presente nas atividades cotidianas do ser humano. Portanto, a avaliação é a emissão de valor ou mérito, a partir de um julgamento sobre o objeto avaliado.

A avaliação não é tida como ciência e sim como um método que inclui múltiplos conceitos e conhecimentos de várias áreas, a fim de que se possa produzir visões diferenciadas e participativas sobre aquilo que se quer avaliar. Considerada um método técnico e administrativo, a avaliação envolve tomada de decisões, embasadas em fatores de avaliação estabelecidos previamente (Tanaka e Melo, 2001; Contandriopoulos et al., 2002; Minayo et al., 2005).

Todo o processo de trabalho que envolve a produção de um bem, de forma a atingir metas e resultados é de tamanha complexidade. De nada vale atingir resultados esperados, sem que se possa avaliar se os objetivos foram atingidos, se os trabalhadores envolvidos estão satisfeitos, se o produto final agrada os consumidores. E quando o bem produzido é saúde, a complexidade é ainda maior, pois a “matéria prima” são pessoas em situação de fragilidade pela doença e a força de trabalho também são pessoas, os trabalhadores, também expostos a outras fragilidades.

A avaliação, no âmbito da saúde, tem sido uma ferramenta de gestão a ganhar atenção especial, em detrimento da rigidez das sanções, gestores despreparados ou descomprometidos, falta de planejamento e da necessidade de mensurar a qualidade dos programas e serviços. Podemos perceber a necessidade da profissionalização, da especialização e de políticas públicas que proporcionem a evolução de metodologias adequadas e que possam garantir a participação de todos os atores envolvidos na prestação dos serviços: gestores, trabalhadores e usuários.

Neste capítulo, abordaremos o assunto avaliação em saúde com detalhes, cabendo ao leitor, a necessidade de reflexões, buscas e construções, por ser um tema de complexidades, fragilidades e desafios no SUS.

2. Qualidade nos serviços de saúde

Donabedian (1988) foi o pioneiro em propor um modelo de avaliação da qualidade dos serviços de saúde na década de 60 e até hoje influencia os processos de avaliação, baseando-se na tríade: estrutura – processos – resultados.

Historicamente, observamos que na saúde pública, a avaliação tem a perspectiva de comparar um padrão ideal com a realidade e, assim, obter julgamento sobre a qualidade e eficácia dos serviços. A maioria dos processos avaliativos submete o serviço à atividades desenvolvidas e os atores a métodos e técnicas com foco quantitativo, para que se possa fazer um diagnóstico daquilo que se quer avaliar, a partir de resultados e planejar ações futuras. Hoje, a literatura mostra que apesar de o foco quantitativo das avaliações em saúde constituir um modelo predominante, unidirecional, de gestores e pensadores para os serviços, temos a validação de modelos de avaliação que considera a esfera qualitativa, aquela que guarda em si as subjetividades daquilo que não se pode mensurar; aquela que permite a participação dos atores do serviço avaliando sua própria prática ou dos usuários/consumidores do serviço, consolidando modelos de avaliação mais horizontalizados (Cohen e Franco, 2008; Pinto e Gerhardt, 2013).

A inserção de processos avaliativos nos serviços de saúde brasileiros já é apontada como uma ferramenta de gestão fundamental, no sentido de qualificá-los e propiciar tomadas de decisões para a melhoria das intervenções de saúde. Portanto, observamos falta de investimento, deficiência na formação técnica, política e humana dos profissionais e gestores que atuam nos serviços, falta de parcerias intersetoriais que possam pensar na saúde como um direito, bem como falta de participação dos usuários (Chaves e Tanaka, 2012).

3. Avaliação em saúde: conceitos, objetivos e abordagens

Práticas avaliativas são consideradas uma importante ferramenta de gestão no SUS e elas devem ser incorporadas entre gestores, usuários, trabalhadores, comissões de saúde, sociedade civil. Assim, pode-se ter a visão multifacetada, incluindo todos os atores envolvidos na avaliação. De forma integrada e conjunta, pode-se construir e produzir significados entre todos os atores avaliados e conduzir as tomadas de decisões como um compromisso para a obtenção de melhorias das intervenções de saúde, serviços e saúde dos usuários, abrangendo um contexto social, profissional, econômico e político na saúde (Cohen e Franco, 2008; Chaves e Tanaka, 2012; Pinto e Gerhardt, 2013).

Uma revisão de literatura nos traz um contexto histórico dos processos de avaliação em saúde. Na década de 60, a avaliação em saúde iniciou um processo associado à gestão e melhoria da qualidade dos serviços de saúde, que iniciou no setor privado e estendeu-se aos serviços públicos. A saúde, nesse período era vista como um produto de consumo e, por esse motivo, deveria ter uma certificação padronizada de qualidade (Lima e Silva, 2011).

Mais tarde, na década de 70, a avaliação dos serviços de saúde associou-se às tecnologias e à ciência e, nesse movimento, pretendia expandir a atenção à saúde com mais tecnologia e qualidade aos usuários (Lima e Silva, 2011).

Desde a década de 80 a avaliação tem sido uma das ferramentas mais valiosas de gestão da administração pública. No âmbito de uma cultura avaliativa, de julgamento e de conhecer de forma objetiva a realidade de um serviço, programa ou instituição de saúde, os processos de avaliação têm sido assumidos como o maior potencial de permitir diagnóstico e fomentar a proposição de melhores soluções para corrigir problemas na implementação das políticas, programas e processos/ações de trabalho cotidianos (Fonseca e Mendonça, 2014).

É neste período que a avaliação começa a ser realizada sob uma outra ótica, a ótica do usuário. Assim, gestores e pesquisadores começam a voltar os processos avaliativos de forma inversa: da satisfação do usuário, para o alcance das certificações de qualidade (Lima e Silva, 2011). E, de forma a incluir a preocupação

dos usuários com a qualidade da saúde oferecida, à medida que se estabelecia metas, critérios, métodos e indicadores de avaliação, os processos avaliativos geravam fragilidades, no sentido de levantar efeitos indesejados e desfavoráveis à objetividade daquilo que se queria levantar (Fonseca e Mendonça, 2014).

Na década de 90 é que os sujeitos avaliados, os trabalhadores e os consumidores dos bens produzidos, os usuários começaram a ser inseridos nos processos de avaliação, junto aos gestores e pesquisadores e, a partir de então, a avaliação em saúde tem sido apontada como uma tecnologia de gestão muito valorizada para quantificar e qualificar os resultados de saúde desejados (Fonseca e Mendonça, 2014).

Também neste período, a avaliação em saúde incorpora no seu contexto dados estatísticos, os indicadores de saúde, que de certa forma, conseguiram mostrar os resultados reais a partir da oferta dos serviços e permitir um planejamento das ações oferecidas, a fim de melhorar sua qualidade. Já nesse período, a importância da avaliação em saúde começou a ser validada através de políticas públicas (Lima e Silva, 2011).

Quadro 1 – Evolução das características associadas à Avaliação em Saúde no Brasil.

Anos 60	Anos 70	Anos 80	Anos 90	Século 21
Características: início no SETOR PRIVADO.	Características: Incorporação de novas TECNOLOGIAS EM SAÚDE e desenvolvimento da CIÊNCIA.	Características: Fortalecimento da avaliação em saúde no setor público.	Características: Avaliação de SERVIÇOS, TRABALHADORES, USUÁRIOS, PESQUISADORES E GESTORES EM SAÚDE, a partir de DADOS ESTATÍSTICOS.	Características: Avaliação a partir de INDICADORES DE SAÚDE.
Objetivo: avaliar com a ideia de promover MELHORIA DA QUALIDADE dos serviços de saúde.	Objetivo: necessidade de avaliar a atenção à saúde a partir das novas tecnologias.	Objetivo: permitir o diagnóstico dos serviços, programas, processos e ações em saúde, para a proposição de melhorias, a fim de satisfazer o USUÁRIO (consumidor dos bens produzidos em saúde).	Objetivo: qualificar os serviços de forma mais ampla.	Objetivo: fazer diagnósticos e PLANEJAR AÇÕES.
				Desafios/ Perspectivas: métodos de avaliação com enfoque QUANTITATIVO, QUALITATIVO e PARTICIPATIVO envolvendo todos os atores em saúde.

