

Práticas de avaliação em saúde no Brasil - diálogos

Marco Akerman
Juarez Pereira Furtado
organizadores

Série Atenção Básica e
Educação na Saúde

NEPES

NÚCLEO DE ENSINO E PESQUISA EM
EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA FMABC
PROJETO CAPES PRÓ- ENSINO NA SAÚDE
Nº 2235/2010

editora



redeunida

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Angel Martínez-Hernández - Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Steffani - Universidade de Bolonha, Itália

Ardigó Martino - Universidade de Bolonha, Itália

Berta Paz Lorigo - Universitat de Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart - Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Izabella Barison Matos - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

João Henrique Lara do Amaral - Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Julio César Schweickardt - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker - Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green - University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico - Universidade de Lanus, Argentina

Lisiane Böer Possa - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos - Universidade Federal da Bahia, Brasil

Mara Lisiane dos Santos - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Márcia Regina Cardoso Torres - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Marco Akerman - Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Luiza Jaeger - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Maria Rocineide Ferreira da Silva - Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Ricardo Burg Ceccim - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rossana Staevie Baduy - Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Sueli Goi Barrios - Ministério da Saúde - Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil

Túlio Batista Franco - Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian - Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

Vera Rocha - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto

Arte gráfica – Capa

Editora Rede UNIDA

Projeto gráfico

Editora Rede UNIDA

Diagramação

Luciane de Almeida Collar

Revisão de Língua Portuguesa

Mônica Ballejo Canto

Série Atenção Básica e Educação na Saúde

Marco Akerman

Juarez Pereira Furtado

Organizadores

**Práticas de avaliação em saúde no
Brasil - diálogos**

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

A314p

Akerman, Marco

Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos / Marco Akerman, Juarez Pereira Furtado, organizadores. – Porto Alegre: Rede Unida, 2015.
374 p. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde)

ISBN: 978-85-66659-46-7

DOI: 10.18310/9788566659467

1. Avaliação em Saúde. 2. Tecnologias em Saúde. 3. Atenção primária à Saúde. 4. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). 5. Qualiaids. I. Furtado, Juarez Pereira. II. Título. III. Série.

CDU: 614

NLM: W84.4

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Aliriane Ferreira Almeida CRB 10/2369

Grafia atualizada segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 2009.

Copyright © 2016 by Marco Akerman e Juarez Pereira Furtado.

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS Fone: (51) 3391-1252

www.redeunida.org.br

1ª Edição
Porto Alegre/RS - 2016
Editora Rede UNIDA

SUMÁRIO

PREFÁCIO - <i>Alcindo Antônio Ferla</i>	7
APRESENTAÇÃO - <i>Os organizadores</i>	11
PARTE 1 - REFLETINDO SOBRE A AVALIAÇÃO EM SAÚDE	15
Capítulo 1 - Entre os campos científicos e burocráticos - a trajetória da avaliação em saúde no Brasil <i>Juarez Pereira Furtado, Lígia Maria Vieira da Silva</i>	17
Capítulo 2 - Avaliação de Tecnologias em Saúde <i>Hillegonda Maria Dutilh Novaes, Patrícia Coelho de Soárez</i>	59
Capítulo 3 - Avaliação de serviços de saúde: a experiência do Qualiaids <i>Maria Ines Battistella Nemes, Elen Rose Lodeiro Castanheira, Ana Paula Loch, Maria Altenfelder Santos, Ana Maroso Alves, Regina Melchior, Maria Teresa Seabra Soares de Brito e Alves, Cáritas Relva Basso, Joselita Maria de Magalhães Caraciolo, Tatianna Meireles Dantas de Alencar, Wania Maria do Espírito Santo Carvalho, Ruth Tezozinha Kehrig, Mariana Arantes Nasser, Felipe Campos Vale, Juliana Mercuri, Renata Bellenzani, Marta Campagnoni Andrade, Rachel Baccarini, Chizuru Minami Yokaichiya, Aline Aparecida Monroe e Angela Aparecida Donini</i>	93
Capítulo 4 - Avaliação Econômica em Saúde <i>Patrícia Coelho de Soárez e Hillegonda Maria Dutilh Novaes</i>	147

PARTE 2 - DESAFIOS DO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ).....187

Capítulo 5 - Desafios para a avaliação na atenção básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa?

Elen Rose Lodeiro Castanheira, Patricia Rodrigues Sanine, Thais Fernanda Tortorelli Zarili, Maria Ines Battistella Nemes.....189

Capítulo 6 - PMAQ São Paulo: avaliação, articulação em rede e resultados preliminares

Marco Akerman, Juarez Pereira Furtado, Maria do Carmo Caccia Bava, Augusto, Mathias, Vânia Barbosa do Nascimento, Lúcia Izumi, Lislaine Fracolli, Maria José Bistafa, Pereira, Lara Motta, Ione Ferreira Santos, Elen Rose, Oziris Simões, Isa Trajtergetz, Adriana Barbosa, Grace Noronha, Tereza Nakagawa, Geovani Gurgel Aciole da Silva, Laura Feuerwerker, Marcia Tuboni.....233

Capítulo 7 - O processo de avaliação do PMAQ-AB: o olhar de uma equipe

Margareth Aparecida Santini de Almeida, Wilza Carla Spiri, Carmen Maria Casquel, Monti Juliani, Luceime Olívia Nunes, Nádia Placideli, Elen Rose Lodeiro Castanheira.....269

Capítulo 8 - PMAQ: Considerações críticas para transformá-lo em um dispositivo para a produção de mudanças no rumo da melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica

Maria do Carmo Guimarães Caccia Bava; Maria Jose Bistafa Pereira; Lucila Brandão Hirooka; Guilherme Vinícius Catanante; Hélio Souza Porto.....293

Capítulo 9 - Subsídios a meta - avaliações do PMAQ

Rogério Renato Silva, Juarez Pereira, Furtado, Marco Akerman, Max Gasparini.....327

POSFÁCIO - Para onde caminhamos com avaliação no Brasil?.....357

SOBRE OS ORGANIZADORES.....365

SOBRE OS AUTORES.....367

PREFÁCIO

Práticas de Avaliação como Dispositivos de Diálogo

Um primeiro registro necessário nesse prefácio é a comemoração do lançamento da coletânea “**Práticas de avaliação em saúde no Brasil - diálogos**”, organizada a partir de um esforço robusto por Marco Akerman e Juarez Pereira Furtado. Ela é resultado de inquietações e acumulações sobre esse tema em um conjunto de situações que também merecem registro: por um lado, dos esforços acadêmicos, tanto teóricos quanto metodológicos e empíricos, sobre o tema; por outro lado, de iniciativas governamentais e de grupos de interesse da sociedade civil para avaliar políticas e programas, com alguma frequência premidas pela escassez de recursos, por demandas crescentes e por evidências de insucesso, já que a complexidade que envolve o fazer no cotidiano normalmente transcende em muito a capacidade de abrangência dos modelos lógicos, sejam de natureza teórico metodológica ou empírica, seja da ordem da “engenharia” política governamental ou de grupos de interesse da sociedade civil (aí incluídos também pesquisadores e teóricos). Mas não é exatamente do plano que constitui sentido para essa polarização que emergem as produções que compõem a coletânea. Há um plano

transversal, oblíquo, quiçá sinuosamente oblíquo, que merece ser comemorado na apresentação dessa publicação com manuscritos sobre um tema tão complexo e atual como a avaliação sob a lógica do diálogo.

A aposta em dialogar sobre a avaliação marca, profundamente, a coletânea de textos que se segue. É, no meu entendimento, a contribuição singular desse esforço tão bem dirigido e finalizado por Marco e Juarez. O diálogo não é exatamente uma troca linear e despreziosa. Há sempre uma expectativa de movimento no diálogo, de deslocamento de posições. O conceito de aprendizagem em Paulo Freire provavelmente ilustra melhor essa situação. A aprendizagem só existe, segundo nosso educador mais célebre, com o deslocamento do já conhecido. Nos tornamos outros com a aprendizagem e a aprendizagem somente se manifesta na medida em que nos tornamos outros, ou seja, que o objeto da aprendizagem nos permita mais autonomia e capacidade crítica. Pois bem, os diálogos sobre a avaliação que compõem esta coletânea emergem de práticas avaliativas (empíricas, metodológicas e teóricas) produzidas em rede científica por um conjunto de atores que se mobilizou a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Há híbridos de várias características aqui: academia/governo/serviços, perspectivas de diferentes disciplinas, inserções institucionais diversas e heterogêneas. A disposição ao diálogo parece ser o elo de conexão mais forte entre esses híbridos e, penso, essa é a mais potente característica da iniciativa.

Nesse caso, o PMAQ-AB é mais do que uma iniciativa governamental que produz ações de monitoramento e avaliação vinculadas a um conjunto de necessidades de diferentes atores. O PMAQ-AB aqui funcionou como dispositivo ao provocar diálogos sobre avaliação: modelos,

teorias, métodos, práticas, interesses, pontos de vista, relações com as políticas. Assim, avaliação deixa de ser um fato da ordem disciplinar, que se teoriza e que se transmite, e se constitui em objeto de diálogo e de aprendizagem. Aprendizagem por contato com a diferença. Os registros, nesse caso, deixam de ser da ordem do conhecimento a ser prescrito e se tornam convites ao diálogo, ao conhecimento que se produz de forma compartilhada.

Pensar numa cultura de avaliação, como convite permanente ao diálogo, é uma boa disposição política para o desenvolvimento dos sistemas e serviços de saúde, também do conhecimento acadêmico na área. Produzir novos padrões e novas configurações culturais para a relação entre a gestão e a ciência e a técnica é um desafio impostergável para a qualificação das práticas no interior dos sistemas de saúde. Às iniciativas de avaliação e monitoramento se passa a requerer, portanto, também a capacidade pedagógica de produzir aprendizagens, de configurar movimentos, de gerar novos padrões de cultura. Não apenas a constatação e o juízo, desde pontos de vista específicos, mas a produção de movimentos, de diálogos.

Confesso que essa leveza, em grande medida articulada pelos modos singulares de ser dos organizadores e dos autores, me mobilizou muito. Vivemos tempos em que a apressada formulação de juízos de valor e a produção de sentenças discursivas e penalidades concretas parece ser uma prática social e culturalmente aceita. Não apenas na seleção do acesso às políticas públicas e outras evidências da ordem dos modos de organização dos serviços e suas relações com as pessoas, mas também nas políticas que mediam as relações entre as pessoas (violência de gênero, relações assediosas no interior dos serviços e no cotidiano da formação...). Produzir conhecimentos em oposição a essa apresentação das relações é um desafio civilizatório. Penso

que convidar ao diálogo sobre a avaliação, construindo pontes entre a teoria e a política, é uma iniciativa que fortalece essa ideia. Se aprendemos relações marcadas pela verticalidade do poder e do saber, o convite ao diálogo também é um convite para aprender em redes. Não é um aprender desprovido de poder, mas de aprender que o poder do saber também circula.

Da leitura dos textos que compõem a coletânea passaram a me acompanhar muitos pensamentos e muitas sensações. A que me mobiliza agora é que avaliação de políticas e programas também é um assunto para o diálogo. Ao bom diálogo!

Boa leitura!

Alcindo Antônio Ferla
Médico, Doutor em Educação,
Professor da Universidade
Federal do Rio Grande do Sul,
com atuação na Graduação e
Pós-Graduação em Saúde Coletiva

APRESENTAÇÃO

Analisar, educar e governar constituem, para Freud (1980¹), tarefas impossíveis, incapazes de abarcar o real, todas elas limitadas e imperfeitas. Ao analisar/educar/governar, talvez pudéssemos juntar o “avaliar”, termo polissêmico cuja multiplicidade de entendimentos se reflete na igualmente diversificada metodologia e inesgotável debate sobre o que sustentaria essa iniciativa de julgar o valor de uma dada coisa, ou intervenção, ou ainda, no caso específico da Saúde, de um programa ou serviço. Por sua vez, da Sociologia tem partido questionamentos sobre usos e, sobretudo, o que consideram potenciais ou manifestos abusos da avaliação na sociedade atual, relativos às chamadas novas técnicas de gerencialismo embutidas em iniciativas avaliativas ou as relações entre avaliação e poder.²

Ainda que comporte potenciais ou manifestos riscos, dada a sua inextricável relação com a decisão e, portanto, com o poder, a avaliação ainda assim, ou por isso mesmo, deveria ser expandida e tornada sistemática quando tratamos da coisa pública. Programas e serviços

¹ FREUD, S. Análise terminável e interminável. In FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud (Vol. 23, pp. 239-287). Rio de Janeiro: Imago, 1980. (Trabalho original publicado em 1937)

² CAHIERS Internationaux de Sociologie 2010; CXXVIII-CXXIX:1-192. Cités, Philosophie, Politique, Histoire 2009; 37:1-211.

podem tornar-se mais republicanos se aumentarem sua transparência e prestarem conta à comunidade mais geral de seus erros e acertos. E a avaliação pode se constituir uma, dentre outras práticas sociais possíveis, a somar esforços na busca de sistematizar e apresentar a usuários e cidadãos os resultados dos investimentos públicos no setor Saúde. Além de ajudar profissionais e gestores a qualificarem suas práticas e iniciativas.

O presente livro é mais uma contribuição ao debate da avaliação em saúde no Brasil. Dividido em duas partes, voltadas respectivamente ao debate de questões transversais à área na atualidade e a discussões de questões da avaliação com base empírica constituída pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq). As interfaces entre os campos científico e burocrático na constituição do espaço social da avaliação no Brasil e reflexões entre iniciativas avaliativas em áreas específicas – avaliação econômica, avaliação em DST-Aids e avaliação tecnológica – são desenvolvidas na primeira parte, composta por quatro capítulos. Os cinco capítulos da segunda parte tomam o Pmaq como objeto central de suas reflexões, sendo o último deles a oferta de subsídios para avaliação sistemática do próprio Pmaq, dirigido a eventuais meta-avaliações do mesmo. Ao final, contamos com um posfácio, redigido pelo prof. Oswaldo Tanaka, que cumpre a função de alinhar essa publicação ao que vimos afirmando: ao indagar sobre para onde caminhamos com a avaliação no Brasil e apresentar suas concepções, convoca-nos ao debate em torno das direções para os diversos modos de compreendermos e efetivarmos avaliações. O que queremos e, sobretudo, de que precisamos para subsidiar o contínuo processo de civilidade de nosso país, para o qual a avaliação sistemática pode contribuir, é um debate aberto e que se materializa também neste livro.

Há ainda muitas lacunas a serem contempladas no espaço da avaliação em saúde, coisas a serem reveladas ou simplesmente a serem ditas e debatidas – e que inevitavelmente não serão todas contempladas nesta publicação. O que ainda falta? Algo na falta insiste, sustentando o próprio processo de indagação e pesquisa. Que as bases simultaneamente empírica e teórica contribuam com o avanço da avaliação, área cuja razão de ser reside justamente nessa interface entre o fazer e o indagar sistemático.

Os organizadores

PARTE 1

**REFLETINDO SOBRE
A AVALIAÇÃO
EM SAÚDE**

CAPÍTULO 1

ENTRE OS CAMPOS CIENTÍFICO E BUROCRÁTICO - A TRAJETÓRIA DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

*Juarez Pereira Furtado
Lígia Maria Vieira da Silva*

Introdução

As interações verificadas entre os diferentes níveis do Sistema Único de Saúde (SUS) e distintos grupos inseridos em universidades brasileiras, para o desenvolvimento de atividades de avaliação de intervenções sanitárias, refletem importante característica da constituição do espaço da avaliação em saúde no Brasil nas últimas três décadas. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (Pmaq) e o Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (Proesf) constituem exemplos recentes dessa colaboração entre a gestão do SUS nos níveis central, estadual e municipal, por um lado, e pesquisadores vinculados à academia, por outro – que podem ser caracterizados como a articulação entre o campo burocrático e o campo científico respectivamente. Ou seja,

assim como a Saúde Coletiva, na qual se encontra inserido, o espaço da avaliação em saúde no Brasil caracteriza-se por especial aproximação entre dois campos – o científico e o burocrático.