É claro que dados são instrumentos importantes de avaliação em saúde e podem permitir o monitoramento dos serviços com foco na produtividade. Mas, em contrapartida, devemos considerar que quando a avaliação envolve educação em saúde, por exemplo, deve-se ampliar o olhar para os aspectos sociais, não necessariamente ligados à saúde (Walker e Jan, 2005; Fonseca et al., 2012).

Desta forma, iniciamos a discussão: não só o que é mensurável tem importância. Daí, a necessidade de discutirmos um enfoque qualitativo na avaliação em saúde.

Observamos no SUS predominância de modelos de avaliação normativos, que atribuem julgamento sobre a prestação de serviços à população, os recursos e atores envolvidos, os bens produzidos e os resultados obtidos. A avaliação normativa compõe-se da avaliação formativa e somativa. A formativa avalia as atividades desenvolvidas e os programas de saúde ao longo do seu processo; é avaliação contínua e dinâmica, que acompanha todo o desenvolvimento das ações de saúde. A somativa elabora julgamento ao final de todo o processo, quando se pode mensurar os resultados para a prestação de contas (Contandriopoulos et al., 2002).

Além da avaliação normativa, a literatura mostra outros métodos de avaliação utilizados nas instituições brasileiras, os quais utilizados em caráter complementar à avaliação normativa ou de forma isolada enriquecem a avaliação institucional. Temos: a avaliação pontual, específica em avaliar um fator desejado, em um período de tempo determinado. O monitoramento, que permite uma avaliação contínua acerca de um processo em avaliação. A avaliação cotidiana, geralmente utilizada através de uma pesquisa informal sobre a opinião de usuários ou trabalhadores sobre o serviço prestado. No âmbito acadêmico, para validar um processo de avaliação, podemos encontrar as investigações avaliativas, pesquisas científicas que buscam avaliar políticas, serviços e programas de saúde (Silva, 2005).

No campo do conhecimento, está vinculada ao monitoramento de metas e resultados, um enfoque quantitativo. Esse é o prioritário da maioria dos processos de avaliação inseridos no cotidiano do trabalho em saúde, que bonifica o profissional através de seu desempenho. Podemos observar também outras formas de avaliação já delineadas na literatura, que proporcionam maior participação dos trabalhadores sobre o seu próprio processo de avaliação e incluem um enfoque mais qualitativo e subjetivo (Fonseca e Mendonça, 2014).

Assim, observamos ainda que, de modo incipiente, a avaliação no seu aspecto qualitativo, não mensurável, está inserida no contexto dos serviços de saúde.

Recentemente, percebemos que a avaliação em saúde acompanhou a consolidação de políticas de participação social; iniciou um modelo mais participativo, que além de gestores, gerentes e pesquisadores, também valorizam a inclusão de trabalhadores e usuários do sistema de saúde.

Alguns autores nomeiam este modelo como avaliação participativa emancipadora, um modelo que busca promover um envolvimento dos atores avaliados no processo de avaliação, já que acredita-se que eles podem estar empoderados e capacitados a intervir no seu cotidiano, influenciando e sendo influenciados por ele. Essa dinâmica dialética nos remete a um processo construtivista, já fundamentado por Paulo Freire (Furtado e Campos, 2008).

De fato, podemos perceber que a participação do avaliado no seu processo de avaliação vem sendo a cada dia mais discutida no contexto dos serviços de saúde. A avaliação participativa, horizontalizada, influencia nos processos de trabalho por permitir reflexões acerca dos modos de agir e das ações dos trabalhadores. Refletindo, podem avaliar a própria prática e transformar o fazer por aquilo que identificam como necessidade de melhoria, excluindo do gestor a responsabilidade unidirecional do “faça-se”, “cumpra-se”. Esse modelo defende que os atores sociais têm potencial de intervenção, cada qual com sua

prática e seu julgamento e que este potencial não é detido apenas pelo avaliador, mas também pelo avaliado, que consegue enxergar o seu potencial de mudança e aprimorar o trabalho com maior comprometimento (Tanaka, 2006; Fonseca et al., 2012).

Quadro 2 – Modelos avaliativos em saúde no Brasil

Modelos de avaliação	Características
AVALIAÇÃO NORMATIVA (FORMATIVA + SOMATIVA)	Atribui julgamento sobre: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS à população, RECURSOS EM SAÚDE, ATORES ENVOLVIDOS na prestação dos serviços, BENS PRODUZIDOS, RESULTADOS.
AVALIAÇÃO NORMATIVA FORMATIVA	Avaliação de ATIVIDADES envolvidas e PROGRAMAS DE SAÚDE.
AVALIAÇÃO NORMATIVA SOMATIVA	Avaliação do RESULTADO FINAL (mensuração de resultados)
AVALIAÇÃO PONTUAL	Avaliação de apenas um fator envolvido no processo, em um determinado período. Ex: Avaliação do hospital X ou da Unidade de Saúde da Família do território Y, durante a gestão do prefeito Z.
MONITORAMENTO	Avaliação contínua de processos, programas, políticas ou serviços de saúde. Ex: Avaliação dos serviços de saúde do município Z, nos diferentes níveis de atenção.
AVALIAÇÃO COTIDIANA	Pesquisa informal sobre um serviço de saúde. Ex: Pesquisa de satisfação dos usuários sobre a assistência pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde do município; Pesquisa sobre a opinião dos trabalhadores das Unidades de Pronto Atendimento sobre o seu processo de trabalho.
INVESTIGAÇÕES AVALIATIVAS	Pesquisas Científicas para a avaliação de programas, políticas ou serviços de saúde.
AVALIAÇÕES QUALITATIVAS	Avaliações não mensuráveis em números; permitem avaliar pessoas, através de escuta e PARTICIPAÇÃO dos diferentes atores envolvidos nos processos avaliativos. Ex: Ouvidorias (usuários); Avaliação de Desempenho (trabalhadores em saúde).

Um estudo realizado sobre a investigação dos processos avaliativos dos trabalhadores de um órgão público evidencia a importância da avaliação de desempenho do servidor nas instituições públicas. Ressalta que a avaliação de desempenho, de forma geral, é tida como um agente propulsor da força de tra-

balho e estabelece um “contrato” com os servidores, para que se cumpram as metas preestabelecidas, a fim de atingir os resultados esperados. Desta maneira, motiva o trabalhador a cumprir suas tarefas pois o resultado final acarretará em bonificações financeiras, de promoção no trabalho, de destaque e maior responsabilização de cada servidor com as suas tarefas. Mas para que esse processo aconteça é necessário uma série de normatizações, sistematizações do processo de avaliação e definição prévia da missão, visão e metas a serem atingidas, ou seja, a postura que se espera do servidor, que é a força de trabalho da instituição, de forma que este entenda que é parte de todo o processo (Santos e Vieira, 2015).



Figura 1- Processo de avaliação de desempenho

Fonte: Contandriopoulos et al, 1997; Santos e Vieira, 2015; Fonseca e Mendonça, 2014.

Por outro lado, a avaliação de desempenho pode acarretar em descontentamentos, atritos, frustrações e insatisfações dos trabalhadores, devido a alguns fatores negativos, tais como: – comparações entre funcionários, podendo destacar os bons e depreciar os “ruins”; – supervalorização da avaliação, acreditando que um instrumento de avaliação pode corrigir “defeitos” nas pessoas; – valorização de aspectos interessantes apenas na visão do avaliador; – destacar apenas os pontos fracos do servidor, quando este tem também pontos fortes, dentre outros. Portanto, deve-se se dar importância a autoavaliação nos processos avaliativos, como uma maneira de permitir que o próprio trabalhador reflita acerca de suas ações no trabalho e possa identificar suas qualidades e aspectos que necessitam ser melhorados. Desta forma, pode-se permitir que a avaliação não seja unidirecional, do gestor para o trabalhador e que o avaliado passe de uma condição passiva para agente da sua avaliação e que este processo permita uma satisfação maior do mesmo para com a avaliação de desempenho (Santos e Vieira, 2015).