De modo a melhor compreender a gênese dessa relação e suas repercussões para a prática e a teoria da avaliação em saúde, apresentaremos a seguir análise sócio-histórica da emergência da avaliação em saúde no Brasil, tomando como ponto de partida a Lei Orgânica da Saúde, de 1990, que cria o SUS e como ponto de chegada a criação do Grupo Técnico de Monitoramento e Avaliação de Programas e Políticas de Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (GT-Avaliação da Abrasco) em 2006. Por meio da presente discussão, pretendemos trazer subsídios para o avanço na compreensão dos fatores precipitantes, bem como dos agentes e das instituições que somados conformaram o que compreendemos como espaço da avaliação em saúde no Brasil da atualidade. Para a realização dos trabalhos empíricos e análise, utilizamos o referencial teórico desenvolvido pelo sociólogo francês, Pierre Bourdieu (1930-2002), especialmente os conceitos de campo, *habitus* e capital. Parte do conteúdo presente neste capítulo foi inicialmente discutido em Furtado e Vieira-da-Silva (2014).

Por uma análise sócio-histórica da avaliação em saúde

*De planos emergindo, mas não planejada,
Movida por propósitos, mas sem finalidade.
(Norbert Elias)*

O modo como Guba e Lincoln (2011), no final dos anos 1980, sistematizaram o percurso histórico da avaliação de programas e serviços nos EUA, foi especialmente assimilado

e ecoa até os dias de hoje como uma explicação quase definitiva. Os dois autores apresentaram, por meio do livro intitulado *Avaliação de Quarta Geração*, uma proposta de superação de aspectos que consideravam problemáticos na prática da avaliação em seu país naquele momento: preponderância do positivismo no embasamento da prática científica que alimentava a área, centralidade da avaliação em aspectos ligados à gestão e limitada inserção de outros agentes sociais no processo avaliativo – o que tornava a avaliação assunto de especialistas a ser realizada por indivíduos ou instituições totalmente externas ao ente avaliado. Tais características, segundo os dois autores, seriam marcantes no que eles nomearam de “gerações” anteriores. Tais gerações se caracterizariam, respectivamente, pela mensuração, a descrição e o julgamento, sendo que cada uma delas seria hegemônica sobre as outras em períodos distintos por eles circunscritos na primeira metade do século XX. (GUBA; LINCOLN, 2011)

A iniciativa de caracterizar criticamente a trajetória da avaliação no século XX, como gerações – delimitando correspondentes concepções e referenciais metodológicos –, somada à ênfase na inclusão de mais agentes sociais no processo e na utilização de referenciais qualitativos de investigação, configurou o que os próprios autores nomearam com a “avaliação de quarta geração”. Tal proposta contribuiu para o debate na área ao se contrapor a modelos positivistas e neopositivistas praticamente exclusivos à época, tendo a receptividade a essas ideias tornado o livro *Avaliação de Quarta Geração* um clássico tanto nos EUA quanto no Brasil. No entanto, o modelo proposto por Guba e Lincoln (2011) para explicar a cronologia da avaliação nos EUA configura-se um artifício ao conceber linearidade entre as gerações, que se sucederiam uma após outra no tempo, além de pressupor homogeneidade em cada uma das destas gerações. Tal modelo não permite explicar a simultaneidade

de referenciais que vem caracterizando o espaço da avaliação, no qual os polos que enfatizam a mensuração do objeto avaliado coexistem e influenciam aqueles dirigidos a descrever ou julgar o mesmo. A caracterização do percurso da avaliação em etapas ou gerações se apresenta como recurso pedagógico útil, possibilitando indicar diferentes tendências na área, que predominaram sobre outras em determinados momentos. Porém, tal caracterização não deveria subestimar as contradições e disputas inerentes às práticas sociais ali presentes, cuja emergência e duração depende de condições objetivas, bem distintas da impressão de sucessão evolutiva ascendente e inexorável que a ideia de gerações da avaliação costuma suscitar.

A história da avaliação nos EUA foi objeto de outros estudiosos que, no entanto, apresentaram limitações ao utilizarem como eixo de análise eventuais antagonismos metodológicos presentes em distintas propostas, como fez Stake (2006), ao caracterizar a área segundo a maior ou menor abertura apresentada ao contexto pelas estratégias metodológicas empregadas, por um lado, ou ao seguimento de padrões preestabelecidos, por outro. Uma terceira via utilizada para caracterizar a trajetória da avaliação no tempo foi a vinculação da evolução do pensamento sobre a avaliação a determinados autores que representariam paradigmas e ideias dominantes da área, em certo período, marcando assim o percurso histórico e seus estágios de desenvolvimento, segundo a obra de formuladores reconhecidos. (SHADISH, 1991) Nesse último caso, fatores que possivelmente determinaram ou ao menos influenciaram o estabelecimento desses mesmos paradigmas e a formulação de determinadas propostas, extrapolando seus autores, são desconsiderados, ou seja, são levados em conta os agentes de importância na área, mas não as condições e possibilidades que os levaram a agir e pensar de uma forma ou outra. Finalmente, a

área da avaliação de programas e serviços nos EUA foi também abordada segundo aspectos factuais de seu desenvolvimento, de maneira pouco crítica, (ROSSI et al., 2004) desarticulada de referencial teórico explicativo, numa verdadeira sucessão cronológica de datas e nomes sem análise. Exceções ao que vimos afirmando neste parágrafo são raras, sendo a análise crítica e distanciada como aquela empreendida por Monnier (1987), cuja condição de europeu radicado nos EUA dos anos 1970 parece ter lhe permitido a percepção das idiosincrasias presentes na evolução da área no norte da América, oferecendo subsídios à compreensão das disputas e antagonismos, inexistentes nas outras obras citadas, que marcaram o desenvolvimento da avaliação nos EUA.

O que discutimos até aqui diz respeito a tentativas de descrever e/ou analisar o percurso histórico das iniciativas de avaliação de programas e serviços nos EUA. No entanto, ao serem transpostas para outras realidades, como é frequente no caso do modelo das quatro gerações, proposto por Guba e Lincoln (2011), é de esperar que apresentem limitações importantes. Afinal, como compreender os fatores que induziram ou dificultaram a expansão do espaço da avaliação em saúde, no interior do setor Saúde, em nosso país? Como os agentes e instituições intervieram nesse processo? Como foi estruturada a avaliação em saúde em nossas instituições, configurando o perfil atual? Para responder a essas questões é necessária a constituição de um olhar próprio sobre o percurso da avaliação de programas e serviços no Brasil, levando em conta as influências sociais e históricas locais e, sobretudo, desnaturalizando versões transpostas de maneira acrítica para contextos e épocas sensivelmente distintos.

De modo a compreender em mais profundidade o percurso próprio do espaço da avaliação em saúde no Brasil,

faz-se necessário superar o alinhavo cronológico de fatos ou a demarcação de períodos segundo a preponderância de determinados agentes ou ideias desarticulados dos constrangimentos de diversas ordens, sobretudo aquelas provenientes de diferentes disputas e de condições objetivas. Assim sendo, analisaremos a avaliação em saúde como espaço social, por meio de estudo empírico baseado em análise documental e elaboração da trajetória de importantes agentes envolvidos no desenvolvimento dessa área no Brasil, nas últimas décadas, por meio de entrevistas em profundidade. Utilizaremos um quadro teórico-metodológico que integra tradições objetivistas – que buscam evidenciar as estruturas que sustentam as interações e práticas humanas – com tradições subjetivistas – que privilegiam indivíduos e suas intenções deliberadas ou não conscientes, vontades, crenças e orientações práticas mobilizadas na efetivação de suas condutas. O desafio que se apresenta, a partir desse referencial, é atrelar dimensões relativas ao agente àquelas ligadas às estruturas sociais, de tal modo que na ação individual possamos reconhecer padrões extraindividuais e vice-versa.

Os versos de Elias constantes na epígrafe deste tópico relativizam concepções teleológicas ou evolucionistas que regulariam o desenvolvimento histórico. A busca de elaboração de enfoque teórico-metodológico que, ao mesmo tempo, englobe os planos do indivíduo e das estruturas que o envolvem, foi considerado e perseguido por vários autores em distintas épocas, porém em poucos estudiosos a necessidade de superação da dicotomia subjetivismo/objetivismo na Sociologia e nas Ciências Humanas atingiu a centralidade presente nas obras do sociólogo francês Pierre Bourdieu. Especialmente, no caso de Bourdieu, o modelo de relações proposto entre as noções de *habitus* e campo fornece maneira rigorosa

de reintroduzir os agentes e suas ações singulares e suas correlações com as estruturas sociais: Abordaremos o desenvolvimento do espaço da avaliação em saúde no Brasil no período compreendido entre 1990, ano da Lei Orgânica da Saúde que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), e a criação do Grupo Técnico de Monitoramento e Avaliação de Programas e Políticas de Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (GT-Avaliação da Abrasco), em 2006, durante o VIII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, no Rio de Janeiro.

Pressuposto e referencial utilizado

A avaliação de programas e serviços pode ser compreendida como a abordagem sistemática de determinadas práticas sociais (saúde incluída) visando realizar um julgamento dentre muitos possíveis – o que equivale a reconhecer que há muitas outras formas de estabelecer juízos em torno das práticas em saúde. (VIEIRA-DASILVA, 2005) No caso da avaliação, eventuais juízos devem estar acompanhados de critérios preestabelecidos em outras instâncias ou instituídos em comum acordo com os grupos de interesse, sobre um ou mais dos aspectos envolvidos nessas mesmas práticas, devendo ao final do processo oferecer subsídios para eventuais tomadas de decisão. Tal como a Saúde Coletiva, na qual está inserida, a avaliação em saúde pode ser vista, em uma primeira aproximação, como espaço de saberes e práticas. No entanto, é importante avançar, identificando eventuais lutas e disputas ao interior desse mesmo espaço. (FURTADO; VIEIRA-DASILVA, 2014) Por essa razão, na constituição da base empírica que subsidia essa discussão, incluímos tanto iniciativas em avaliação voltadas à gestão quanto aquelas endereçadas à geração de novos conhecimentos,

que têm nas três esferas administrativas do SUS e em grupos universitários, respectivamente, seus principais representantes. No que concerne ao SUS, privilegiamos ações de interesse desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, dada as limitações para uma abordagem dos níveis estadual e municipal que compõem esse sistema. Além disso, há que se considerar o caráter indutor da administração federal em relação aos outros níveis.

Partimos do pressuposto de que o espaço da avaliação vem progressivamente se destacando dos demais, dotando-se de formas que o caracterizariam como um universo particular, um microcosmo social com relativa autonomia em relação às demais subáreas que compõem a Saúde Coletiva no Brasil. Ainda que certa diferenciação e contornos caracterize a avaliação em Saúde em nosso país, resta saber se teríamos ali algo que possa ser compreendido como um “campo” na acepção desenvolvida pelo sociólogo francês Pierre Bourdieu.

Para Bourdieu (2010), o campo constitui espaço particularizado cujas estruturas que o sustentam e as relações entre seus agentes podem ser objetivadas, ao interior do qual diferentes indivíduos e instituições disputam recursos – ao mesmo tempo que compartilham interesses – perseguindo fins específicos. O autor desenvolveu o conceito de campo para lidar com a permanente diferenciação social do mundo moderno. Um dado campo, na perspectiva bourdieusiana, atrai agentes com disposições mentais, corporais e modos de pensar, perceber, interpretar classificar e agir semelhantes, ao mesmo tempo em que reforça esses mesmos modos. Nesse sentido, é esperado que integrantes de um mesmo campo apresentem *habitus* comuns.

Resultante das sucessivas posições ocupadas pelo indivíduo no espaço social, o *habitus* pode ser considerado

como a incorporação inconsciente das estruturais sociais, algo a que estamos sujeitos desde os primeiros anos de vida ou infância. Assim, nossa língua materna, a região geográfica em que nascemos e, mais tarde, nossa inserção profissional vão progressivamente estabelecendo e moldando o nosso *habitus*, que pode ser compreendido como matriz de nossas disposições, orientadora de nossas percepções, interpretações e ações. O *habitus* permite compreender o dialético processo entre agente e estrutura, entre interiorização da exterioridade social e exteriorização da interioridade, superando antagonismos consagrados como a polaridade entre objetivismo e o subjetivismo.

Por outro lado, Bourdieu (2000) propõe uma economia de bens simbólicos, na qual a economia seria apenas uma de suas dimensões. Assim, ao capital econômico se juntariam o capital cultural (bens simbólicos “naturalmente” assimilados no meio social de origem ou adquirido por meio de instituições, como a escola), capital social (composto pela rede de relações permanentes e úteis) e capital simbólico (decorrente dos outros capitais, refere-se ao reconhecimento, por terceiros, das diversas espécies de capital, naturalizando a ordem social, suas hierarquias e outras formas de dominação).

Bourdieu (2000) chama a atenção para o fato de que esses três conceitos – campo, *habitus* e capital – são relacionais e interdependentes, adquirindo sentido somente quando articulados no sistema teórico que os constitui e que serão aqui utilizados no esforço de delineamento da gênese social da avaliação em Saúde no Brasil. Conforme afirmado pelo citado autor :

Compreender a gênese social de um campo, é apreender aquilo que faz a necessidade específica da crença que o sustenta, do jogo de linguagem que nele se

joga, das coisas materiais e simbólicas em jogo que nesse se geram (...) subtrair ao absurdo do arbitrário e do não motivado os atos dos produtores e as obras por eles produzidas (...). (BOURDIEU, 2011, p. 69)

Utilizamos fontes primárias, oriundas de vinte e oito entrevistas em profundidade, realizadas com agentes ligados à pesquisa, práticas, financiamento e gestão de avaliações em saúde no sistema público brasileiro. Os conteúdos apreendidos por meio das entrevistas foram complementados com outras fontes ligadas ao tema, como a literatura indexada, livros, manuais institucionais, currículos dos entrevistados constantes na plataforma Lattes do CNPq e documentos da Abrasco. Os entrevistados, que compuseram amostra intencional, preencheram ao menos dois dos seguintes critérios: vinculação ao Grupo Técnico de Monitoramento e Avaliação de Programas e Políticas de Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (GT-Avaliação da Abrasco); produção escrita e indexada relevante sobre a temática da avaliação em saúde; integrar grupo de estudo de avaliação em saúde inserido em diretório específico do CNPq; ocupação de cargos na administração federal em saúde nos quais a avaliação constitui objeto central; apresentar ponto de vista complementar a questões por nós identificadas na área.

Antecedentes – os anos 1980

No Brasil, a avaliação em saúde constituiu objeto de interesse em várias épocas, seja no interior da Saúde Pública institucionalizada (RAMOS, 1974), nos momentos que antecederam imediatamente a implementação do Sistema Único de Saúde (REIS et al., 1990) e, mais tarde e

de maneira mais contínua, como componente transversal das áreas que compõem a Saúde Coletiva – Planejamento e Gestão, Ciências Humanas em Saúde e na Epidemiologia. O estímulo à utilização de práticas avaliativas pela OMS acentuou-se a partir da declaração de Alma Ata, quando o apoio à gestão nacional de saúde, com vistas à “Saúde para todos no ano 2000” passou a incluir a avaliação como importante componente do processo de gestão sanitária. (OMS, 1981) Porém, esse empenho em tornar a avaliação presente no planejamento, implementação e monitoramento dos serviços e instituições, encontrou eco tardiamente no Brasil, salvo trabalhos isolados, (PAIM; LOUREIRO et al., 1976) devido a pelo menos três fatores interdependentes. Em primeiro lugar, no início dos anos 1980, apesar da distensão política em curso, ainda vivia-se sob a tutela de um Estado autoritário, avesso a submeter suas incipientes políticas sociais à avaliação ou a qualquer outro tipo de análise. (CENEVIVA; FARAH, 2007) Por sua parte, a sociedade brasileira estava longe de requerer dos políticos, gerentes e gestores, responsabilidade e transparência nas políticas públicas e seus programas e serviços, (CAMPOS, 1990) a exemplo do que aconteceu nos EUA. Finalmente, as políticas sociais eram focalizadas e residuais, distantes da concepção de um estado de bem-estar social presentes na Europa e Canadá e que lá foram fator de estímulo ao desenvolvimento da avaliação.