4. Principais atributos da avaliação em saúde

Os atributos relacionados à qualidade na avaliação em saúde, referem-se às características das práticas desenvolvidas nos serviços de saúde como a cobertura, acessibilidade, a equidade, a eficácia, a efetividade, o impacto das ações, a eficiência, a qualidade técnico-científica, a satisfação dos usuários e a aceitabilidade. Esses atributos podem ser agrupados conforme sua relação com: a disponibilidade e distribuição social dos recursos; o efeito das ações e práticas de saúde; os custos das ações; a adequação das ações com o conhecimento técnico e científico existente.

- a disponibilidade e distribuição social dos recursos: cobertura e acessibilidade;
- o efeito das ações e práticas de saúde: eficácia, efetividade e impacto das ações;
- os custos das ações: eficiência;

- percepção das ações com o conhecimento técnico e científico existente: qualidade técnico-científica;
- percepção dos usuários sobre as práticas: satisfação dos usuários e aceitabilidade (Silva e Formigli, 1994).

O entendimento desses atributos é bastante variável, sendo a qualidade, com frequência, aspecto central a ser considerado para a avaliação em saúde, entretanto a sua abrangência impõe a necessidade de uma composição a partir de demais características do objeto avaliado, como efetividade, eficiência, adequação e qualidade técnico-científica.

As definições para os principais atributos da qualidade são:

- Eficácia: é a capacidade de produzir o efeito esperado quando o serviço é colocado em condições ideais de uso;
- Efetividade: é a capacidade de produzir o efeito esperado quando em uso frequente. É a relação entre o impacto real e o potencial
- Eficiência: é a relação entre o impacto real e o custo das ações. Se justifica o funcionamento do serviço de saúde frente aos recursos empregados?;
- Equidade: é a distribuição dos serviços conforme as necessidades. Tratar desigualmente os desiguais e priorizar os grupos sociais que mais apresentam necessidades de saúde;
- Acesso: é a não existência de obstáculos para o uso dos serviços de saúde. É a relação entre os recursos de poder da população usuária e os obstáculos criados ou existentes nos serviços de saúde;
- Cobertura ou adequação: existência de número suficiente e adequado de serviços de saúde frente à demanda. Quantifica a proporção da população que se beneficia com o serviço de saúde;
- Aceitabilidade: os serviços de saúde estão adequados às normas culturais e sociais além das expectativas dos usuários;
- Qualidade técnico-científica: aplicação das ações em conformidade com os conhecimentos e a tecnologia disponível;
- Satisfação dos usuários: grau de satisfação por parte da comunidade como um todo em reação aos serviços ofertados (Donabedian, 1990; Vuori, 1982).

A satisfação dos usuários, a eficiência, o impacto das ações, a qualidade técnico-científica e a efetividade se enquadram como atributos do cuidado em saúde, já o acesso, cobertura e a equidade se referem ao sistema de saúde (Lane e Kelman, 1975).

Curiosidade:

Assista aos vídeos:

<https://www.youtube.com/playlist?list=PL4BE4C1F7A390E695>

O cuidado em saúde, bem como a qualidade dos serviços têm interpretações subjetivas. Assim, a avaliação pode variar de acordo com o avaliador, que pode estar baseando-se em princípios científicos, expectativas individuais e valores sociais.

Neste sentido, a qualidade não pode ser avaliada apenas em termos técnicos, se faz necessário reconhecer as questões individuais e sociais envolvidas no processo do cuidado em saúde buscando equacioná-las na garantia da equidade.

Desta forma tais atributos devem então ser selecionados e especificados em cada contexto, dependendo do objeto a ser avaliado.

Quadro 3 – Atributos da qualidade em saúde

Atributos da qualidade em saúde	Conceito/Definição	Exemplo
Eficácia	capacidade de produzir o efeito esperado quando o serviço é colocado em condições ideais de uso.	O Programa Nacional de DST/AIDS é eficaz na prevenção de DST através da disponibilização gratuita do preservativo masculino.
Efetividade	capacidade de produzir o efeito esperado quando em uso frequente. É a relação entre o impacto real e o potencial.	O Programa Nacional de DST/AIDS não é efetivo na prevenção de DST/AIDS pois mesmo com a disponibilização do preservativo masculino diversos casos são diagnosticados na rede de saúde.
Eficiência	relação entre o impacto real e o custo das ações. Se justifica o funcionamento do serviço de saúde frente aos recursos empregados.	O Programa Nacional de DST/AIDS é eficiente na prevenção de DST/AIDS pois disponibiliza gratuitamente o método mais barato e mais eficaz de prevenção - o preservativo masculino.
Equidade	distribuição dos serviços conforme as necessidades.	O Programa Nacional de DST/AIDS disponibiliza uma equipe específica através do Programa de Redução de Danos para orientar e disponibilizar preservativos diretamente aos profissionais do sexo (população de alta vulnerabilidade para as DST/AIDS).
Acesso	relação entre os recursos de poder da população usuária e os obstáculos criados ou existentes nos serviços de saúde.	O programa Nacional de DST/AIDS disponibiliza amplo acesso ao preservativo masculino à toda a população através de todos os serviços de saúde do SUS.
Cobertura ou adequação	existência de número suficiente e adequado de serviços de saúde frente à demanda.	O Programa Nacional de DST/AIDS abrange todos os estados, regiões e municípios brasileiros com maiores índices de DST/AIDS?
Aceitabilidade	os serviços de saúde estão adequados às normas culturais e sociais além das expectativas dos usuários.	O Programa Nacional de DST/AIDS considera as diferentes culturas e normas sociais para garantir o direito a prevenção e tratamento.
Qualidade técnico científica	aplicação das ações em conformidade com os conhecimentos e a tecnologia disponível.	No planejamento das ações do Programa Nacional de DST/AIDS são considerados todos os conhecimentos e tecnologias disponíveis em nível mundial.
Satisfação do usuário	grau de satisfação por parte da comunidade como um todo em relação aos serviços oferecidos.	Os estudos de avaliação de satisfação dos usuários com o Programa Nacional de DST/AIDS apontam alto nível de satisfação.

Fonte: Adaptado de Donabedian, 1990.

A seleção de um único atributo não é suficiente para toda a complexidade dos serviços de saúde. Para avaliá-los como boa ou má qualidade, é fundamental a escolha de diversos dos atributos. O serviço pode ser efetivo, mas não eficiente, assim caracterizando-o como inviável. Pode também um serviço ser eficiente, mas apresentar baixa aceitabilidade pela população, e assim por diante.

Assim, a valorização de relações mais equânimes entre profissionais e população podem legitimar o usuário e a importância da satisfação pela comunidade junto ao serviço de saúde.

5. Avaliação econômica em saúde

A economia da saúde procura alinhar os conhecimentos da medicina ao conceito de eficiência oriundo da economia e, mesmo como um ramo científico relativamente recente, se configura como relevante instrumento para que os gestores de políticas públicas de saúde possam tomar decisões com embasamento teórico.

Além da decisão, os gestores têm ainda responsabilidade sobre a sua implantação onde o objetivo da avaliação de tecnologias em saúde é estruturar e auxiliar decisões racionais na escolha de qual tecnologia disponibilizar no planejamento e alocação dos recursos financeiros.

O conceito da economia da saúde se consolida na “aplicação do conhecimento econômico ao campo das ciências da saúde, em particular como elemento contributivo à administração dos serviços da saúde” (Del Nero, 2002).

Ao se fazer as perguntas: “É possível diminuir o custo dos serviços sem alterar sua qualidade?” ou “Qual a melhor combinação de pessoal e tecnologia para produzir o melhor serviço?”, a avaliação econômica em saúde promove análise dos possíveis benefícios que a incorporação de tecnologias poderiam proporcionar, levando em conta o custo, a eficácia e a efetividade, o que sinaliza o complexo objeto de estudo da avaliação econômica em saúde (Del Nero, 2002; Tanaka e Tamaki, 2012).

Segundo Tanaka e Tamaki (2012), os princípios que devem ser respeitados na avaliação econômica em saúde são: utilidade, oportunidade, factibilidade, objetividade e direcionalidade.

Quadro 4 – Princípios da avaliação econômica em saúde

Princípios em avaliação econômica da saúde	Conceito/Definição
Utilidade	deve subsidiar decisões propondo respostas aos problemas.
Oportunidade	deve ser realizada antes do processo de tomada de decisão.
Factibilidade	tem que ser o mais confiável possível.
Objetividade	deve buscar o melhor conhecimento e maior aprofundamento no tempo existente e com os recursos disponíveis.
Direcionalidade	deve ter um caminho orientado e viável para conduzir as decisões do gestor.

Fonte: Tanaka e Tamaki, 2012

Com a grande expansão e rápida incorporação de novas tecnologias em saúde, estabelecer se o benefício promovido está em proporção razoável ao custo que se adiciona é um ponto fundamental para tomada de decisão, haja vista que os recursos desde os humanos, passando pelo tempo, físicos/estruturais até os financeiros no sistema de saúde são escassos e finitos. Assim é fundamental uma análise da eficiência sobre a tecnologia, intervenção ou política de saúde a ser implementada, o que engloba não apenas a efetividade mas também os recursos necessários para a sua efetivação.

Desta forma, o processo avaliativo da economia em saúde deve propor ações para resolver os problemas existentes auxiliando o gestor na tomada de decisões, mas deve conciliar os diversos interesses existentes, incluindo de forma mais ampla possível o maior número dos diferentes agentes envolvidos para se ter respostas efetivas.

Para a avaliação econômica ser completa deve cumprir dois requisitos: o primeiro em realizar comparação de duas ou mais possibilidades, como tratamentos alternativos para uma mesma doença, além do segundo requisito onde se faz avaliação concomitante de custos e resultados dos diferentes tratamentos possíveis para uma mesma doença. Assim, a relação entre os custos para cada intervenção e os benefícios proporcionados pelas mesmas deve oferecer uma razão que possibilita a definição das ações e prioridades (Drummond et al., 1997).

Existem quatro conceitos utilizados na avaliação econômica em saúde: a análise custo-benefício, a análise custo-efetividade, análise custo-minimização e a análise custo-utilidade.

- **Análise Custo-benefício:** é uma forma da avaliação econômica onde os resultados dos programas/tecnologias recebem um valor monetário e são expressos em uma unidade comum que é o dinheiro. Essa análise possibilita comparação dos resultados com os custos e define o valor líquido de um programa/tecnologia pela diferença entre ambas as magnitudes. Assim, se os benefícios superarem os custos, estará economicamente justificada a adoção do programa/tecno-

logia. Se o contrário ocorrer é mais viável a destinação alternativa dos recursos financeiros que seriam aplicados no referido programa/tecnologia (Puig-Junoy et al., 2001).

- **Análise Custo-efetividade:** é uma forma de avaliação econômica completa onde se analisam, além dos custos, as consequências de programas/tecnologias ou tratamentos. Para ser realizada é necessário se ter um objetivo bem delimitado para que se possa avaliar a efetividade e mesmo que se tenha vários objetivos, as possibilidades existentes de intervenção devem ser analisadas na mesma medida, para que assim possam ser adequadamente comparadas (Drummond et al., 1997). Na análise de custo-efetividade não é atribuído valor monetário aos resultados das tecnologias/programas em saúde. Os impactos são medidos pelo efeito natural mais apropriado podendo incluir número de doenças evitadas, internações que deixaram de ser necessárias, casos detectados, número de vidas salvas dentre outros. A unidade de medida escolhida deve ter relação de maior relevância para a análise. Como desvantagem dessa análise se destaca a tomada de decisão frente a unidades diferentes podendo ser muito difícil especialmente arbitrária, onde a valorização é subjetivamente realizada pelo gestor.
- **Análise Custo-minimização:** se trata da comparação de custos entre diferentes tecnologias ou alternativas de intervenção ou programas de saúde, para a escolha da que apresentar menor custo. É considerada um caso específico da análise custo-efetividade onde os benefícios das possibilidades existentes são essencialmente iguais. É muito difícil diferentes tecnologias/programas apresentarem efeitos exatamente iguais, mas ainda que se suponha iguais, existe uma aproximação dos benefícios. Portanto, se considerar provável o pressuposto de igualdade de benefícios, essa análise seria a técnica mais adequada a ser utilizada e a decisão atenderá estritamente diferenças de custos.
- **Análise Custo-utilidade:** essa análise é um tipo especial de custo-efetividade, onde a medida dos impactos de um programa/tecnologia ou intervenção considera a aferição da qualidade de vida relacionada com a saúde. São medidas desfecho como expectativa de vida, sobrevida, anos de vida salvos e de fácil interpretação. Pode ser considerada como uma evolução da Análise Custo-Efetividade pois agrega a qualidade de vida à quantidade de vida, que é uma variável fundamental considerando a mudança no perfil demográfico com consequente aumento de doenças relacionadas ao envelhecimento e crônicas.

Quadro 5 – Análises de custo em saúde

Análises de custo em saúde	Exemplo
Custo-benefício	Impacto do Programa de Atenção Básica em Saúde em Comunidades de Difícil Acesso 1- Quais os custos monetários da implantação do programa: Diretos (construção de unidades sanitárias, material de consumo, contratação de pessoal) e Indiretos (ex: construção de estradas vicinais, transporte de profissionais em saúde). 2- Quais os Benefícios monetários da implantação do programa? Diretos (eliminação de gastos com o tratamento de doenças evitáveis) e Indiretos (aumento da capacidade produtiva da comunidade decorrente da queda da taxa de mortalidade e morbidade da população).
Custo-efetividade	Quando se diz que a vacinação contra a gripe em idosos acima de 65 anos é custo-efetiva significa que a razão entre a diferença de custos ao vacinar e ao não vacinar, incluindo-se os custos oriundo de casos de gripe e pneumonia após gripe e a diferença de casos evitados de pneumonia ou morte devido pneumonia após gripe, naquele grupo etário, na presença/ausência da vacinação, corresponde a um valor relativamente baixo por morte evitada, decorrente da pneumonia após gripe naquela faixa etária. Mais de uma vacina pode ser avaliada, nesse caso, a alternativa que apresente a razão de diferenças custo-efetividade mais favorável (baixa) deve ser, em geral, a escolhida.
Custo-minimização	Medição dos custos do recebimento de um mesmo medicamento em diferentes locais (em casa ou no hospital). Medição dos custos de recebimento de um antibiótico intravenoso em determinado hospital e comparando com os custos de recebimento do mesmo antibiótico (nas mesmas doses, em casa, por meio de um serviço de assistência domiciliar à saúde).
Custo-utilidade	Uso de medicamentos quimioterápicos em certos tipos de neoplasia, onde por exemplo se tem duas estratégias A e B. Serão analisados os dados dos resultados, dados de utilidade e dados de custo de cada estratégia para se determinar a expectativa e qualidade de vida com uso de cada um deles.

Fonte: Adaptado de Drummond et al., 1997.

6. Avaliação na Atenção Básica em Saúde

Com a criação do Programa Saúde da Família (PSF) a partir do imperativo ético-político dos princípios da atenção básica, consensualizados internacionalmente para organização dos sistemas universais de saúde, surgia uma nova estratégia e atividade assistencial integrada à rede de serviços que deveria funcionar como porta de entrada para o SUS (Henrique e Calvo, 2008). Desta forma, este programa assumiu caráter substitutivo do modelo tradicional de atenção e rapidamente se expandiu através de muitas equipes de saúde por todo Brasil atingindo mais de 96 milhões de pessoas em 15 anos de implantação, correspondendo a uma cobertura populacional de 50,7% (Brasil, 2015).