Na contracorrente desse contexto desfavorável – e já no final dos anos 1980 e início dos 1990 –, contribuíram para o ingresso da temática da avaliação na agenda sanitária brasileira as políticas de valorização do planejamento em Saúde e, dentro delas, da própria avaliação (SILVER, 1992) e as políticas voltadas para a unificação e descentralização do sistema de saúde, como as Ações Integradas de Saúde (AIS) e os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), ambas representando esforços de superação do

autoritarismo e provimento de qualificação de políticas públicas de saúde, que valorizaram o planejamento e a avaliação nos primeiros planos estaduais e municipais de saúde no final da década de oitenta, articuladas ao projeto de Reforma Sanitária Brasileira. A constituição promulgada em 1988, caracterizada pela instituição de importantes direitos sociais na educação, saúde, previdência, etc., possibilitou o florescimento de várias iniciativas nesses diversos setores, cujos efeitos requeriam ser melhor conhecidos. (SILVA, 2001) No caso da Saúde, a nova constituição de 1988 estabeleceu o Sistema Único da Saúde, regulamentado em 1990, cuja implementação por meio de novos serviços, programas, modelos de gestão e atenção, colocados em discussão e disputas, constituíram terreno fértil, senão ao efetivo desenvolvimento ao menos ao início de demandas por estudos avaliativos.

A avaliação de programas e serviços constituiu, até o final dos anos 1980, no interior da Saúde Coletiva, um espaço vinculado e submetido às áreas de política e planejamento. A partir dos anos 1990, a reflexão e práticas em torno da avaliação passaram a desenvolver relativa autonomia, diferenciando-se e especializando-se, esboçando contornos próprios e se destacando de outras áreas que integram a Saúde Coletiva. Em outras palavras, a avaliação em saúde passou a constituir objeto de interesse específico de gestores dos níveis municipal, estadual e federal do SUS e de pesquisadores em distintas universidades. Os fatores que convergiram para o desenvolvimento dessa área são provenientes da aproximação e interação de trajetórias de agentes inseridos nos campos econômico, burocrático e científico de maneira singular. Nos próximos tópicos, analisaremos como esses campos e seus agentes influenciaram a constituição da avaliação na atualidade.

A indução das instituições multilaterais de financiamento

A primeira década do SUS se caracterizou pela convivência entre democratização e liberalização econômica, tendo sido o financiamento interno e nacional em saúde marcado por alta instabilidade entre 1990 a 1996 (oscilação de fontes e contingenciamento de repasses), média instabilidade entre 1997 e 1999 (vigência da CPMF) e menor instabilidade entre 2000 e 2002 (emenda 29/00), conforme caracterizado por Machado (2007). Nesse contexto, as grandes reformas setoriais previstas na Constituição de 1988 contaram com importante apoio/ auxílio das agências internacionais de financiamento. (OLIVEIRA, 2010)

Acordo entre vários governos nacionais, seguido do fornecimento de recursos financeiros e estabelecimento de uma missão principal, forma a base de constituição das chamadas agências internacionais de financiamento, com vistas, em tese, à cooperação para o desenvolvimento global. Como seria de se esperar, esse acordo se dá entre países com poderes e interesses diferentes que, por sua vez, irá se refletir na imposição, por um governo ou pelo conjunto de governos do polo dominante, nos modos de funcionamento que melhor atendam aos interesses particulares desses últimos, o que torna essas agências internacionais um dispositivo de reprodução da ordem mundial. (MATTOS, 2001) Instituições propostas no chamado acordo de Bretton Woods, em julho de 1944, nos EUA, quando 45 países aliados definiram os parâmetros para reger a economia mundial pós-Segunda Guerra, configuraram-se como agências dessa natureza.

Assim, o Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD ou Banco Mundial) e o Fundo Monetário Internacional (FMI), criados nesse período, constituíram-se em operadores da hegemonia das nações

centrais, uma vez que o poder de voto de um país é proporcional à sua participação no montante de recursos financeiros da agência. Essa “proporcionalidade” difere de outras agências, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), na qual os países-membros têm o mesmo poder de voto.

Ainda com relação ao BIRD, FMI e, mais recentemente, ao Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), fundado em 1958, deve-se destacar que, nas últimas três décadas, essas agências não se restringiam ao repasse de recursos financeiros, mas vinham ampliando o seu papel, ofertando também ideias e projetos nos quais o dinheiro deveria ser investido. Esse fato foi inclusive reconhecido por editorial da revista *Lancet*, no início dos anos 1990, que assinalou o deslocamento da coordenação da saúde mundial da OMS para o Banco Mundial. (LANCET, 1993) O fomento à avaliação, presente nos contratos e na política dessas instituições, é dirigido ao conjunto dos países do terceiro mundo, conforme revela publicação contendo um balanço de esforços nesse sentido no Brasil, Peru e México, dentre outros, feito pelo Banco Mundial, justificada pela busca de melhoria da gestão pública e prestação de contas aos gestores e à população. (WORLD BANK, 2006)

Do BIRD e BID partiram exigências contratuais de efetiva avaliação de alguns programas sociais previstos na Constituição de 1988 e parcialmente financiados por essas agências multilaterais de financiamento. A relevância da avaliação de políticas, programas e serviços nos EUA – caracterizada pela institucionalização alcançada na área naquele país – parece ter sido objeto de indução por meio de cláusulas presentes nos contratos de financiamento firmados entre o Ministério da Saúde e essas instituições. As condicionalidades de avaliação funcionaram como espaço ocupado por gestores, cuja trajetória tinha sido direcionada para a área da avaliação de políticas de saúde, o

que resultou não apenas no atendimento a essas demandas do Banco Mundial, mas implicou também no início de um processo de institucionalização da avaliação, ocorrida anos mais tarde no âmbito do MS e Secretarias Estaduais de Saúde. (HARTZ et al., 2008) As exigências de avaliação de projetos oriundas dos órgãos internacionais financiadores expressas nos termos dos contratos de empréstimos firmados entre esses últimos e representantes do governo brasileiro constituíram fator importante para a inserção de práticas avaliativas no interior do SUS. O Reforsus, “Reforço e reorganização do SUS”, para os tomadores de empréstimo e “Reforma do Setor Saúde” para os financiadores do BIRD e BID, instituído em 1996, constituiu-se em resposta da gestão federal à recém-conclusa Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) das obras inacabadas, por meio da qual foram evidenciadas inúmeras construções interrompidas de imóveis destinados à Saúde. (GALLO et al., 2011) Além de viabilizar a inauguração das referidas obras, o Reforsus definiu como objetivos incrementar a qualidade da assistência, dos insumos, da gestão da rede de serviços e promoção de inovações na administração do setor. Para o repasse da maior parte dos 650 milhões de dólares contraídos por empréstimos das duas agências, utilizou-se preferencialmente a forma de contratos à de convênios, o que implicou a apresentação de relatórios periódicos que deveriam incluir a avaliação. Referências à importância da avaliação não só para liberações de financiamentos de projetos, mas sobretudo para apreciação do impacto dos mesmos após sua aplicação, têm destaque nos documentos de acordo multilateral. (GALLO et al., 2011)

A questão sobre quem realizaria as avaliações de impacto foi abordada nos próprios documentos de contratação de empréstimos, nos quais figuravam sugestões de inclusão de agentes oriundos do campo científico e do terceiro setor, considerados instituições independentes.

6.33 - O “Project Management Unit” poderá contar com os serviços de organização independente de pesquisa - uma universidade ou uma organização não-governamental (ONG) voltada à pesquisa - para realizar uma avaliação expost de amostra de projetos concluídos, que será composta por uma combinação de avaliação econômica tradicional e avaliação pelos beneficiários. A amostra deve incluir uma sub-amostra de subprojetos de investimento privado com fins lucrativos financiados por empréstimos do BNDES. A sustentabilidade dos subprojetos financiados com doações e empréstimos seria comparada.

(Annex G). (WORLD BANK, 1996, p.29, tradução nossa)

Tanto o formulador técnico dos termos que foram firmados no acordo de financiamento estabelecido com o BIRD e BID quanto o responsável pela coordenação do Reforsus por sete anos (entre 1997 e 2002), ambos por nós entrevistados, reconhecem o papel indutor e fomentador das duas instituições multilaterais de financiamento no que concerne às iniciativas de avaliação das propostas financiadas. Para a realização das avaliações, incluídas no acordo sob o título de “estudos-chaves”, foram previstos inicialmente quinhentos e quarenta e cinco mil dólares (GALLO et al., 2011) e, segundo o coordenador do Reforsus entrevistado, foram feitas contratações por meio de consultorias de agentes especialistas em avaliação inseridos em universidades brasileiras, como sugerido pelos próprios bancos. Além do desenvolvimento específico de ações avaliativas, o Reforsus investiu indiretamente na prática avaliativa por meio de ações junto a Secretarias Estaduais de Saúde que visavam desenvolver a capacidade de gestão, dando especial ênfase ao planejamento, regulação e

avaliação dos projetos e implementação de redes. (SANTOS, 2003)

Nas palavras de um agente do campo científico entrevistado, que participou do processo apoiando iniciativas de avaliação nesse contexto

O projeto Reforsus do Banco Mundial injetou muito dinheiro nesse país, durante quase sete anos. Ele foi impulsionando a necessidade de avaliar e eu participei pessoalmente de algumas tarefas como essa. (E1, p. 13)

Ainda nos anos 1990, outras propostas financiadas pelo BIRD como o projeto “Vigisus” de estruturação do sistema de vigilância em saúde voltado, dentre outros, para o aumento da capacidade de identificação e controle de epidemias e a assistência em DST-Aids levaram para espaços específicos da Saúde (como a vigilância epidemiológica e a atenção em Aids) exigências de avaliações sistemáticas similares às que o Reforsus apresentou para o setor em geral. No final da década de 1999, o Profae, voltado à profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem, obteve financiamento de cento e oitenta e cinco milhões de dólares do BID e contou com iniciativas de avaliação de impacto com recursos vindos do Ministério da Saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Além do protagonismo das agências multilaterais de financiamento, instituições voltadas ao desenvolvimento social e à cooperação internacional viam na avaliação uma estratégia de qualificação de iniciativas locais no terceiro mundo, somando-se aos esforços dos bancos internacionais no desenvolvimento da avaliação no terceiro mundo. Na percepção de um entrevistado essa influência ocorreu inclusive no nível técnico, pela qualidade das publicações na área da avaliação:

E a área da Saúde, que também recebeu muito financiamento no Brasil (...) sem dúvida, para mim, esse movimento internacional de financiadores externos, tinha como pressuposto obrigar que os financiamentos pelos quais eles contribuíam usassem as mesmas regras de seus países de origem. (...). Essas, para mim, são as grande forças motrizes, quer dizer, o pós-guerra, os programas sociais e depois, para nós todos, seja da Saúde, da Educação ou de qualquer lugar no Brasil, durante muito tempo fizemos parte e nos beneficiamos de ajuda externa, essa é a grande influência. É preciso pensar que o Banco Mundial é um dos melhores produtores de publicação na área de avaliação. Não estou dizendo maiores, estou dizendo melhores. (E11, p.9)

O desenvolvimento do espaço da avaliação nos campos científico e burocrático

As interações entre agentes e iniciativas dos campos científico e burocrático são de tal forma imbrincadas que a abordagem em separado desses dois campos, no desenvolvimento da avaliação, justifica-se apenas pela busca de mais clareza na exposição. O frequente trânsito de agentes ligados à gestão em direção aos grupos de estudo em universidades e vice-versa caracterizam o desenvolvimento da área aqui abordada.

No campo burocrático

O trabalho desenvolvido por Machado (2006) identifica a descentralização, o Programa de Saúde da Família e o combate à Aids como as três políticas priorizadas

pelo Ministério da Saúde entre 1990 e 2002. O que parece explicar o fato de que boa parte das iniciativas em avaliação em saúde e agentes a elas vinculadas, analisadas nesse estudo, estejam ligadas a essas três políticas, especialmente à atenção básica. Revendo 109 estudos de monitoramento e avaliação em Atenção Básica, financiadas pelo Ministério da Saúde, no período entre 2000 e 2006, Almeida e Giovanella (2008) também evidenciaram considerável número de trabalhos dessa natureza, induzidos pela gestão federal do SUS, com influência de instituições de financiamento multilaterais.

Entre pesquisas concluídas e em andamento foi localizado um total de 109 estudos com a utilização de metodologias e fontes de informações diversas. Não menos importante é a influência de organismos internacionais como o Banco Mundial, provedor de assistência técnica e financeira de reconhecida influência nos países em desenvolvimento, que incorpora a “capacidade em avaliação” como uma das prioridades para a gestão do setor público com o objetivo de garantir a sustentabilidade dos programas e como requisito para a realização de empréstimos. (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008, p.1738-1739)

Se na década de 1990 o financiamento estimulou a contratação de consultores para levar a cabo os compromissos de avaliação firmados pelo Ministério da Saúde nos contratos de financiamento com o BIRD e BID, no início do século XXI podemos notar maior protagonismo do MS. Ainda que continuando a contratar consultorias, o MS passou também a conduzir processos avaliativos com pessoal próprio ou a fomentar ações avaliativas pelas universidades, por meio de editais. Os recursos destinados

à avaliação foram melhor articulados com as iniciativas em andamento e potencializados pela inserção de agentes dotados de acúmulo sobre a temática da avaliação em posições estratégicas no MS.

O Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), com financiamento do Banco Interamericano de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) apoiou, a partir de 2003, transferências de recursos financeiros fundo a fundo para a expansão da cobertura, qualificação e consolidação da Estratégia Saúde da Família em municípios com população superior a 100 mil habitantes, com recursos da ordem de quinhentos e cinquenta milhões de dólares, sendo metade financiada pelo BIRD e o restante pelo governo brasileiro, no contexto da reforma incremental do SUS após a Nob-96. (VIANA; POZ, 2005) O Proesf era constituído de três componentes centrais: qualificação e ampliação da estratégia de saúde da família, avaliação das ações engendradas pelo próprio programa e formação de recursos humanos. O último componente era destinado ao conjunto de municípios, independentemente do porte populacional e objetivava o fortalecimento da capacidade técnica da gestão, o que incluía a estruturação da função avaliativa em Secretarias Estaduais de Saúde e respectivos municípios. Dessa forma, dois dos três principais componentes diziam respeito direta ou indiretamente à avaliação.

A oportunidade, presente no Proesf, de financiamento externo para a atenção básica em geral e para a avaliação em particular, foi potencializada pelo coordenador de acompanhamento e avaliação da atenção básica, vinculado à diretoria de atenção básica do Ministério da Saúde, entre 2003 e 2006. Trata-se de um agente com formação em avaliação, iniciada em 1994, quando a instituição a que estava vinculado necessitou elaborar um plano de

avaliação para obter empréstimo do BID a um projeto. Para isso, foi contratada consultora ligada à instituição de pesquisa nacional, que condicionou o seu trabalho à criação de um processo de formação interna de avaliadores na instituição que a estava contratando. Esse processo deflagrou a criação de um grupo de estudos em avaliação nessa última e, mais à frente, a estruturação de mestrado profissional de avaliação em saúde. Essa interação entre agentes dos campos burocrático e científico – caracterizada por demandas práticas e ofertas de recursos financeiros, pelo primeiro e de instrumental teórico e metodológico, previamente existente, pelo segundo – foi responsável pela constituição de massa crítica nacional, base para a expansão da avaliação no Brasil. A declaração de uma entrevistada ilustra a mútua influência:

A academia foi fundamental porque se não tivesse surgido o interesse acadêmico (...) no momento em que o serviço precisasse do conhecimento, ele não estaria disponível. Porém a expansão do SUS e a sua possibilidade de financiar e demandar esse conhecimento deu um impulso significativo.