Vários avanços foram obtidos com o programa, dentre eles: maior acesso aos cuidados básicos de saúde (Paiva et al., 2006); redução da mortalidade infantil (Macinko et al., 2007; Guanais e Macinko, 2009; Lourenço et al., 2014), melhor controle de condições crônicas, doenças e agravos não transmissíveis (Araújo e Guimarães, 2007), e resultados positivos em internação hospitalar por condições sensíveis à atenção básica (Abreu et al., 2007; Guanais e Macinko, 2009).

Tal evolução redefiniu sua importância no processo de reorganização da atenção básica e trouxe o debate de questões relacionadas à qualificação e resolubilidade das equipes de saúde.

Desta forma, o Ministério da Saúde passou então a estimular atividades de monitoramento e avaliação assumindo a maior responsabilidade pelo processo de avaliação para estruturar uma política de avaliação da atenção básica com vistas à superação dos seus limites organizacionais e a institucionalização de processos avaliativos no sistema de saúde (Felisberto, 2006).

A institucionalização é uma estratégia para incorporar a avaliação no dia a dia de gestores e profissionais de saúde, partindo de uma visão abrangente dos processos avaliativos. Trata-se da compreensão que avaliação vai além da obrigação de prestar contas para instituições financiadoras ou da simples medição de resultados para satisfação de agentes responsáveis por programas e/ou políticas setoriais (Felisberto, 2006).

Nesse panorama, foi constituída, através da Portaria GM 676/13 do Ministério da Saúde, uma comissão na Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica para elaborar e propor estratégias para integração e unificação dos processos de controle, acompanhamento e avaliação com vistas a institucionalização da avaliação na atenção básica (Brasil, 2003).

Importante ressaltar, contudo, que é em nível local que as mudanças para a melhoria dos serviços e do sistema precisam ser realizadas com mais dinamicidade, o que justifica a implantação e consolidação de propostas avaliativas integradas aos serviços de saúde (Brasil, 2012).

Portanto, o Ministério da Saúde criou, no ano de 2005, a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) proporcionando aos gestores e profissionais ferramentas de avaliação e de gestão da qualidade da Saúde da Família (Silva e Caldeira, 2011).

A proposta da AMQ é realizar um diagnóstico participativo do funcionamento do serviço, envolvendo no processo os gestores, coordenadores, unidades de saúde e equipes. Através de instrumentos específicos propostos para esta avaliação, os atores podem avaliar o serviço de forma integrada e sistematizada, identificando os entraves que consideram problemas e pensando em planos de intervenções conjuntamente, para que se proponham as melhorias, definidas pelos próprios atores avaliados.

A AMQ tem por princípio que a gestão, a estrutura e os processos de implementação de ações, funcionamento de serviços e práticas podem ser melhorados para alcançar a qualidade desejada, considerando qualidade em saúde como o grau de atendimento a padrões de qualidade previamente estabelecidos segundo normas e protocolos, os conhecimentos técnicos e científicos atuais, além do respeito aos valores culturalmente aceitos (Brasil, 2008).

Um padrão de qualidade pode ser compreendido como um nível de referência de qualidade a ser atingido e assim demonstrar um grau de excelência. O padrão é a declaração da qualidade esperada. Para a criação dos padrões de qualidade o AMQ utilizou critérios e padrões pré-estabelecidos, com o intuito de impulsionar processos de melhoria da qualidade na saúde da família (Brasil, 2008).

O AMQ conta com cinco instrumentos de autoavaliação, direcionados a diferentes públicos, totalizando 300 padrões de qualidade divididos em duas unidades ou componente de análise distintas e integradas: Gestão e Equipe. Para cada uma dessas unidades, existem dimensões de análise que se subdividem em subdimensões de análise. Os padrões de qualidade são divididos em cinco questionários específicos para cada sujeito envolvido com a Saúde da Família, sendo um para o gestor municipal da saúde, outro para os coordenadores da Estratégia Saúde da Família, outro para os responsáveis pela gerência da unidade de saúde, outro para todos os profissionais da unidade de saúde e outro para todos os profissionais de nível superior da unidade de saúde.



Figura 2: Componentes de análise no AMQ.

Fonte: Brasil, 2005a.

Componentes ou Unidades de análise	Dimensão	Subdimensões
Gestão	Desenvolvimento da Estratégia SF	Implantação/ Implementação da SF no município Integração da Rede de Serviços Gestão do Trabalho Fortalecimento da Coordenação
	Coordenação Técnica das Equipes	Planejamento e Integração Acompanhamento das Equipes Gestão de Educação Permanente Gestão de Avaliação Normatização
	Unidade SF	Infra-estrutura e Equipamentos da USF Insumos, Imuno-biológicos e Medicamentos
Equipes	Consolidação do Modelo de Atenção	Organização do Trabalho em Saúde da Família Acolhimento, Humanização e Responsabilização Promoção da Saúde Participação Comunitária e Controle Social Vigilância à Saúde I: Ações Gerais da ESF
	Atenção à Saúde	Saúde de Crianças Saúde de Adolescentes Saúde de Mulheres e Homens Adultos Saúde de Idosos Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis Vigilância à Saúde III: Agravos com Prevalência Regionalizada Padrões: Loco-regionais

Figura 3: Dimensões e subdimensões para avaliação divididos em cada unidade/componente de análise.

Fonte: Brasil, 2005a.

No processo do AMQ é orientada a formação de um diagnóstico acerca da organização e do funcionamento da Saúde da Família, no qual se identifica estágios de desenvolvimento da qualidade (Estágio E = Qualidade Elementar, Estágio D = Qualidade em Desenvolvimento, Estágio C = Qualidade consolidada, Estágio B = Qualidade Boa e Estágio A = Qualidade Avançada), seus aspectos críticos, assim como das potencialidades e dos pontos já consolidados.



Figura 4: Estágios de Qualidade da Estratégia Saúde da Família.

Fonte: Brasil, 2005a.

A AMQ também traz aspectos positivos a serem discutidos na avaliação, no sentido de provocar reflexões dos avaliados sobre premissas da atenção primária, como atividades de prevenção e promoção, acesso, cuidado, acolhimento e classificação de risco, humanização, dentre outros. Desta maneira, refletem sobre o processo de trabalho, pensando em resultados produzidos à população, considerando o que se tem como base da atenção primária e assim, propõem melhorias que julgam necessárias para melhorar a qualidade da assistência prestada (Campos, 2005).

Outro aspecto positivo e inovador da AMQ, que representa uma evolução nos processos avaliativos em saúde, é a autoavaliação. Alguns autores consideram que este tipo de avaliação reforça a importância da participação do avaliado na sua avaliação e de seu trabalho e, desta maneira, permite que o mesmo sinta-se parte desse processo e esteja mais envolvido e comprometido com a necessidade de mudança e reorganização das práticas em saúde (Felisberto, 2006; Canesqui e Spinelli, 2008; Costa et al., 2008).

Apesar das importantes potencialidades da AMQ com a definição de padrões de qualidade a serem almejados e alcançados pelas equipes de saúde da família, não existia uma clara definição para a medição de escores ou estabelecimento de pontos de corte específicos que permitiam o ranqueamento das equipes em relação aos estágios de desenvolvimento definidos, fator que pode ter contribuído para a limitação da disseminação da AMQ e do uso desse instrumento em pesquisas avaliativas (Silva e Caldeira, 2011).

Mesmo com o desenvolvimento das estratégias de incentivo à melhoria da qualidade da atenção básica integrantes da Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica, além de todos resultados relevantes nos indicadores de saúde, ainda persistem diversos problemas e desafios postos a atenção básica brasileira (Brasil, 2012).

Dentre diversos desafios destacam-se a incipiência dos processos de gestão centrados na indução e acompanhamento da qualidade, sobrecarga das equipes com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade, pouca integração das equipes de AB com a rede de apoio diagnóstico e terapêutico e com os outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), baixa integralidade e resolutividade das práticas, com a persistência do modelo de queixa-conduta, de atenção prescritiva, procedimento-médico-centra-

da, focada na dimensão biomédica do processo saúde-doença-cuidado e financiamento insuficiente e inadequado da AB, vinculado ao credenciamento de equipes, independentemente dos resultados e da melhoria da qualidade (Brasil, 2012).

Com vistas à superação desses desafios e na lógica de institucionalização da avaliação para melhoria da qualidade da atenção básica, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011. Este promove a execução da gestão pública baseada na indução, monitoramento e avaliação de processos e resultados.

O objetivo do PMAQ é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica permitindo maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (Brasil, 2012)

Para tanto foi definido um padrão de qualidade que permite a comparação em nível nacional, regional e local assegurando a maior equidade possível na comparação entre as equipes, sendo que o processo de certificação é feito a partir de estratos de distribuição dos municípios, considerando aspectos sociais, econômicos e demográficos.

Um dos pressupostos do programa se trata do desenvolvimento dos trabalhadores de saúde para mobilizá-los e provocar estratégias de educação permanente em saúde com vistas a sua qualificação contínua e, conseqüentemente, da atenção em saúde (Brasil, 2012).

Considerando também a grande diversidade e complexidade das situações encontradas na atenção básica, se faz necessária a construção de capacidades de análise e intervenção ampliadas para uma atenção resolutive.

O desenvolvimento do PMAQ está alicerçado e organizado em quatro dimensões, a saber: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio Institucional.

A auto-avaliação é o ponto de partida do programa, haja vista que os processos orientados para a melhoria da qualidade devem ter por início o reconhecimento, pelas próprias equipes de saúde, dos pontos positivos e problemáticos do seu trabalho, produzindo sentidos e significados carreados de potencialidade para o desenvolvimento de atividades de mudança e aprimoramento (Brasil, 2012).

Considerando esta premissa, o Ministério da Saúde criou no âmbito do PMAQ um instrumento de autoavaliação denominado AMAQ (Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica), o qual é constituído por padrões de qualidade esperados quanto à estrutura, aos processos e aos resultados das ações da atenção básica, sendo ferramenta de grande potencial pedagógico de caráter reflexivo e problematizador que possibilita a construção de soluções a partir da identificação de problemas (Brasil, 2012).

O PMAQ-AB, apesar de ser um instrumento inovador de avaliação dos serviços da atenção primária à saúde, está pautado nas antigas premissas de avaliação, a tríade estrutura, processos e resultados. Mas se faz inovador por permitir avaliação, acompanhamento e monitoramento de forma cíclica, contínua, participativa e de autoavaliação dos processos implantados e resultados alcançados (Brasil, 2011; Pinto et al., 2014).

O processo de monitoramento do PMAQ para fins de classificação das equipes de atenção básica participantes se dá a partir da contratualização e acompanhamento de 24 indicadores de desempenho relacionados ao processo de avaliação externa e utilizados para fins de classificação das equipes de atenção básica, além de 23 indicadores de monitoramento acompanhados de forma regular em complementaridade as informações de oferta, ações e resultados alcançados pelas equipes mas sem influência para a classificação das equipes (Brasil, 2012).

São no total 47 indicadores relacionados a alguns dos focos estratégicos de ação da atenção básica e distribuídos conforme o quadro a seguir:

Quadro 6 – Número de indicadores por área estratégica no PMAQ.

Área Estratégica	Natureza do uso		Total
	Desempenho	Monitoramento	
1. Saúde da mulher	6	1	7
2. Saúde da criança	6	3	9
3. Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica	4	2	6
4. Saúde bucal	4	3	7
5. Produção geral	4	8	12
6. Tuberculose e hanseníase	0	2	2
7. Saúde mental	0	4	4
Total	24	23	47

Fonte: Brasil, 2012.

Os resultados dos indicadores estão relacionados às informações geradas pelas equipes nos sistemas de informação da atenção básica SIAB e e-SUS AB.

No quadro 7 estão descritos os indicadores de monitoramento e desempenho para cada área estratégica da atenção básica.

Quadro 7 – Indicadores de monitoramento e desempenho para cada área estratégica da atenção básica

Área estratégica de atenção	Indicadores de desempenho	Indicadores de Monitoramento
SAÚDE DA MULHER	Proporção de gestantes cadastradas na equipe de atenção básica;	Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares;
	Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada;	
	Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre;	
	Proporção de gestantes com o pré-natal em dia;	
	Proporção de gestantes com vacina em dia;	

SAÚDE DA CRIANÇA	Razão entre exames citopatológicos do colo de útero na faixa etária de 15 anos ou mais;	Proporção de crianças com baixo peso ao nascer;
	Média de atendimentos de puericultura;	Proporção de crianças menores de um ano acompanhadas no domicílio;
	Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo;	Cobertura de crianças menores de cinco anos de idade no SISVAN;
	Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia;	
	Proporção de crianças menores de dois anos pesadas;	
	Média de consultas médicas para menores de um ano;	
	Média de consultas médicas para menores de cinco anos;	
HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES	Proporção de diabéticos cadastrados;	Proporção de diabéticos acompanhados no domicílio;
	Proporção de hipertensos cadastrados;	Proporção de hipertensos acompanhados no domicílio;
	Média de atendimentos por diabético;	
	Média de atendimentos por hipertenso;	
SAÚDE BUCAL	Média de ação coletiva escovação dental supervisionada;	Média de instalações de próteses dentárias;
	Cobertura da primeira consulta odontológica programática;	Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante;
	Cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante;	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de incidência de alterações da mucosa oral;
	Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas;	

PRODUÇÃO GERAL	<ul style="list-style-type: none"> Média de consultas médicas por habitante; 	<ul style="list-style-type: none"> Proporção de consultas médicas de urgência com observação;
	<ul style="list-style-type: none"> Proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado; 	<ul style="list-style-type: none"> Proporção de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência;
PRODUÇÃO GERAL	<ul style="list-style-type: none"> Proporção de consultas médicas de demanda agendada; 	<ul style="list-style-type: none"> Proporção de encaminhamentos para atendimento especializado;
	<ul style="list-style-type: none"> Proporção de consultas médicas de demanda imediata. 	<ul style="list-style-type: none"> Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar;
		<ul style="list-style-type: none"> Média de exames solicitados por consulta médica básica;
		<ul style="list-style-type: none"> Média de atendimentos de enfermeiro;
		<ul style="list-style-type: none"> Média de visitas domiciliares realizadas pelo agente comunitário de saúde (ACS) por família cadastrada;
		<ul style="list-style-type: none"> Proporção de acompanhamentos das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.
TUBERCULOSE E HANSENÍASE	<ul style="list-style-type: none"> Média de atendimentos de tuberculose; 	
	<ul style="list-style-type: none"> Média de atendimentos de hanseníase; 	

SAÚDE MENTAL		<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de atendimentos em Saúde Mental, exceto usuários de álcool e drogas;
		<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de atendimentos de usuário de álcool;
		<ul style="list-style-type: none"> • Proporção de atendimentos de usuário de drogas;
		<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de prevalência de alcoolismo.

Fonte: Brasil, 2012.

Além dos indicadores contratualizados no processo de avaliação externa existe um roteiro de observação da unidade, além da verificação de documentos que comprovem as ações da equipe bem como a entrevista com profissional da equipe e usuários da unidade os quais são considerados para a classificação das equipes.

Nas figuras abaixo estão descritos os componentes e percentuais considerados para certificação das equipes de saúde no primeiro ciclo avaliativa e para aquelas que já participaram de mais de um ciclo avaliativa.



Figura 5: Componentes e percentuais considerados para certificação das equipes de saúde no no primeiro ciclo avaliativo do PMAQ.

Fonte: Brasil, 2015.



Figura 6: Componentes e percentuais considerados para certificação das equipes que já participam de um outros ciclos avaliativos do PMAQ.

Fonte: Brasil, 2015.

Com as avaliações já realizadas nos dois ciclos avaliativos pelo PMAQ, os resultados obtidos forneceram informações importantes sobre a situação da atenção básica do país e a partir desses resultados os gestores têm subsídio para tomar decisões de forma adequada para estruturar, fortalecer e qualificar a atenção básica, investindo em ações necessárias, o que a cada ciclo poderão ser diferentes frente aos resultados, assim possibilitando uma elevação constante da qualidade.