A presença de um gestor sensibilizado com a temática e com acúmulo técnico na área da avaliação, à frente da coordenação de avaliação da atenção básica, foi decisiva para a elaboração de projeto intitulado “Fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação”. Foi por meio deste projeto que se somou os recursos inicialmente destinados à avaliação àqueles destinados à formação de pessoal, consolidando proposta de desenvolvimento e institucionalização da avaliação nas secretarias estaduais de saúde e parte de seus municípios. Dessa forma, convergiram insumos da ordem de dezessete milhões de dólares à formação de pessoal, educação

permanente e avaliação, essa última voltada tanto para as ações do próprio Proesf quanto para outras iniciativas das secretarias estaduais e municipais. (BODSTEIN et al., 2006)

A relação entre o Proesf e o campo científico, representado pelas universidades brasileiras, foi profícua e se deu por meio de três vias. Primeiramente, pelo estabelecimento das chamadas linhas de base, a partir de 2005, que estabeleceram parâmetros a serem acompanhados e comparados após a implementação do Proesf nos municípios. O projeto objetivou diagnosticar o padrão epidemiológico e da organização de serviços da atenção básica em 168 municípios com mais de 100 mil habitantes, implicando em entrevistas com mais de 12 mil profissionais e 35 mil usuários. Oito instituições nacionais foram selecionadas para participar do processo por meio de concorrência pública divulgada no *Diário Oficial da União* para, dentre outras coisas, o apoio à institucionalização da avaliação no MS e secretarias estaduais e municipais. Além disso, foram criados os centros colaboradores, por meio dos quais instituições universitárias passaram a apoiar a criação e o desenvolvimento de núcleos de avaliação no interior das secretarias estaduais de saúde, buscando a institucionalização da avaliação. (HARTZ et al., 2008) Finalmente, ainda no interior do Proesf, um edital de pesquisa agenciado pelo CNPq financiou dezenas de pesquisas avaliativas na atenção básica, no contexto do Proesf. (VIANA; POZ, 2005) Nas palavras do coordenador do processo:

(...) a gente incentivou a realização de estudos, abrimos um edital junto com o CNPq para financiamentos de pesquisas no campo da avaliação da atenção básica (...) foram mais de 50 pesquisas financiadas pelo CNPq com recurso do Ministério da Saúde (...)

Um novo acordo entre o Ministério da Saúde e BIRD, a partir de 2009, possibilitou a implementação da fase II do Proesf, vinculando o repasse de recursos à implantação e alcance de padrões estabelecidos de acesso e de qualidade pelas equipes de atenção básica nos municípios. Formalizado por meio de portaria ministerial, e estruturado em torno do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ), a chamada segunda fase do Proesf dá relevância ao processo de avaliação interna e externa das Equipes de Saúde da Família como estratégia indutora de qualificação da Atenção Básica.

Diferentemente do Reforsus, no qual o estabelecimento de condicionalidades de avaliação somente pelos financiadores denotava unilateralidade de interesses na apreciação sistemática das ações implementadas, no Proesf, o reconhecimento da importância da avaliação era também compartilhada pelos gestores do SUS. A presença de profissionais de saúde com formação na área, e com cargos de direção no governo, levou à busca de consolidação da avaliação no interior da gestão do SUS, sob a bandeira da sua institucionalização. Esse movimento, antagonizava, no contexto de implementação do Proesf, com a pretensão dos financiadores externos em estabelecer autonomamente quais seriam os avaliadores e os modos de avaliação. Os gestores do Ministério da Saúde passaram a procurar privilegiar a capacidade nacional na área.

(...) na avaliação do PROESF (...) nós tivemos uma batalha muito grande, muito forte, com o Banco Mundial, que queria abrir um processo licitatório para a contratação de uma instituição única pra fazer os estudos no Brasil inteiro. Então, uma das questões que a gente colocou na mesa foi o fortalecimento das instituições brasileiras no campo da avaliação. (E11, p.6)

Ou seja, trata-se de uma disputa no interior do espaço da avaliação que parece apontar a existência, no Brasil, de agentes capazes de conduzir processos avaliativos e com chances de se fazerem reconhecidos, indicando a presença, no final da década de 1990, de massa crítica brasileira apta a responder às demandas e/ou condicionalidades de avaliação em saúde surgidas nesse período.

(...) o que é que faz a diferença? É nós podermos negociar e dizer para o Banco [Mundial] a forma que a gente quis fazer a avaliação. Esse é que é para mim... eu não sei se a gente influencia outros países, mas nós passamos a ser, no Brasil, a ser respeitados, mesmo quando o financiamento era externo, na forma de fazer a avaliação. (E7, p.155)

Assim, a busca de autonomia no espaço da avaliação pôde contar com a existência de certo acúmulo, em nosso país, no campo científico que, naturalmente, precedeu o percurso no campo burocrático aqui enfocado.

O campo científico e o espaço da avaliação

As interações entre o campo científico e o espaço da avaliação ocorrem por meio da atuação de pesquisadores que têm como linha de pesquisa a Avaliação em Saúde. A identificação desses agentes com o espaço da avaliação é ambígua. Diversos dos entrevistados, com elevado capital científico aferido por meio das publicações, bolsas de produtividade de pesquisa, Editoria de Revistas científicas, prêmios e reconhecimento nacional e internacional, (FURTADO; VIEIRA-DA-SILVA, 2014) referiram ser a avaliação um objeto secundário nas suas preocupações científicas. Alguns preferiram explicar suas opções de pesquisa como

um interesse na investigação em serviços de saúde ou epidemiologia de serviços. Também a caracterização do espaço como avaliação de tecnologias ou avaliação da qualidade refletia a variedade de posições e trajetórias dos entrevistados. A definição da linha de pesquisa como “avaliação de políticas e programas de saúde” corresponde a uma opção de agentes com trajetórias que incluem ocupação de cargos de direção ou assessoramento nos diversos níveis do SUS. Já a opção por investigação em serviços de saúde e/ou avaliação de tecnologias é priorizada por pesquisadores com formação em epidemiologia.

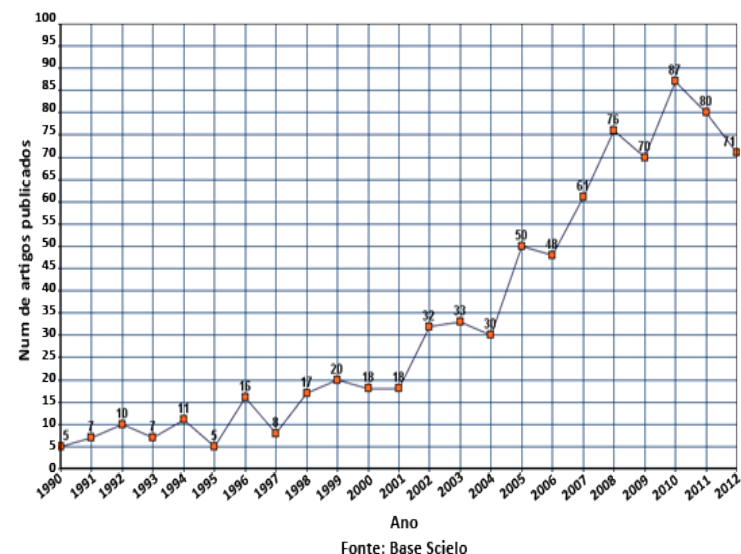
Pode-se dizer que o espaço da avaliação no interior do campo científico desenvolveu-se principalmente a partir dos anos 1990, como revela o aumento da produção de artigos na primeira década do século XXI (Figura 1). Também a expansão do interesse pela temática da avaliação na academia é evidenciada pelo significativo crescimento de grupos de pesquisa de avaliação em saúde na base de diretórios do CNPq. Embora a avaliação tenha começado a ser ensinada nos programas de Pós-graduação *senso stricto* nos anos 1990, a produção acadêmica e o aumento no número de grupos de pesquisa apenas terá um aumento significativo na década seguinte em decorrência da indução do Ministério da Saúde com o financiamento do Banco Mundial. (FURTADO; VIEIRA-DA-SILVA, 2014)

Fernandes et al. (2011) encontraram 42 artigos classificados como efetivamente de “avaliações”, em revisão do período 1994-2009, ao considerarem apenas pesquisas que continham os descritores *avaliação em saúde* e *avaliação de programas e projetos de saúde* no campo de palavras-chave. A maior parte dos estudos encontrados (36 artigos) apresentam ações em serviços públicos como principal objeto, indicando estreito elo entre essa produção científica e os programas e serviços desenvolvidos no

âmbito do SUS. Tais números podem, no entanto, ser ampliados se outros descritores relativos ao tema avaliação em saúde forem utilizados nas buscas. Assim, pesquisas focadas em subáreas específicas como a Saúde Bucal, (COLUSSI; CALVO, 2012) a Nutrição (CANELLA et al., 2013) e a Atenção Básica (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008) que utilizaram mais descritores ampliaram sensivelmente os números encontrados por Fernandes et al. (2011).

Para o período (1990-2006) e região (Brasil) aqui considerados, quando utilizada a expressão “avaliação em saúde” na base Scielo para todos os índices, foram gerados 835 documentos distribuídos entre vinte diferentes periódicos, incluindo números especiais dedicados ao tema sendo que três revistas de Saúde Coletiva (*Cadernos de Saúde Pública*, *Ciência & Saúde Coletiva* e *Revista de Saúde Pública*) são respectivamente as três primeiras colocadas em relação ao número de artigos, somando quase um terço do total dessas publicações. A Figura 1, a seguir, apresenta a distribuição dos 287 artigos, resultados da somatória de publicações nas três revistas citadas, no período 1990-2006, identificados por meio da expressão *avaliação em saúde* em todos os índices.

Figura 1- Total de publicações em três revistas com maior número de artigos identificados utilizando avaliação em saúde.



A expansão do interesse pela temática da avaliação na academia é também evidenciada pelo significativo crescimento de grupos de pesquisa de avaliação em saúde na base de Diretórios do CNPq. Estudo realizado por iniciativa do GT-Avaliação revelou a existência de 202 grupos distribuídos entre 76 diferentes instituições de ensino superior, sendo que dois terços desse total surgiram a partir do ano 2000, coincidindo com o aumento de publicações ilustrado na Figura 1. Tal crescimento encontra paralelo nos congressos realizados pela Abrasco no período aqui considerado (1990-2006): a partir do sexto congresso, no ano 2000, há significativo incremento no número de trabalhos apresentados em comunicações coordenadas e temas-livres, conforme pudemos constatar revisando a programação e anais desses encontros.

O estímulo do Ministério da Saúde aos grupos de pesquisa de universidades públicas, por meio de contratação de consultorias e editais de pesquisa configurou importante fator de estímulo ao desenvolvimento da área no campo científico, havendo simultaneidade entre a curva ascendente de publicações apresentadas na Figura 1 e as várias investigações financiadas com os recursos do Proesp para a atenção básica. É relevante o fato de que, dentre os vinte e oito agentes entrevistados, dezesseis que ocupavam inserções de gestão no SUS identificaram a pesquisa avaliativa como caminho para responder indagações originadas de suas respectivas responsabilidades em relação a determinados programas e serviços, evidenciando mais uma vez o quanto um campo suscitava questões e desafios a serem enfrentados com a ajuda do outro.

Dois autores foram citados pela totalidade dos entrevistados como influências importantes no desenvolvimento da avaliação no Brasil: Avedis Donabedian (1919-2000), médico de origem Libanesa, radicado nos EUA, e Zulmira Maria de Araújo Hartz, médica, pesquisadora titular em epidemiologia na Ensp/Fiocruz. Essa última, além de contribuições teóricas, articulou agentes e estabeleceu relações de impacto na constituição da avaliação como um espaço social específico.

Donabedian foi um estudioso da atenção no processo assistencial médico com destaque para a noção de *qualidade*, sintetizada nos chamados “sete pilares da qualidade”, constituídos pelos referenciais de eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. (DONABEDIAN, 1980) A relevante e profunda influência de Donabedian nas discussões e práticas da avaliação no Brasil foram identificadas por Reis et al. (1990) já no final da década de 1980 quando os autores afirmam que “difícilmente são encontrados artigos

na literatura que não se baseiem ou cite, com destaque, o trabalho desse autor” (p. 53). A hegemonia do referencial donabediano se manteve mesmo quando o espaço aqui em análise começou a delinear certa autonomia em relação ao planejamento em saúde, no início dos anos 1990. Para três entrevistados, que acompanharam o curso ministrado por Donabedian na cidade de São Paulo, em maio de 1993, a relevância adquirida pelas ideias do autor se deveu às possibilidades de articulações de sua proposta de avaliação com os referenciais hegemônicos do Planejamento e Gestão dos serviços no novo contexto da Reforma Sanitária Brasileira da época. Os trabalhos de Lynn Silver (1992), uma das pioneiras no estabelecimento de interlocuções entre a área do planejamento e a avaliação de inspiração donabediana, parecem atestar as informações dos referidos entrevistados.

No início dos anos 1990, alguns autores apontaram a insuficiências de processos avaliativos centrados em indicadores de qualidade, (AKERMAN; NADANOVSKY, 1992) havendo tentativas de aproximação entre pesquisa de qualidade e Antropologia ou mesmo a proposição do uso exclusivo de abordagens antropológicas em avaliação de serviços de saúde. A incorporação crítica das ideias de Donabedian e a elaboração de *frameworks* a partir da síntese das contribuições da literatura sobre avaliação de programas e serviços em saúde no Brasil aparecem em artigos publicados no país nos anos 1990. A crítica à concepção de harmonia presente no referencial sistêmico usado por Donabedian, como na tríade estrutura-processo-resultado, desenhada para o âmbito clínico, aparece com a introdução de outras possibilidades e novas abordagens em avaliação oriundas da Antropologia, Epidemiologia ou mesmo mistas são consideradas, ainda que predomine a interlocução com a Epidemiologia, área hegemônica à época Vieira-da-Silva e Formigli (1994). O livro *Avaliação*

em saúde, (HARTZ, 1997) constitui marco da avaliação em saúde no Brasil em direção às concepções presentes em torno da chamada *Program Evaluation*. Fruto de seu doutorado em avaliação junto ao Grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Saúde (GRIS), na Universidade de Montreal, Canadá, e integrado por coautores desse mesmo país, a quase totalidade de referências, por esses últimos, a pensadores americanos clássicos da área de *Program Evaluation* como Michael Patton, Carol Weiss, Peter Rossi, dentre outros, evidenciam as bases do pensamento americano presentes no grupo canadense que, por sua vez, veio a exercer grande influência sobre alguns grupos de universidades brasileiras. O referencial americano concebe a avaliação como iniciativa voltada para determinar o valor ou mérito de algo que esteja sendo avaliado, procurando respostas a perguntas avaliatórias significativas, podendo lançar mão de diferentes métodos de pesquisa. A avaliação de programa nos EUA tem como objeto iniciativas sociais dos mais diferentes setores de atividades, sendo parte de seus formuladores mais importantes oriundos da Educação.

Um dos méritos do grupo canadense foi justamente o de articular a proposta americana à área da saúde e propor um *framework* para avaliação de programas apoiado no processo de planejamento valorizando as análises estratégicas e de implantação, além de valorizar os estudos de caso. Além disso, pode-se falar em uma inflexão demarcada pela publicação citada (HARTZ, 1997) relacionada com a ampliação do objeto da avaliação para além da categoria *qualidade* da atenção médica em senso estrito presente na obra de Donabedian e de extensão do leque de possibilidades metodológicas. Em síntese, a entrada do referencial da avaliação de programas e serviços de origem americana, com algumas inovações no setor saúde do Brasil, abriu possibilidades de integração

de perspectivas centrada na qualidade da atenção médica, de inspiração donabediana e na análise epidemiológica de serviços, com novas formas de elaborar perguntas avaliativas usando distintos referenciais metodológicos.

O GT-Avaliação como interface dos dois campos

A resistência da Abrasco em criar um GT de avaliação sob argumentação que a avaliação estaria presente nas três principais áreas constitutivas da saúde coletiva (epidemiologia, planejamento e ciências sociais) é um reflexo da pouca consolidação do espaço. A criação do primeiro fórum oficial brasileiro, para a congregação de pesquisadores e demais interessados em avaliação, é tributário do protagonismo e financiamento oriundos do interior do Ministério da Saúde. Durante o oitavo congresso da Abrasco, em 2006, no Rio de Janeiro, foi criado o Grupo Técnico de Monitoramento e Avaliação de Programas e Políticas de Saúde (GT-Avaliação). A oficina para estruturação desse grupo foi apoiada financeiramente pelo Ministério da Saúde, por meio do Proesf. Com o objetivo explícito de fomentar a cooperação entre universidades e a articulação entre academia e serviços de saúde, no que tange a avaliação, o GT estruturou suas perspectivas de ações em torno dos eixos de conhecimento, formação e aplicação do conhecimento. O contexto internacional de institucionalização da avaliação, o crescimento da produção científica sobre o tema no país e as diversas iniciativas ministeriais foram justificativas utilizadas à constituição desse grupo.

Embora a realização da reunião para a organização do GT tenha contado com o apoio decisivo de gestores e tenha sido financiada pelo MS, dentre os trinta participantes que subscreveram a oficina de criação do GT-Avaliação, vinte e

sete eram pesquisadores ligados a universidades públicas ou institutos de pesquisa e três vinculados ao Ministério da Saúde. (ABRASCO, 2006) Financiado por recursos vinculados ao Proesf, o encontro para a fundação do referido GT teve, dentre os vinte e sete pesquisadores presentes, uma grande parte composta por integrantes de pesquisas desenvolvidas com financiamento proveniente desse mesmo Proesf. Nesse congresso da Abrasco, no qual foi discutido e lançado o GT, ocorreu o lançamento do número especial de avaliação, da revista *Ciência & Saúde Coletiva*, cujo eixo central era a “Avaliação como estratégia de mudança na Atenção Básica”, composto justamente por vários artigos originados de pesquisas financiadas por editais oriundos do Proesf.

Mesmo na atualidade, o GT continua refletindo estreita ligação e relativa dependência do espaço da avaliação em relação ao campo burocrático, como afirmado por um de seus integrantes:

Acho que esse é o grande papel, de mobilizar, de articular, mas isso precisa de financiamento e hoje o financiamento que a gente encontra é quando tem algum ator institucional que passa a integrar o GT e apoiá-lo. (E1, p.11)

É emblemático que a primeira associação científica oficialmente institucionalizada de praticantes e interessados em avaliação em saúde tenha ocorrido no interior de uma associação de Saúde Coletiva. Fruto do encontro de agentes com trajetórias nos campos burocrático, político e científico, estimulados e financiados por instituições internacionais ligadas ao campo econômico, o espaço da avaliação em saúde instituiu seu primeiro *locus* formalizado justamente sob a égide da Saúde Coletiva, por sua vez também caracterizada pelo trânsito de agentes entre os campos científico e burocrático.

O percurso da avaliação em saúde no campo científico parece se caracterizar por progressivo distanciamento e aquisição de autonomia em relação ao Planejamento, incorporando novos referenciais metodológicos e atributos para além da qualidade e do uso exclusivo de indicadores, incluindo a busca de sua institucionalização, iniciada com a criação do GT-Avaliação. Paradoxalmente, seu ganho de autonomia no interior da área de Política e Planejamento da Saúde Coletiva se fez por meio de significativo aporte de demandas e recursos oriundos de gestores situados em diversos níveis do SUS (MS, Decit, DAB, SES e SMS) que, utilizando distintos modos de financiamento e estímulos, tem se tornado baliza no desenvolvimento da área no Brasil, o que pode ser compreendido como condição de possibilidade histórica ao efetivo desenvolvimento da pesquisa e das práticas avaliativas em saúde, articulação e proximidade que levou um entrevistado a afirmar que “a avaliação em saúde realizada por grupos universitários é pautada pelo Executivo.” (E11, p.18)

Considerações finais

A constituição do espaço da avaliação em saúde no Brasil ocorreu como produto do encontro de agentes (com trajetórias diferenciadas nos campos burocrático, político e científico) estimulados e financiados por instituições internacionais ligadas ao campo econômico, mas vinculadas à organização do Sistema Único de Saúde. Esse movimento se deu no interior do espaço da Saúde Coletiva, por sua vez um universo de saberes e práticas composto por subespaços científico, burocrático e político por onde os agentes, em boa parte, transitam.

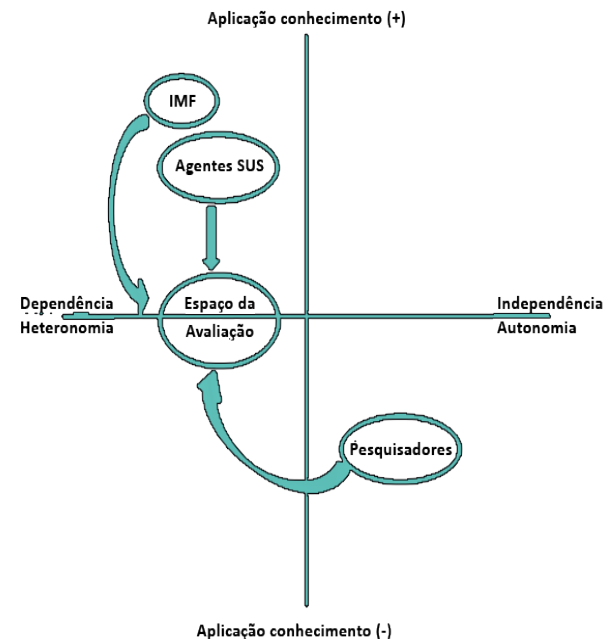
A produção da informação e conhecimento para realizar julgamentos e subsidiar tomadas de decisões é característica importante da avaliação. Contudo, a utilização efetiva dessa informação para o processo de gestão requer diversas outras mediações que extrapolam o âmbito técnico-científico. Avaliar é parte do processo de controle e do exercício do poder. Dessa forma, envolve interações entre os campos político, burocrático e do poder. Nesse sentido, o espaço da avaliação em saúde no Brasil, a partir do advento do SUS na década de 1990, é produto de fatores que podem ser assim agrupados:

- possibilidades históricas advindas da condicionalidade externa imposta por financiadores internacionais;
- desenvolvimento de pesquisas avaliativas com base em intercâmbios entre investigadores brasileiros e colegas do exterior, sobretudo da América do Norte, com efeitos na formação de quadros no Brasil;
- busca de compreensão e qualificação dos processos empreendidos na implementação do SUS por agentes responsáveis pela gestão (sobretudo municipal e estadual) do SUS que, anteriormente à sua inserção no campo burocrático, tinham vinculações com o campo científico nas universidades;
- intervenções voltadas para a institucionalização da avaliação, originária de agentes com formação na área, inseridos na gestão federal do SUS.

Na Figura 2, delineamos o que seria a resultante dessas correlações de forças no estabelecimento da área aqui focalizada. De um lado, temos agentes do campo científico, caracterizado por mais autonomia em relação aos outros campos e a compromissos com a aplicação do conhecimento. Por outro, os agentes do campo burocrático, de instituições multilaterais de financiamento (IMF) e do

SUS apresentam menor autonomia em relação aos campos político e de poder e maior compromisso na utilização dos conhecimentos produzidos.

Figura 2 – Vetores na formação do espaço da avaliação.



Essa arquitetura do espaço da avaliação (Figura 2) abre diferentes possibilidades e perspectivas para a área. Se consideradas as possibilidades dos regimes de produção e de difusão da ciência, propostos por Shinn (2008), a avaliação estaria mais próxima do que o autor classifica como *regime utilitário*, caracterizado por uma população heterogênea que inclui técnicos, especialistas, consultores e cientistas especializados na aplicação do conhecimento a um problema técnico particular, sendo que a formação de novos pesquisadores pode ter lugar tanto na universidade quanto em outras instituições. Enquanto o regime disciplinar caracteriza-se pela existência de sociedades científicas, o

regime utilitário constitui associações profissionais voltadas à formação e ao controle de novos ingressantes que, no caso da avaliação, é uma realidade nos EUA e uma proposta recorrente no Brasil.

O espaço da avaliação em saúde no Brasil, dada à sua trajetória específica, fruto da interação entre agentes oriundos de diferentes campos produz pontos de vista e tomadas de posição diversificados. As trajetórias caracterizadas pelo trânsito entre os campos burocrático e científico tende a relativizar fronteiras entre pesquisa, avaliação e gestão ou entre pesquisa acadêmica, pesquisa avaliativa e avaliação normativa. Já os agentes com trajetória predominante no campo científico tendem a distinguir com mais ênfase a pesquisa avaliativa da avaliação para a gestão e o monitoramento.

Os achados de estudo prévio são indicativos da existência de um espaço social de relações entre agentes com inserções diferenciadas nos campos científico, burocrático e do poder e que compartilham interesse comum em avaliação. O interesse em avaliação, contudo, não parece como central mesmo em pesquisadores e gestores ocupando posições dominantes nesse espaço. Ademais a grande dependência do campo burocrático e do campo do poder, do espaço da avaliação, somada a refratariedade de seus agentes em se identificar como avaliadores, revelam sua incipiência e pequeno grau de consolidação.

Referências

AKERMAN, M.; NADANOVSKY, P. Avaliação dos Serviços de Saúde – Avaliar o quê?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 361-365, Dec. 1992.

ALMEIDA, P.F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 a 2006. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1727-1742, Aug. 2008.

BODSTEIN, R.; FELICIANO, K.; HORTALE, V.A.; LEAL, M.C. Estudos de linha de base do projeto de expansão e consolidação do saúde da família (ELB/Proesf): considerações sobre seu acompanhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 725-731, Sept. 2006.

BOURDIEU, P. **As regras da arte**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

_____. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.

_____. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico**. São Paulo: Editora Unesp, 2003.

BOURDIEU, P.; Wacquant, L. **Réponses**. Paris: Seuil, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Avaliação do impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde, janeiro de 2003**. Disponível em <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/profae/Revista2007.pdf>>. Acesso em: 24 jun 2013.

CAMPOS, A.M. Accountability: quando poderemos traduzi-la para o Português? **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.2, p. 30-50, fev./abr. 1990.

CANELLA, D.S.; SILVA, A.C.F.; JAIME, P.C. Produção científica sobre Nutrição no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 297-308, Feb. 2013.

CENEVIVA, R.; FARAH, M.F.S. O papel da avaliação de políticas públicas como mecanismo de controle democrático da administração pública. In: GUEDES, A.M.; FONSECA, F. (orgs.). **O Controle Social da Administração Pública**. São Paulo: Editora UNESP, 2007. p. 129-156.

COLUSSI, C.F.; CALVO, M.C.M. Avaliação da atenção em Saúde Bucal no Brasil: uma revisão da literatura. **Sal. & Transf. Soc.**, v. 3, n. 1, p. 92-100, 2012.

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring**. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980. V. I.

FERNANDES, F.M.B.; RIBEIRO, J.M.; MOREIRA, M.R. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1667-1677, Sept. 2011.

FURTADO, J.P.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, Dec. 2014.

GALLO, E.; PINTO, L.F.; CASTRO, J.D.; FERLA, A.A. Políticas de investimento do Ministério da Saúde do Brasil (1997-2004): uma análise do projeto Reforsus e seus efeitos no complexo produtivo da saúde. In MELAMED, C.; PIOLA, S.F. (orgs). **Políticas públicas e financiamento federal do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ipea, 2011.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Avaliação de Quarta Geração**. Campinas: Editora Unicamp, 2011.

HARTZ Z.M.A.; FELISBERTO E.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. **Meta-avaliação da atenção à saúde**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

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

LANCET, The 1993. Editorial. World Bank's cure for donor fatigue. **The Lancet**, 342, p. 63-64.

MACHADO, C.V. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2113-2126, Sept. 2007.

MATTOS, R.A. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de ideias. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 377-389, 2001.

MONNIER, E. **Evaluations de l'action des pouvoirs publics: du projet au bilan**. Paris: Économica, 1987.

OLIVEIRA, C.P. (org.). **O Brasil em quatro décadas**. Brasília: Ipea, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national. **Série Santé pour tous**, n. 5, Genève, 1981.

PAIM, J.S.; LOUREIRO, S.; SCHUBACH, J.C. Utilização dos Serviços de Saúde Materna em uma Área Urbana de Salvador. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 3, n.3/4, p. 48-54, 1976.

RAMOS, R. O problema da avaliação em Saúde Pública. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 305-314, Sept. 1974.

REIS, E.J.F.B.; SANTOS, F.P.; CAMPOS, F.E.; ACÚRCIO, F.A.; LEITO, M.T.T.; LEITE, M.L.C.; CHERCHIGLIA, M.L.; SANTOS, M.A. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, Mar. 1990.

ROSSI, P.H.; LIPSEY, M.H.; FREEMAN, H.E. **Evaluation: a systematic approach**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2004.

SANTOS, G.F. Investimentos e reforma no setor saúde no Brasil: o caso do projeto reforsus. In: BAYAMA, F.; KASZNAR, I. (orgs). **Saúde e previdência social: desafios para o terceiro milênio**. São Paulo: Pearson Education, 2003.

SHADISH, W.R.; COOK, T.D.; LEVITON, L.C. **Foundations of Program Evaluation: theories of practice**. Newbury Park: Sage, 1991.

SHINN, T.; RAGOUET, P. **Controvérsias sobre a ciência: por uma sociologia transversalista da atividade científica**. São Paulo: Editora 34, 2008.

SILVA, M.O.S. (org). **Avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo: Veras Editora, 2001.

SILVER, L. Aspecto Metodológicos em Avaliação dos Serviços de Saúde. In: GALLO, E.; RIVERA, F.J.U.; MACHADO, M.H. (orgs). **Planejamento criativo: novos desafios em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1992.

STAKE, R.E. **Evaluación comprensiva y evaluación basada em estándares**. Barcelona: Graó, 2006.

THE WORLD BANK. **Towards the institutionalization of monitoring and evaluation systems in Latin America and the Caribbean**. Washington, 2006.

VIANA, A.L.A.; POZ, M.R.D. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde do Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, v. 12, p. 225-264 (supl), 2005.

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

VIEIRA-DA-SILVA, L.M.; FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, Mar. 1994.

CAPÍTULO 2

AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE

*Hillegonda Maria Dutilh Novaes
Patrícia Coelho de Soárez*

Introdução

O perfil da produção, difusão, incorporação e utilização de tecnologias nos sistemas de saúde depende das características técnicas e políticas dos sistemas de saúde, que são, por sua vez, determinadas pelas políticas sociais e econômicas e características próprias dos países e pelo desenvolvimento científico, tecnológico, de inovação e produtivo existente e incorporado ao setor. As formas de acesso ao sistema de saúde, o perfil dos profissionais de saúde e os produtos e processos tecnológicos disponíveis e utilizados resultam de articulações complexas e dinâmicas entre dimensões técnicas, políticas, econômicas e culturais dos contextos sociais e dos sistemas de saúde. (NOVAES, 2006)

Considera-se que a expansão dos setores produtivos relacionados à saúde, a partir da década de 1970, nos países desenvolvidos, foi impulsionada por cinco fatores decisivos: 1) proposição e implementação de políticas científicas e tecnológicas por parte do Estado e disponibilidade de recursos públicos para a pesquisa científica e desenvolvimento tecnológico; 2) consolidação de políticas de saúde que ampliam o acesso à atenção à saúde, como parte do reconhecimento social e político do direito à saúde como direito essencial da população; 3) fortalecimento do reconhecimento do médico como profissional nuclear na atenção à saúde e desenvolvimento de novos tipos de serviços, profissionais da saúde, modalidades assistenciais e procedimentos diagnósticos e terapêuticos; 4) ampliação do conceito de saúde e sua *medicalização*, isto é, os problemas de saúde são, também, problemas médicos e de responsabilidade dos serviços de saúde; 5) mudanças no perfil demográfico e epidemiológico das populações, com redução da mortalidade por doenças infecciosas, aumento e diversificação das doenças crônico-degenerativas e aumento da esperança de vida, levando a novas necessidades de saúde e demandas aos serviços de saúde. (NOVAES, 2006)

As últimas décadas presenciaram processos de transformação e inovação tecnológica sem precedentes na área da saúde, e a incorporação dessas tecnologias ao sistema de saúde produziu mudanças importantes na atenção médica e no perfil dos profissionais de saúde, nos processos diagnósticos e terapêuticos, na forma de organização dos serviços de saúde e nos custos e gastos em saúde. Face às importantes implicações econômicas, éticas e sociais relacionadas à intensa incorporação das tecnologias médicas aos sistemas de saúde, tornou-se necessário o desenvolvimento de mecanismos de vigilância e regulação dos processos de incorporação e utilização que

se mostrassem capazes de garantir usos seguros e racionais dos recursos tecnológicos. A identificação da necessidade da utilização sistemática do conhecimento científico nesses processos se insere nesse movimento.