Segundo dados do Ministério da Saúde participam do PMAQ 30.522 equipes de atenção básica, 19.946 equipes de saúde bucal e 1.813 NASF ciclo de 5.072 municípios e, desde o primeiro ciclo, já foram identificados alguns avanços na qualidade da atenção básica como:

- 74,5% das unidades de saúde divulgam para os cidadãos as ações e ofertas de serviços das equipes;
- 96,9% das equipes avaliadas realizam a retirada de pontos;
- 90,9% realizam a coleta de exame citopatológico;
- 52,4% das equipes realizam drenagem de abscesso, 55,3% aplicação de penicilina G Benzatina, e 60,4% das equipes realizam lavagem de ouvido nas unidades;
- 90% das equipes ofertam consultas voltadas para o pré-natal, atendimento a crianças, e a agravos como hipertensão arterial e diabetes mellitus;
- Em relação à saúde bucal, mais de 80% das equipes de saúde bucal ofertam consultas para crianças de até 05 anos de idade e ofertam ações de prevenção e detecção de câncer de boca;
- 74,3% dos cidadãos entrevistados consideram as instalações das unidades boas;
- 82% consideram o cuidado recebido pela equipe como “bom” ou “muito bom” e não mudariam de unidade ou equipe, caso tivessem a oportunidade, e 86% recomendariam a unidade de saúde a um amigo ou familiar.

Mesmo com os resultados divulgados pelo Ministério da Saúde, ainda é cedo para afirmar que o PMAQ efetivamente está gerando melhoria na qualidade da atenção básica do país. Entretanto, com o processo de análise e reflexão dos padrões de qualidade pelas equipes com a construção de matrizes de intervenção na busca pela melhoria da qualidade onde se identifica fragilidade, por si só já se configura como um instrumento bastante potente para transformação de práticas.

O Ministério da Saúde, considerando que a saúde bucal é inseparável da saúde geral do indivíduo, ampliou o PMAQ para avaliação específica da qualidade das ações dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), o qual foi instituído por meio da Portaria GM nº 261, de 21/02/13, apresentando uma ferramenta de Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade dos Centros de especialidades Odontológicas (AMAQ – CEO).

O PMAQ-CEO segue todos os princípios organizativos estabelecidos para o PMAQ-AB sendo sua adesão voluntária e com as mesmas etapas no que se refere à adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização.

Com a adesão o gestor passa a receber 20% do incentivo do PMAQ-CEO e os CEOs aderidos são monitorados por meio de indicadores de produção, de gestão, de processo de trabalho e satisfação do usuário, de acordo com o tipo de CEO (I, II ou III).

Após a Avaliação Externa, o CEO pode perder os 20% do incentivo do PMAQ-CEO, manter os 20%, ou ampliar para 60% ou para 100%.

A ferramenta AMAQ-CEO teve como base os princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal e foi criada com a revisão e adaptação da AMAQ-AB, bem como da Pesquisa de Linha de Base para Avaliação e Monitoramento dos CEO (Brasil, 2013).

O CEO é um serviço especializado de saúde bucal que oferece no mínimo: diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal; periodontia especializada; cirurgia oral menor; endodontia e atendimento a portadores de necessidades especiais (Brasil, 2013).

O AMAQ-CEO está organizado em duas Unidades de Análise de avaliação: Gestão e Equipe, divididas em quatro Dimensões e treze Subdimensões com os padrões do que se é esperado em qualidade para o CEO.

Na figura 7 estão didaticamente descritas as fases do PMAQ-CEO segundo o Ministério da Saúde.

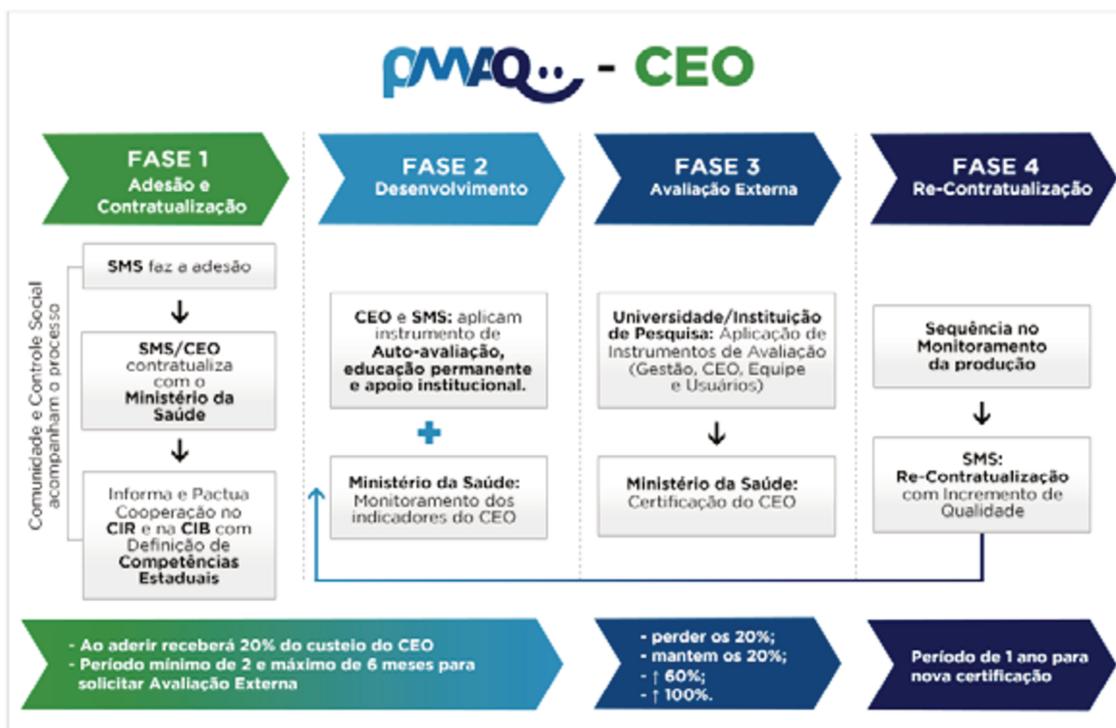


Figura 7- Estruturação do PMAQ – CEO.

Fonte: Brasil, 2013.

No quadro a seguir estão descritos os indicadores de desempenho e monitoramento que são utilizados para fins de repasse do percentual do incentivo PMAQ-CEO após a avaliação externa realizada pelo Ministério da Saúde.

Quadro 8 – Indicadores para análise do PMAQ – CEO.

Indicadores dos CEOs			
Indicadores	Natureza do Uso		Parâmetros Mínimos
	Desempenho	Monitoramento	
1. Procedimentos básicos realizados em pessoas com necessidades especiais no mês	X		Tipo I: 80; Tipo II: 110; e Tipo III: 190
2. Procedimentos de periodontia no mês	X		Tipo I: 60; Tipo II: 90; e Tipo III: 150
3. Procedimentos de endodontia no mês	X		Tipo I: 35; Tipo II: 60; e Tipo III: 95
4. Procedimentos de cirurgia oral no mês	X		Tipo I: 80; Tipo II: 90; e Tipo III: 170
5. Procedimentos de endodontia em dentes permanentes com 3 ou mais raízes no mês	X		Tipo I: 7; Tipo II: 12; e Tipo III: 19
6. Procedimentos restauradores realizados em pessoas com necessidades especiais no mês	X		Tipo I: 40; Tipo II: 55; e Tipo III: 95
7. Proporção de exodontias em relação aos procedimentos clínicos odontológicos individuais em pessoas com necessidades especiais		X	

Fonte: Brasil, 2013.

Curiosidade:

Assista ao vídeo:

<https://www.youtube.com/watch?v=RDbEyWbGz5o>

7. Avanços e desafios atuais na avaliação em saúde

A saúde mental foi a pioneira em incluir os usuários nos processos de avaliação. Trazia a ideia inovadora de que a capacidade de o usuário avaliar o serviço oferecido agregava grande potencial de transformação aos métodos avaliativos. Essa participação e integração dos diversos atores nas avaliações em saúde tem sido a cada dia mais experimentada, valorizada e comprovada pela literatura, na qual se pode observar a interação entre pesquisadores, gestores, gerentes, trabalhadores, usuários e familiares, avaliando os serviços de saúde. Desta forma, uma verdadeira troca de experiências, conhecimento e vivências, com o exercício da autonomia, cidadania e participação social no SUS (Furtado e Campos, 2008).