Os processos de incorporação e utilização de tecnologias em sistemas e serviços de saúde envolvem grupos de interesse distintos e existem tensões entre os grupos (produtores, tomadores de decisão governamentais, reguladores, profissionais de saúde, hospitais, seguradoras privadas de saúde e consumidores) interessados. São frequentes as diferenças de opinião sobre a melhor maneira de equilibrar interesses conflitantes em orçamentos sempre finitos de sistemas de saúde que precisam garantir acesso a tecnologias de saúde seguras, eficazes, custo-eficazes, de forma oportuna e socialmente aceita. As metodologias utilizadas nas ATS se apoiam no uso adequado do conhecimento científico e técnico para obter a legitimidade de uma análise objetiva, voltada para a maximização de um benefício para os pacientes, e que busca a neutralidade no que diz respeito aos conflitos de interesse. No entanto, as decisões sobre a incorporação e a utilização de tecnologias são também sempre políticas e podem ser consideradas como decisões que procuram buscar um equilíbrio entre interesses concorrentes.

Uma melhor compreensão do escopo e potencial da ATS nos processos de incorporação e utilização das tecnologias de saúde pode contribuir para sua utilização adequada nos processos que buscam melhorar a equidade e acesso aos serviços de saúde, dar maior eficiência na alocação de recursos, melhor efetividade e qualidade dos serviços e maior sustentabilidade financeira do sistema de saúde.

A avaliação de tecnologias em saúde tem sido definida como “campo multidisciplinar de análise de políticas, que

estuda as implicações clínicas, sociais, éticas e econômicas do desenvolvimento, difusão e uso das tecnologias em saúde.” (INTERNATIONAL NETWORK OF AGENCIES FOR HEALTH TECHNOLOGY, 2011)

São consideradas tecnologias em saúde medicamentos, equipamentos, procedimentos e sistemas organizacionais de suporte dentro dos quais os cuidados com a saúde são oferecidos. (LIAROPOULOS, 1997) Em uma perspectiva muito ampliada seriam tecnologias em saúde “todas as formas de conhecimento que podem ser aplicadas para a solução ou a redução dos problemas de saúde de indivíduos ou populações”. Portanto, iriam além dos medicamentos, equipamentos e procedimentos usados na assistência a saúde. (VELASCO-GARRIDO; BUSSE, 2005)

Desenvolvimento da ATS no mundo

A partir dos anos 1970 constituíram-se nos países desenvolvidos, como parte da vigilância sanitária, estruturas públicas responsáveis pela análise de medicamentos, materiais e equipamentos que as indústrias planejavam introduzir no mercado para serem usadas pela população e nos serviços de saúde. Uma das instituições emblemáticas dessa fase é o *Food and Drug Administration* (FDA) americano, pioneiro na determinação dos atributos essenciais dessas tecnologias para a proteção da saúde da população: eficácia, segurança e qualidade – e dos processos utilizados para a sua demonstração, como condição necessária para serem comercializadas. (BANTA; LUCE, 1993) Nos anos 1990, a realização desses estudos passou a ser atribuição das empresas, sendo seus resultados analisados, verificados e aprovados, ou não, pelo poder público. Essa tendência é observada na vigilância sanitária de quase todos os países desenvolvidos. No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância

Sanitária (ANVISA), criada em 1999, iniciou suas atividades já segundo esse modelo. (NOVAES, 2006)

A avaliação tecnológica na área da saúde, como atividade institucionalizada, teve início também nos anos 1970, sendo pioneiro o *Office of Technology Assessment* (OTA) do Congresso Americano, criado para produzir estudos independentes sobre novas tecnologias sobre as quais se fazia necessário legislar. A avaliação tecnológica em saúde enquanto parte do sistema de saúde se desenvolveu nos países da Europa Ocidental a partir do final dos anos 1970, notadamente naqueles com sistemas de saúde públicos e de cobertura universal (Suécia, Holanda, Reino Unido). (O'DONNELL et al., 2009)

De início, as organizações responsáveis pela produção de avaliações de tecnologias para os sistemas de saúde dedicaram-se a produzir informações sobre eficácia, segurança e efetividade das novas tecnologias, principalmente as de alto custo. Dentre essas tecnologias, os equipamentos se constituíram em grandes desafios, pois as metodologias e processos de análise da sua segurança e efetividade na prática clínica não estavam ainda bem-definidos, como para os medicamentos. Posteriormente, ampliou-se o escopo de informações necessárias para as novas tecnologias em geral, agregando às análises a dimensão da eficiência (econômica), e a ATS passou a se constituir em mecanismo complementar da vigilância sanitária do setor público, quando da sua aprovação para uso na atenção à saúde. Alguns países passaram a exigir dos fabricantes o desenvolvimento adicional de estudos de custo-efetividade para a aprovação dos medicamentos, constituindo-se no que foi denominado de quarto obstáculo (*fourth hurdle*) a ser transposto pela indústria para o produto poder chegar ao mercado. (TAYLOR et al., 2004) Ao longo dos anos 1980, os órgãos que produziam estudos de ATS

passaram a reconhecer a necessidade de fortalecimento das relações com as instâncias responsáveis pelos processos de decisão sobre financiamento, incorporação e regulação do uso das tecnologias nos sistemas de atenção à saúde e nos anos 1990 priorizaram também a disseminação e a implementação dos seus resultados na gestão e na prática clínica dos serviços de saúde.

Mais recentemente, os profissionais envolvidos nas avaliações tecnológicas em saúde voltadas para o estudo da efetividade das tecnologias se aproximaram das áreas da epidemiologia e clínica que estudam as eficácias diagnósticas e terapêuticas dos procedimentos utilizados na prática médica e das atividades relacionadas à “Medicina Baseada em Evidências”, (AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH, 1997) com reconhecimento mútuo das relações existentes entre as respectivas práticas. (NOVAES, 1996) Além dessas, contribuem também para as avaliações tecnológicas o conhecimento produzido pela engenharia biomédica e engenharia clínica, na avaliação da inovação, produção, instalação, operação, manutenção e conformidade de equipamentos e materiais de uso especializado na área da saúde. (GOODMAN, 1992)

Desde o final dos anos 1980, a presença e a visibilidade da ATS expandiu-se na Europa, América do Norte, Austrália e, mais tardiamente, nos países em desenvolvimento. (BANTA; JONSSON, 2009; JAIME CARO, 2009) Em virtude da sua articulação com as instâncias de proposição, implementação e gestão de políticas de saúde, a estrutura organizacional das instituições que desenvolvem estudos de ATS tem sido moldada pelo tipo de sistema de saúde do qual fazem parte. Em países onde os sistemas de saúde são principalmente financiados por recursos públicos (por exemplo, Suécia, Canadá, Noruega, Reino Unido e Espanha) têm sido criadas agências públicas, vinculadas de diferentes

formas aos Ministérios de Saúde nacionais. Em países com sistemas de saúde privados (como os Estados Unidos da América), a ATS é desenvolvida por grupos ligados a fundos de pensão, planos de saúde ou universidades. (NEUMANN, 2009; WILD; GIBIS, 2003) A adaptação das organizações de ATS às características próprias dos sistemas de saúde responde à necessidade de produção de informações relevantes para os tomadores de decisão daquele sistema, possibilitando interação entre as evidências científicas e os contextos sociais. (THE OECD HEALTH PROJECT, 2005)

O crescimento do uso do conhecimento produzido pelas organizações de ATS internacionalmente pode ser observado pelo aumento do número de integrantes da Rede Internacional de Agências de Avaliação de Tecnologias em Saúde (em inglês *International Network of Agencies for Health Technology Assessment - INAHTA*), uma organização sem fins lucrativos criada em 1993, com o objetivo de acelerar a troca e a colaboração entre as agências, promover comparação e compartilhamento de informação e prevenir duplicação de atividades. Das 52 agências atualmente filiadas à INAHTA, apenas três estão localizadas em países em desenvolvimento (Brasil, Argentina e Lituânia).

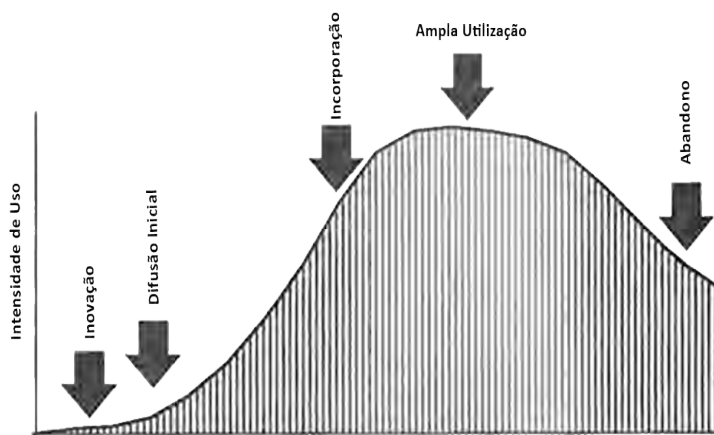
Ciclo de vida das tecnologias

A avaliação de uma tecnologia pode ser realizada em qualquer fase do ciclo de vida da tecnologia – inovação, difusão inicial, incorporação, ampla utilização e abandono (PANERAI; MOHR, 1989) (Figura 1). As dimensões nucleares das tecnologias inicialmente estudadas são segurança, risco, eficácia e efetividade. Adicionalmente, tem sido analisada a eficiência e, ocasionalmente, são também consideradas dimensões éticas, sociais e legais associadas ao uso da tecnologia. Mostra-se importante compreender

a tecnologia em questão como parte de conjuntos de alternativas diagnósticas e terapêuticas, desenvolvendo análises comparativas quando necessárias e pertinentes.

Quando a ATS é realizada ainda na fase anterior à entrada da tecnologia no mercado os estudos se concentram na segurança e eficácia, analisando-os não apenas na perspectiva individual, como nos ensaios clínicos, mas também populacional. Na difusão inicial da tecnologia nos sistemas de saúde, valoriza-se o estudo da sua potencial efetividade, eficiência e impactos econômicos e organizacionais. Uma vez incorporada e ocorrida a disseminação de uso, mostram-se importantes os monitoramentos da efetividade e impactos, com frequência distintos dos estimados inicialmente. E, finalmente, na fase da obsolescência e eventual abandono, as avaliações buscam conhecer os potenciais efeitos da sua eliminação e substituição por outras tecnologias. (NOVAES, 2006)

Figura 1: Ciclo de vida das tecnologias em saúde.



Fonte: Adaptado de Banta 1993. (PERLETH et al., 2001)

Quando uma tecnologia é incorporada, ela desencadeia uma série complexa de impactos à medida que se difunde e é utilizada. Mostra-se importante o estudo de todas as fases do ciclo de vida das tecnologias em saúde (Figura 1) para identificar e entender os principais determinantes e influências que direcionam esse processo dinâmico e formular as políticas mais efetivas e apropriadas para cada uma dessas fases.

Avaliação de Tecnologias em Saúde

A mudança tecnológica em saúde se dá de forma extremamente rápida atualmente. A capacidade de inovar e desenvolver tecnologias de saúde tem superado em muito a competência da sociedade de avaliá-las de modo a realizar decisões racionais sobre seu uso apropriado.

Como resultado da rápida disseminação destas tecnologias, os governos enfrentam desafios sem precedentes para oferecer cuidados inovadores e de alta qualidade, gerenciar orçamentos da atenção à saúde e resguardar os princípios básicos de equidade, acesso e escolha. Os governos cada vez mais têm sido chamados para gerir recursos escassos de maneira estratégica, investindo em serviços que ofereçam os melhores resultados de saúde; uma assistência possível de ser financiada, efetiva, segura e centrada no paciente. Nesse cenário, a avaliação tecnológica em saúde tem se constituído em instrumento auxiliar nos diferentes processos de decisão referentes ao uso de tecnologias médicas na atenção à saúde.

A ATS tem sido comparada a uma ponte que se propõe unir o mundo da pesquisa ao mundo da gestão. (BATTISTA, 1996) Esta ponte procura transferir o conhecimento produzido na pesquisa científica para o processo de tomada de decisões. Para alcançar esse propósito, a ATS

coleta, analisa e sintetiza resultados de pesquisas de forma sistemática e reprodutível, ou, se necessário, produz novos conhecimentos, tornando-os acessíveis e úteis para a tomada de decisão. A ATS compartilha esses princípios com a Medicina Baseada em Evidências (MBE) e com os Protocolos ou Guias de Prática Clínica (GPC) que, em conjunto, constroem um corpo de iniciativas que tem por objetivo melhores práticas na atenção à saúde, com focos distintos, porém complementares. (PERLETH et al., 2001; DRUMMOND et al., 2008) O público principal da ATS são os tomadores de decisão responsáveis pelas políticas e a MBE e GPC são voltadas para apoio à tomada de decisões em nível clínico individual e em nível de grupo de pacientes, respectivamente.

As agências e órgãos de Avaliação de Tecnologias em Saúde e o contexto para os estudos de ATS

Os principais objetivos das agências e órgãos responsáveis pela realização e utilização das avaliações de tecnologias em saúde são:

- Assegurar que as tecnologias previstas para uso na atenção à saúde sejam seguras e evitem danos à saúde;
- Verificar se as tecnologias a serem incorporadas na atenção à saúde são eficazes e efetivas;
- Analisar as relações entre os benefícios potenciais decorrentes do uso das tecnologias na atenção à saúde e contextos econômico-financeiros;
- Prover os formuladores de políticas e gestores em saúde com informações que auxiliem nos processos de decisão relacionados à alocação de fundos de pesquisa, desenvolvimento de legislações, decisões sobre incorporação de tecnologias e pagamento de procedimentos e serviços.

O círculo daqueles que participam das decisões e/ou são afetados pelo uso das tecnologias é muito amplo incluindo profissionais e gestores de sistemas e serviços de saúde, legisladores e advogados, instituições acadêmicas e pesquisadores, indústria farmacêutica e de equipamentos e seus profissionais, pacientes e suas famílias e a população em geral.

O contexto e os objetivos da avaliação de uma tecnologia determinam os métodos utilizados e a extensão e abrangência da avaliação. O escopo, o tipo, detalhamento metodológico e estimativas a serem desenvolvidas nas avaliações em saúde variam consideravelmente, dependendo, entre outros fatores, dos recursos disponíveis, urgência, horizonte temporal e principais interessados nos seus resultados.

Mostra-se fundamental deixar explícito o contexto que orientou a avaliação, para que os leitores e usuários da avaliação possam verificar se o seu resultado, o produto, é relevante para suas questões. A descrição do contexto deve ser parte essencial dos relatórios de avaliações de tecnologias em saúde, contribuindo para a explicitação das questões que orientaram a sua realização.

A perspectiva a ser adotada em uma avaliação de tecnologias deve refletir os objetivos específicos dos atores que organizam, financiam e utilizam a avaliação. Agências regulatórias nacionais necessitam de avaliações da segurança, eficácia, efetividade e eficiência de tecnologias em saúde na perspectiva da sociedade. Hospitais e outras instituições de atenção à saúde necessitam avaliações que apoiem os processos de aquisição, investimento, e decisões relacionadas ao gerenciamento de tecnologias na perspectiva institucional. Associações profissionais necessitam avaliações de tecnologias que contribuam para decisões na organização dos cuidados de pacientes.

Companhias de seguros se interessam por avaliações que possam apoiar a decisões sobre cobertura e reembolso de procedimentos, etc.

Os custos e benefícios a serem calculados e/ou estimados dependem da perspectiva adotada na avaliação. Por exemplo, o administrador de um hospital deseja avaliar uma tecnologia como parte dos elementos a serem considerados para a aquisição de uma tecnologia, considerando os custos financeiros diretos e sua contribuição para a capacidade de geração de renda para o hospital. Por outro lado, um gestor local estará preocupado com as implicações da nova tecnologia sobre a distribuição dos recursos e a sua eficiência alocativa, o atendimento à demanda, os custos sociais, etc.

O escopo das avaliações de tecnologias em saúde compreende um conjunto de propriedades, atributos e impactos das tecnologias:

- Propriedades técnicas;
- Segurança clínica/efeitos adversos;
- Eficiência;
- Utilidade;
- Qualidade;
- Atributos ou impactos econômicos;
- Impactos sociais, legais, éticos e/ou políticos.

As avaliações de tecnologias em saúde e principais etapas para a sua realização

A ATS constitui-se em um campo de conhecimentos e práticas essencialmente multidisciplinar. Quatro principais campos de conhecimento e pesquisa aplicada, e os pesquisadores que nelas atuam, têm contribuído para o desenvolvimento das ATS: (i) as ciências políticas, (ii) as pesquisas clínicas, laboratoriais e epidemiológicas na medicina e saúde; (iii) a economia, e (iv) as ciências sociais e humanas. As ciências políticas contribuem para a compreensão das ATS enquanto parte das políticas sociais, econômicas e da saúde. A produção científica na área médica e da saúde contribui como conhecimentos essenciais para o estudo dos problemas de saúde potencialmente impactados pelas novas tecnologias. A economia contribui com os conhecimentos necessários para a compreensão do contexto macroeconômico e organizacionais e teorias e métodos para os estudos de custos necessários para as avaliações econômicas. Os componentes éticos e culturais nas ATS necessitam do aporte de conhecimentos e métodos das ciências sociais e humanas para a sua adequada apreensão. De acordo com a INAHTA para que as ATS possam ser completas elas necessitarão das contribuições de todos esses campos de conhecimentos e estratégias metodológicas. (VELASCO-GARRIDO et al., 2008)

Dada a diversidade de atributos e objetivos que podem ser considerados, as avaliações de tecnologias em saúde apresentam grande diversidade metodológica, contudo alguns passos básicos devem ser considerados pelas organizações e pesquisadores responsáveis pelas avaliações: (GOODMAN, 1998)

- Identificação das tecnologias candidatas e o estabelecimento das prioritárias;

- Especificação do problema a ser avaliado;
- Determinação do cenário da avaliação;
- Recuperação das evidências disponíveis;
- Obtenção de dados primários (se necessário);
- Interpretação das evidências obtidas;
- Síntese das evidências;
- Apresentação dos resultados e formulação de recomendações;
- Disseminação dos resultados das recomendações;
- Monitorar o impacto.

Etapas 1 - Identificação das tecnologias candidatas a avaliações e estabelecimento das prioridades.

Em virtude da limitação de recursos, a maioria dos governos enfrenta dificuldades para acompanhar o ritmo de introdução de novas tecnologias de saúde no mercado. Isto é especialmente verdadeiro em países em desenvolvimento, onde os recursos para a avaliação de tecnologias em saúde são ainda mais limitados. A priorização dos temas para as avaliações tornou-se assim uma parte importante dos processos da ATS.

A maioria das organizações responsáveis pela realização das avaliações adota critérios para a seleção dos temas prioritários. Alguns exemplos de critérios de seleção que podem ser usados para estabelecer prioridades de avaliação são:

- Ônus elevado de morbidade e ou mortalidade;
- Grande número de pacientes afetados;

- Custo unitário ou agregado elevado da tecnologia ou do problema de saúde;
- Exigências públicas ou políticas;
- Necessidade de tomar decisão para reembolso.

No Reino Unido, o *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), agência pública responsável pela produção de recomendações para decisões sobre incorporação de tecnologias (“*health technology appraisals*”) no país, refere priorizar as tecnologias com base no National Institute For Health And Care Excellence (2015):

- Impacto da nova tecnologia nos recursos do NHS;
- Importância clínica e política;
- Presença de variações inapropriadas na prática;
- Fatores potenciais que afetem a oportunidade da orientação proposta;
- Probabilidade da orientação ter impacto na saúde pública e qualidade de vida, redução de iniquidade em saúde e na oferta de programas e intervenções de qualidade.

No Canadá, a *Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health* (CADHT), agência pública que produz recomendações para os gestores nacionais, regionais e locais sobre incorporação de tecnologias de saúde nos sistemas de saúde refere as seguintes dimensões na priorização dos estudos: (OXMAN; GUYATT, 1993)

- Carga da condição de saúde para qual a tecnologia se destina.
- Disponibilidade de tecnologias alternativas;
- Impacto clínico potencial da tecnologia;

- Impacto econômico potencial da tecnologia;
- Impacto orçamentário potencial do financiamento da tecnologia;
- Disponibilidade de informações recentes de avaliação da tecnologia.

Etapa 2 - Especificação do problema a ser avaliado.

Um dos aspectos mais importantes de uma avaliação é a clara apresentação do problema ou questão orientadora do estudo. Ela condiciona todos os aspectos subsequentes da avaliação. O grupo responsável pela avaliação deve compreender a sua finalidade quem são os usuários potenciais. As avaliações envolvem a clara especificação dos seguintes elementos:

- O(s) problema(s) de saúde;
- População(ões) afetadas pelo(s) problema(s);
- A(s) tecnologia(s);
- Os profissional(is) de saúde envolvido(s);
- O(s) nível(is) de atenção do sistema de saúde (primário, secundário e terciário) afetado(s);
- As dimensões que serão avaliadas: segurança (incluindo efeitos adversos), eficácia, efetividade, eficiência, acesso, equidade, etc.

Etapa 3 - Determinação do cenário da avaliação.

Diferentes fatores podem influenciar na decisão de se realizar, ou não, a avaliação de uma tecnologia e na sua forma:

- Existem avaliações semelhantes disponíveis?
- As alternativas metodológicas propostas são viáveis e válidas?
- Se uma avaliação disponível necessitar ser atualizada, a organização tem o tempo e expertise necessários para realizar o estudo?
- Se a obtenção de novos dados se faz necessária, a organização dispõe dos recursos financeiros, organizacionais e humanos necessários?
- Os sistemas, serviços, profissionais de saúde e a população irão reconhecer a legitimidade do estudo e dos seus resultados?

Etapa 4 - Recuperação das evidências disponíveis ou obtenção de novas evidências.

Um dos grandes desafios para a realização de avaliações de tecnologias em saúde é a recuperação das evidências disponíveis e relevantes, os dados existentes na literatura científica e em outras fontes de informações. Para tecnologias muito novas, esta informação pode ser escassa e difícil de encontrar; para as tecnologias já disseminadas, pode ser profusa, dispersa e de qualidade variável.

Múltiplas fontes devem ser consultadas para aumentar a probabilidade de recuperar relatórios e artigos relevantes. As fontes que podem ser úteis para as avaliações de tecnologias em saúde incluem:

- Bases de dados computadorizadas da literatura científica publicada.
- Sistemas de informação com bases de dados clínicos e administrativos.
- Relatórios técnicos oficiais, monografias, dissertações e teses.
- Referências incluídas em estudos, revisões e meta-análises disponíveis.
- Relatórios e diretrizes clínicas das associações profissionais e das organizações responsáveis por ATS nacionais e internacionais.

Os principais tipos de estudo nas avaliações em tecnologias em saúde são:

- Estudos de conformidades técnicas.
- Análises de contexto e de políticas.
- Estudos com dados primários oriundos de estudos experimentais (ensaios clínicos controlados randomizados ortodoxos e pragmáticos) e estudos observacionais (caso-controle, transversal e série de casos).
- Estudos que utilizam métodos integrativos com base em dados secundários (revisão e síntese da literatura científica e/ou modelizações matemáticas de diferentes tipos com estimativas baseadas na literatura científica, dados populacionais, epidemiológicos e de custos, opinião de especialistas, etc.).

Etapa 5 – Coleta de novos dados (dados primários, se necessário).

Em algumas ocasiões as evidências existentes poderão não ser suficientes para prover as informações necessárias para a avaliação proposta, e novos estudos são necessários para gerar dados para aspectos particulares da avaliação. No entanto, a possibilidade de empreender a busca e produção de novos dados está sempre condicionada aos recursos financeiros e de tempo disponíveis.

Etapa 6 - Interpretação das evidências disponíveis.

Mostra-se um desafio para toda avaliação a identificação dos achados essenciais das evidências científicas, a partir de estudos com abordagem metodológica e qualidade variáveis. Deve ser utilizado um enfoque sistemático para avaliar criticamente a qualidade dos estudos disponíveis. Em geral, a interpretação das evidências envolve a seleção e a classificação dos estudos e das evidências.

Uma forma útil de sumarizar e indicar as qualidades importantes dos estudos disponíveis é organizar uma tabela, a tabela de evidências, com as seguintes informações de forma resumida: atributos dos delineamentos dos estudos, características dos pacientes, resultados obtidos com os pacientes e sumários das estatísticas derivadas.

As informações resumidas na tabela de evidências permitem aos revisores comparar sistematicamente os atributos-chave dos estudos e fornecem um retrato da quantidade e qualidade da evidência disponível. Em

seguida é feita a graduação das evidências de acordo com o delineamento dos estudos de onde elas foram obtidas:

I: Evidências obtidas de pelo menos um ensaio controlado randomizado.

II-1: Evidências obtidas de ensaios controlados não randomizados.

II-2: Evidências obtidas de um estudo de coorte ou de caso-controle.

II-3: Evidências obtidas de comparações entre épocas e lugares com ou sem intervenção.

III: Opiniões de autoridades reconhecidas, baseadas na experiência clínica, nos estudos descritivos ou nos relatórios de comitês de especialistas.

Posteriormente, a qualidade de cada estudo (validade interna) é avaliada de acordo com critérios previamente estabelecidos para cada tipo de estudo, e as evidências são classificadas nos seguintes níveis:

Boa – estudo atende satisfatoriamente a todos os critérios específicos ao respectivo delineamento.

Razoável – estudo não atende satisfatoriamente pelo menos a um critério específico ao respectivo delineamento, mas não apresenta falha metodológica grave conhecida.

Pobre – estudo possui pelo menos uma falha metodológica grave conhecida ou acúmulo de falhas menores que tornam os resultados do estudo inadequados para a fundamentação de recomendações.

É importante que sejam explicitados no produto das avaliações (relatórios, pareceres) os critérios e os procedimentos utilizados para selecionar os estudos na revisão da literatura e como foram organizados e interpretados seus resultados.

Etapa 7 - Síntese das evidências.

Sintetizar as evidências, principalmente as obtidas de revisões de literatura, tem sido um passo destacado quanto ao desenvolvimento e utilização de estratégias metodológicas, que buscam torná-las comparáveis entre si. Os principais produtos em que são apresentados os resultados de estudos de avaliações de tecnologias pelas organizações responsáveis pela ATS são: pareceres técnico-científicos, relatórios com ampla revisão sistemática da literatura e eventualmente meta-análise, relatórios de avaliações tecnológicas e econômicas completas.

Os Pareceres Técnico-Científicos (PTC) envolvem, via de regra, revisão da literatura menos extensa e abrangente que uma revisão sistemática, sendo de execução e elaboração mais rápidas e representando um relato sistematizado e mais abrangente possível do conhecimento existente neste contexto e horizonte temporal, para decisões a serem tomadas com urgência. (HIGGINS; GREEN, 2011)

As revisões sistemáticas da literatura e eventual meta-análise têm por objetivo identificar e organizar toda a evidência segundo critérios de elegibilidade pré-especificados, a fim de responderem a perguntas específicas. São utilizados métodos explícitos para minimizar o risco de viés, proporcionando assim resultados mais confiáveis a partir dos quais é possível tirar conclusões e contribuir para decisões mais abrangentes e com menor grau de incerteza. (DRUMMOND et al., 2005; BANTA; ALMEIDA, 2009)

As avaliações econômicas são um dos tipos de avaliação tecnológica, em que se realiza análise comparativa entre duas ou mais intervenções alternativas, comparando custos e resultados obtidos. Existem quatro metodologias principais de avaliação econômica completa de programas

de saúde: análise custo-minimização (ACM), análise custo-efetividade (ACE), análise custo-utilidade (ACU) e análise custo-benefício (ACB). (ALMEIDA et al., 1987)

Etapa 8 - Apresentação dos resultados e formulação das recomendações.

A força científica e aceitação dos resultados e recomendações apresentadas nos pareceres ou relatórios irão depender diretamente da qualidade dos dados existentes e do conhecimento produzido. Os usuários das recomendações apresentadas em uma ATS devem entender as bases para as recomendações apresentadas, os limites do conhecimento produzido e compreender as escolhas metodológicas adotadas no estudo e suas relações com o contexto estudado.

Etapa 9 - Disseminação dos resultados das recomendações.

Os resultados podem ser apresentados em formatos e estilos diversos, dependendo dos seus usuários potenciais e finalidade e dos meios disponíveis para divulgá-los (por exemplo, relatório detalhado para pesquisadores e formuladores de políticas; pareceres técnico-científicos para gestores, guias de referência rápida para clínicos, etc.). A disseminação dos resultados deve fazer parte do planejamento das avaliações e estar prevista no orçamento.

Etapa 10 - Monitoramento do impacto das recomendações.

As avaliações e o monitoramento do impacto das recomendações produzidas pelas organizações responsáveis pela ATS são ainda pouco frequentes, apesar da crescente ênfase que os órgãos governamentais, as seguradoras de saúde e as agências internacionais têm atribuído ao assunto.

As avaliações de tecnologias buscam contribuir principalmente para as decisões de incorporação e cobertura nos sistemas de saúde. As avaliações de tecnologias têm sido mais numerosas para as tecnologias de atenção terciária. Sendo assim, o impacto na perspectiva da saúde populacional é, em geral, pequeno, essa é uma das principais críticas dos especialistas em saúde pública, mas o seu impacto sobre o cuidado e os custos de grupos específicos de pacientes pode ser significativo.

Desenvolvimento e implantação de agências de ATS e utilização dos resultados de estudos de ATS na incorporação de tecnologias no SUS

No Brasil, a ATS foi discutida formalmente pela primeira vez em 1983, com a realização de um seminário em Brasília, fruto da parceria entre PAHO/WHO e governo brasileiro. Nesse encontro, foram abordados diversos aspectos da ATS: questões políticas, a eficácia questionável de várias tecnologias em saúde, problemas de custos e custo-efetividade e problemas relacionados à transferência de tecnologias. No final da década de 1980, iniciaram-se atividades de ensino e pesquisa em ATS de forma pontual em algumas instituições universitárias. (NOVAES, 1991; SILVA, 1992; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

A organização da prática institucional de ATS no Brasil encontra-se fundamentalmente vinculada ao sistema público de saúde. Nos últimos anos, várias iniciativas do Ministério da Saúde buscaram promover a utilização de evidências científicas nos processos de decisão política sobre incorporação e utilização de tecnologias no SUS.