Mais tarde, a Estratégia Saúde da Família vem reforçar a inclusão de diversos atores inseridos nos processos avaliativos, os gestores, coordenadores, trabalhadores em saúde e ainda prevê a participação da comunidade, para as transformações das práticas de saúde locais, reforçando as políticas de participação social (Costa et al., 2008).

A avaliação em saúde, embora seja preconizada e instituída em políticas públicas, representa uma dificuldade no cenário das instituições de saúde, sejam públicas ou privadas. De forma quantitativa ou qualitativa, sabemos a sua importância para que se tenha um panorama das condições de saúde da população, programas, indicadores de saúde e serviços, mas encontramos dificuldades e fatores limitantes para a sua execução, tais como: -falta de recursos humanos ou financeiros para avaliar resultados, já que esta prática exige pessoal calibrado e preparado, devido o rigor metodológico exigido; / - ameaças aos recursos humanos, já que muitas vezes, a avaliação pode elucidar a baixa qualidade do serviço; / - incapacidade de avaliar os resultados, já que muitas vezes os serviços ou programas não têm objetivos definidos; / - dificuldades de enfrentamento (de gestores), pois muitas vezes as avaliações comprometem ou

expõem a ineficácia dos serviços ou programas; / – dificuldades com fontes financiadores, por existirem interesses financeiros e políticos imbuídos no sistema, dentre outros (Castiel, 1986).

Em suma, no Brasil, ainda vivenciamos o contexto da avaliação em saúde como uma prática pouco institucionalizada e, quando presente, está incorporada em seu sentido burocrático, prescritivo e não sistematizado, que pouco contribui para a formação de profissionais e para os processos decisórios (Brasil, 2005b). Sua importância está fundamentada nas políticas de saúde vigentes, mais ainda não se constitui de uma ferramenta de gestão utilizada em todas as suas potencialidades, tampouco incorporada na maioria dos serviços de saúde brasileiros (Chaves e Tanaka, 2012). Sendo assim, vemos a necessidade de maiores investimentos técnicos e políticos (Brasil, 2005).

8. Referências

- Abreu DMX, Cesar CC, Franca EB. Relação entre as causas de morte evitáveis por atenção a saúde e a implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2007; 21(5): 282-91.
- Araújo JC, Guimaraes AC. Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. *Rev Saude Pública*. 2007; 41(3): 368-74.
- Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Avaliação qualitativa de saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes; 2010. 375p.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família: documento técnico*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005a.
- Brasil. Ministério da Saúde. Sala de Apoio à Gestão Estratégica do SUS [acesso 2015 jun 6]. Disponível em <http://189.28.128.178/sage/#>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica. *Documento final da comissão de avaliação da atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Autoavaliação para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: AMAQ*. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. *Avaliação econômica em saúde : desafios para gestão no Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Considerações sobre a instituição de um processo de monitoramento e avaliação do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b.

- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo para os centros de especialidades odontológicas (CEO). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): nota metodológica da certificação das equipes de atenção básica. Versão preliminar. Brasil: Ministério da Saúde; 2015.
- Campos CEA. Estratégias de avaliação e melhoria da contínua da qualidade no contexto da atenção primária à saúde. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2005; 5(1): 63-9.
- Canesqui AM, Spinelli MAS. A implementação do Programa Saúde da Família em municípios do estado de Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 862-870, 2008.
- Castiel LD. Considerações acerca da utilização da epidemiologia na avaliação dos sistemas de saúde. *Cad Saúde Pública*. 1986; 2(2): 184-90.
- Chaves LDP, Tanaka OU. O enfermeiro e a avaliação na gestão de sistemas de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2012; 46(5): 1274-8.
- Cohen E, Franco R. Avaliação de projetos sociais. 8. ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
- Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZAM, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na implantação de programas. 3. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002.
- Costa GD, Cotta RMM, Franceschini SCC, Batista RS, Gomes AP, Martins PC, et al. Avaliação em saúde: reflexões inscritas no paradigma sanitário contemporâneo. *Physis*. 2008; 18(4): 705-26.
- Del Nero CR. O que é economia da saúde. In: Piola SF, Vianna SM, organizadores. Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde. Brasília: IPEA; 2002.
- Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? *J Am Med Assoc*. 1988; 260(12): 1743- 54.
- Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*. 1990; 114(11): 1115-8.
- Drummond MF, O'Brien BJ, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. New York: Oxford University Press; 1997.
- Felisberto E. Da teoria a formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. *Ciê. Saúde Colet*. 2006; 11(3): 553-63.
- Fonseca AFF, Machado FRS, Bornstein VJ, Pinheiro R. Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do agente comunitário de saúde. *Texto & Contexto Enferm*. 2012; 21(3): 519-27.
- Fonseca AFF, Mendonça MHM. A interação entre avaliação e a atuação dos agentes comunitários de saúde: subsídios para pensar sobre o trabalho educativo. *Saúde Debate*. 2014; 38(nesp): 343-57.
- Furtado JP, Campos RO. Pesquisa avaliativa participativa em saúde mental. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(11): 2671-80.
- Guanais FC, Macinko J. The health effects of primary care decentralization in Brazil. *Health Aff*. 2009; 28(4): 1127-35.
- Henrique F, Calvo MCM. Avaliação do programa saúde da família nos municípios do estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24(4): 809-19.
- Lane DS, Kelman HR. Assessment of maternal health care quality: conceptual and methodologic issues. *Med Care*. 1975; 13(10): 791-807.
- Lima RT, Silva EP. Avaliação na práxis da saúde: histórico, enfoques teóricos e fortalecimento da institucionalização. *Rev Bras Ciê. Saúde*. 2011; 15(1): 103-14.
- Lourenço EC, Guerra LM, Tuon RA, Vidal SSMC, Ambrosano GMB, Corrente JE, et al. Variáveis de impacto na queda da mortalidade infantil no Estado de São Paulo, Brasil, no período de 1998 a 2008. *Ciê. Saúde Colet*. 2014; 19(7): 2055-62.
- Macinko J, Marinho SMF, Guanais F, Simões CCSilva. Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999–2004. *Soc Sci Med*. 2007; 65(10): 2070-80.

- Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.
- Paiva DCP, Bersusa AAS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo programa saúde da família do Município de Francisco Morato, Sao Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(2): 377-85.
- Pinto HAP, Sousa ANA, Ferla AA. O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: várias faces de uma política inovadora. *Saúde Debate*. 2014; 38(nesp): 358-72.
- Pinto JM, Gerhardt TE. Práticas avaliativas na gestão da atenção básica em saúde. *Rev Adm Pública*. 2013; 47(2): 305-26.
- Puig-Junoy J, Pinto JL, Dalmau E. El valor monetario de la salud. Barcelona: Springer-Verlag; 2001.
- Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook; 2010. 196p.
- Santos HR, Vieira FO. O papel da avaliação de desempenho na administração pública: o caso da secretaria municipal de planejamento e gestão de uma prefeitura fluminense [acesso 2015 jan 20]. Disponível em: <http://www.uff.br/sta/textos/fv003.doc>.
- Silva JM, Caldeira AP. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família e qualificação profissional. *Trab Educ Saúde*. 2011; 9(1): 95-108.
- Silva LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZAM, Silva LMV, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.
- Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. 1994; 10(1): 80-91.
- Tanaka OY. Caminhos alternativos para a institucionalização da avaliação em saúde. *Ciêns Saúde Colet*. 2006; 11(3): 571-2.
- Tanaka OY, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.
- Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Cien Saude Colet* 2012; 17(4):821-828
- Vuori HV. Quality assurance of health services. Concepts and methodology. Copenhagen: WHO, Regional office for Europe; 1982.
- Walker DG, Jan S. How do we determine whether community health workers are cost-effective? Some core methodological issues. *J Community Health*. 2005; 30(3): 221-9.