Em 2004, foi criado o Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (DECIT) e aprovada a Política Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde. Em 2005, foi criada a Coordenação Geral de Avaliação de Tecnologias em Saúde com a missão de implementar, monitorar e difundir a ATS no Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2006, foi instituído o fluxo para incorporação de tecnologias no SUS e foi criado o *Boletim Brasileiro de Avaliação de Tecnologias em Saúde* (BRATS), coordenado pela ANVISA, com o propósito de informar sobre novas tecnologias registradas no mercado brasileiro. Neste mesmo ano o DECIT passou a fazer parte da INAHTA, maior rede mundial de cooperação em ATS. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010a)

O DECIT, em parceria com a Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) do Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT), promoveu cursos de Especialização e cursos de Mestrado Profissional em Gestão de Tecnologias em Saúde. Em 2008, foi formada a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS), como estratégia de aprimoramento da capacidade regulatória do Estado, de definição de critérios de priorização e de diretrizes metodológicas para estudos de ATS. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b)

Em 2009, foi aprovado pelo CNPq o financiamento do Instituto Nacional em Ciência e Tecnologia em Avaliação de Tecnologias em Saúde (IATS) com objetivo de desenvolver, fomentar e disseminar a ATS no Brasil. Em 2010, foram instituídos 24 Núcleos de Avaliação de Tecnologias em

Saúde (NATS) em Hospitais de Ensino, em todas as regiões do País, como proposta de introduzir a cultura de ATS nesses hospitais e auxiliar o gestor hospitalar a tomar decisões quanto à inclusão e à retirada de tecnologias e seu uso racional. Em 2010, após um longo processo de elaboração e discussão ampla como todas as instâncias interessadas, foi publicado pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde (PNGTS), que se constitui em instrumento norteador para os atores envolvidos na gestão dos processos de avaliação, incorporação, difusão, gerenciamento da utilização e da retirada de tecnologias no Sistema de Saúde. (AUGUSTOVSKI et al., 2011) Em 2011, foi realizado o primeiro encontro do HTAi no Rio de Janeiro, em que houve grande participação de pesquisadores e gestores brasileiros.

Fluxo de incorporação de novas tecnologias no Sistema de Saúde do Brasil

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), criada em 1999, é a instância pública governamental responsável pela regulamentação, controle e fiscalização de bens e serviços que envolvam riscos à Saúde Pública, o que inclui todas as tecnologias previstas para serem utilizadas na atenção à saúde. Conceder registro dos produtos para serem colocados no mercado é sua responsabilidade, bem como os certificados de boas práticas de fabricação, etapas iniciais para que tecnologias em saúde sejam consideradas para incorporação no sistema de saúde.

Os preços dos medicamentos têm sido regulados desde 2000. As políticas de regulação são definidas pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos, composto por cinco ministérios e liderado pelo Ministério da Saúde. A ANVISA, através do seu Núcleo de Assessoramento

Econômico em Regulação (NUREM), é responsável pela implementação de uma política de regulação de preços baseada em evidências. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) A Comissão para Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CITEC), coordenada pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), foi criada em 2006 por meio das Portarias nº 152/06 e 3.323/06. No ano de 2008, a Portaria nº 2.587/08 transferiu a coordenação da CITEC para a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. De acordo com a referida portaria, a CITEC era responsável por gerenciar o processo de incorporação de tecnologias, elaborar rotinas, fluxos e recomendações para apoiar processos de decisão nos sistemas de saúde público e privado. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

A Lei nº 12.401 de 28 de abril de 2011 alterou a Lei nº 8080 de 1990, na disposição sobre a assistência terapêutica e incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS alterando o disposto para a CITEC em 2008, alterando o nome para Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS/CONITEC, mantendo a SCTIE como órgão responsável, porém ampliando consideravelmente as instâncias representadas na Comissão. Foram mantidas as atribuições originais, modificados os processos para submissão de pedidos (fluxo contínuo) e documentos a serem entregues pelo demandante e estabelecidos prazos para a análise dos processos (não superior a 180 dias). (FERRAZ et al., 2011)

A coordenação da CONITEC encaminha o processo às Secretarias do Ministério da Saúde, que devem fazer análise preliminar quanto ao mérito da solicitação, com base em metodologia definida. Caso favorável, a Secretaria responsável pela tecnologia em questão deve elaborar Parecer Técnico-Científico (PTC), com o apoio técnico do Departamento de Ciência e Tecnologia da Secretaria

de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (DECIT/SCTIE). O parecer é revisto pelo Grupo Técnico Assessor e posteriormente apreciado pelos membros da CONITEC.

As recomendações da CONITEC devem considerar o impacto da incorporação da tecnologia no sistema público de saúde e sua relevância tecnológica deve ser estabelecida pela observação das melhores evidências científicas, prevendo-se também consulta pública. Se favorável à inclusão, deve ser analisado o impacto financeiro da incorporação e elaborado Protocolo Clínico e as Diretrizes Terapêuticas. Os critérios referidos de priorização da CONITEC para incorporação tecnológica (em ordem hierárquica) são: 1. Necessidade social; 2. Evidência científica; 3. Prioridades da política de saúde; 4. Disponibilidade de recursos.

As recomendações da CONITEC devem ser referendadas pelo Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e posteriormente encaminhadas ao Ministro da Saúde. Após a deliberação do Ministro de Estado da Saúde, o processo deverá retornar à CONITEC e novamente à respectiva área técnica para incorporação ou retirada da tecnologia. Caso a decisão seja desfavorável à solicitação, a CONITEC deverá aceitar pedidos de reconsideração, no prazo de 30 dias.

Os processos de avaliação de novas tecnologias no Sistema de Saúde do Brasil

Os processos de avaliação de tecnologias em saúde no Brasil incluem formalmente todas as fases mencionadas como essenciais, desde a identificação das tecnologias candidatas e priorização até disseminação dos resultados e monitoramento dos impactos da incorporação dessas tecnologias.

Os processos têm sido considerados adequados pelas organizações de ATS internacionais quando há independência dos responsáveis pela realização das avaliações, transparência e racionalidade nos critérios usados para julgar as evidências, bem como nas conclusões das avaliações e recomendações propostas, identificação dos membros dos comitês que aprovam as propostas finais (“*appraisal*”), linha do tempo explícita para realização e finalização das avaliações, oportunidade para contribuição dos *stakeholders* e regras claras para apelo das decisões. (NEUMANN, 2009)

Gestores do sistema de saúde entrevistados nos Simpósios Internacionais de Economia da Saúde de 2006 e 2008, em São Paulo, referiram, no entanto, que os processos atuais, na prática, apresentam limitações, mostrando-se instáveis e incapazes de satisfazer as necessidades do sistema de saúde do Brasil. Os entrevistados mencionaram governo, academia e profissionais em saúde como as três principais instâncias a serem envolvidas nos processos, e eficiência/efetividade, segurança e **relevância da doença** como as principais dimensões a serem consideradas nos estudos de ATS desenvolvidos. Os gestores sugeriram o desenvolvimento de processos de gestão da ATS descentralizado e regionalizado com avaliações e decisões separadas para o sistema público e privado. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

Considerações finais

A avaliação de tecnologias em saúde (ATS) tem sido utilizada nas decisões de incorporação dos sistemas de saúde públicos e privados. Muitos países têm aumentado o investimento em atividades relacionadas à ATS, principalmente no seu desenvolvimento metodológico. O Brasil tem acompanhado essa tendência. A ATS pode desempenhar um papel mais importante no futuro. Porém, desafios precisam ser superados para que ela alcance seus objetivos.

Cooperação e comunicação entre os produtores, usuários e outros *stakeholders* mostram-se essenciais para garantir a abrangência das avaliações de um escopo ampliado de tecnologias, reduzir duplicações e atrasos e promover o alinhamento das avaliações com as prioridades em saúde.

Para maior aceitação e uso apropriado da ATS, é necessário garantir processos transparentes e desenvolver a capacitação dos tomadores de decisão para interpretar o conhecimento produzido pelas ATS. O investimento na capacitação de profissionais que produzem as avaliações de tecnologias em saúde pode aumentar a qualidade e a relevância dos relatórios produzidos.

Estabelecer um programa de ATS efetivo no Brasil é uma tarefa desafiadora. Essa iniciativa deverá estar baseada no comprometimento político dos gestores do sistema de saúde em promover a produção e a utilização dos resultados e recomendações da ATS nos processos de decisão e a inserção ativa dos pesquisadores em organizações de ATS nacionais e internacionais.

Referências

AGENCY FOR HEALTH CARE POLICY AND RESEARCH. **Translating evidence into practice 1997**: conference summary. 1997. Disponível em: <<http://www.ahcpr.gov/clinic/trip1997/>>. Acesso em: 09 fev 2011.

ALMEIDA, R.; PANERAI, R.; CARVALHO, M.; LOPES, J. Utilização de Tecnologias Neonatais. **Revista Brasileira de Engenharia Caderno de Engenharia Biomédica**. v. 4, n. 1, p. 107-19, 1987.

AUGUSTOVSKI, F.; MELENDEZ, G.; LEMGRUBER, A.; DRUMMOND, M. Implementing pharmaco-economic guidelines in Latin America: lessons learned. **Value Health**, v. 14, n. 5, p. 3-7, 2011.

BANTA, D.; ALMEIDA, RT. The development of health technology assessment in Brazil. **Int J Technol Assess Health Care**, v. 25, n. 1, p. 255-9, 2009.

BANTA, H.; LUCE, B. Introduction. **Health Care Technology and Its Assessment: An International Perspective**. New York, NY: Oxford University Press; 1993. p. 1-5.

BANTA, D.; JONSSON, E. History of HTA: Introduction. **Int J Technol Assess Health Care**, v. 25, n. 1, p. 1-6, 2009.

BATTISTA, R. Towards a paradigm for technology assessment. In: PECKHAM, M.; SMITH, R. (editors). **The scientific basis of health services**. London: BMJ Publishing Group; 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde, Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Health Technology Assessment: institutionalization of actions in the Brazilian Ministry of Health. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 743-747, Aug. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação de Tecnologias em Saúde**. Ferramentas para a Gestão do SUS. Série A. Normas e Manuais Técnicos 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_tecnologias_saude_ferramentas_gestao.pdf>. Acesso em: 03 nov 2015.

_____. Consolidation of health technology assessment in Brazil. **Rev. Saúde Pública**.v. 44, n. 2, p. 391-3, 2010a.

_____. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde**. Brasília, 2010b.

_____. **O que muda da antiga CITEC para a atual CONITEC no processo de incorporação de tecnologias no SUS**. 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/conitec_doc_070212.pdf>. Acesso em: 27 fev 2012.

DRUMMOND, M.; SCULPHER, M.; TORRANCE, G.; O'BRIEN, B.; STODDART, G. **Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes**. Third ed: Oxford Medical Publications; 2005.

DRUMMOND, M.F.; SCHWARTZ, J.S.; JÖNSSON, B.; LUCE, B.R.; NEUMANN, P.J.; SIEBERT, U. et al. Key principles for the improved conduct of health technology assessments for resource allocation decisions. **Int J Technol Assess Health Care**. v. 24, n. 3, p. 244-58, 2008.

FERRAZ, M.B.; SOÁREZ, P.C.; ZUCCHI, P. Health technology assessment in Brazil: what do healthcare system players think about it? **Med J.**, São Paulo, v. 129, n. 4, p. 198-205, 2011.

GOODMAN, C. It's time to rethink health care technology assessment. **Int J Technol Assess Health Care**, v. 8, n. 2, p. 335-58, 1992.

GOODMAN, C. **Healthcare Technology Assessment: Methods, Framework, and Role in Policy Making**. 1998 Disponível em: <<http://www.ajmc.com/media/pdf/AJMCSep1998GoodmanSP200-SP214.pdf>>. Acesso em: 09 fev 2011.

HIGGINS, J.; GREEN, S. **Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions**. Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration; 2011.

INTERNATIONAL NETWORK OF AGENCIES FOR HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT. HTA Tools & Resources. 2015. Disponível em: < <http://www.inahta.org/hta-tools-resources/>>Acesso em: 03 nov 2015.

JAIME CARO, J. Editorial: Pursuing efficiency: a dead end for HTA? **Value Health**, v. 12, n. 2, 2009.

LIAROPOULOS, L. Do we need 'care' in technology assessment in health care? **Int J Technol Assess Health Care**, v. 13, n. 1, p.125-7, 1997.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Developing NICE technology appraisals**. 2015. Disponível em: < <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-technology-appraisal-guidance>>. Acesso em: 03 nov 2015.

NEUMANN, P.J. Lessons for health technology assessment: it is not only about the evidence. **Value Health**, v. 12, n. 2, p. 45-8, 2009.

NOVAES. H. Consumo e Demanda de Tecnologia em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, São Paulo, v. 3, p. 42-4, 1991.

_____. Epidemiology and assessment of health care services: new research trends. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. 2, p. S7-S12, Jan. 1996.

_____. From production to evaluation of health systems technologies: challenges for the 21st century. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. spe, p. 133-140, Aug. 2006.

O'DONNELL, J.C.; PHAM, S.V.; PASHOS, C.L.; MILLER, D.W.; SMITH, M.D. Health technology assessment: lessons learned from around the world--an overview. **Value Health**. v. 12, n. 2, p. 1-5, 2009.

OXMAN, A.D.; GUYATT, G.H. The science of reviewing research. **Ann N Y Acad Sci.**, v. 703, p. 125-33, 1993.

PANERAI, R.; MOHR, J. **Health Technology Assessment methodologies for developing countries**. 1st ed. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 1989.

PERLETH, M.; JAKUBOWSKI, E.; BUSSE, R. What is 'best practice' in health care? State of the art and perspectives in improving the effectiveness and efficiency of the European health care systems. **Health Policy**, v. 56, n. 3, p. 235-50, 2001.

SILVA, L. **Technology assessment of different levels of neonatal care**. England: University of Birmingham; 1992.

TAYLOR, R.S.; DRUMMOND, M.F.; SALKELD, G.; SULLIVAN, S.D. Inclusion of cost effectiveness in licensing requirements of new drugs: the fourth hurdle. **BMJ**. v. 329, n. 7472, p. 972-5, 2004.

THE OECD HEALTH PROJECT. Health Technologies and Decision Making: OECD Publishing; 2005. Available from: < <http://www.oecd.org/sti/biotech/healthtechnologiesanddecisionmaking.htm> >. Acesso em: 03 nov 2015.

VELASCO-GARRIDO M.; BUSSE, R. **Health technology assessment: An introduction to objectives, role of evidence, and structure in Europe**. 2005.

VELASCO-GARRIDO, M; KRISTENSEN, F.; NIELSEN, C.; BUSSE, R. **Health technology assessment and health policy-making in Europe**. Current status, challenges and potential. Observatory Studies Series (Book 14). World Health Organization, 2008.

WILD, C.; GIBIS, B. Evaluations of health interventions in social insurance-based countries: Germany, the Netherlands, and Austria. **Health Policy**, v. 63, n. 2, p. 187-96, 2003.

CAPÍTULO 3

AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE: A EXPERIÊNCIA DO QUALIAIDS¹



Maria Ines Battistella Nemes, Elen Rose Lodeiro Castanheira, Ana Paula Loch, Maria Altenfelder Santos, Ana Maroso Alves, Regina Melchior, Maria Teresa Seabra Soares de Brito e Alves, Cáritas Relva Basso, Joselita Maria de Magalhães Caraciolo, Tatianna Meireles Dantas de Alencar, Wania Maria do Espírito Santo Carvalho, Ruth Terezinha Kehrig, Mariana Arantes Nasser, Felipe Campos Vale, Juliana Mercuri, Renata Bellenzani, Marta Campagnoni Andrade, Rachel Baccarini, Chizuru Minami Yokaichiya, Aline Aparecida Monroe, Angela Aparecida Donini

¹ Agradecimentos: Os projetos da linha de pesquisa QualiAids foram apoiados pela FAPESP, CNPq, Programa Estadual de DST e Aids de São Paulo, Centers for Disease Control and Prevention e Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. E aos gestores nacionais, estaduais e municipais do programa brasileiro de DST/Aids e, especialmente, às equipes dos serviços do SUS que participaram das avaliações QualiAids.

A implementação de serviços de assistência a pessoas vivendo com HIV (PVHIV) deu-se desde as primeiras respostas do Estado brasileiro à epidemia, no início de 1983, com a organização do Programa Estadual de DST/AIDS de São Paulo, antes, portanto, do estabelecimento do SUS. O Programa Nacional de Aids foi oficialmente estabelecido em 1993. Desde os anos 1980, no Brasil e nos países desenvolvidos, a resposta à epidemia de Aids passou por diferentes estratégias de prevenção e assistência, por meio da incorporação de tecnologias que repercutiram nas práticas de saúde em geral, tanto no âmbito das ações de promoção e prevenção como no âmbito da assistência. Entre as tecnologias incorporadas às práticas de saúde estão, por exemplo, o aconselhamento, a redução de danos, a abordagem da sexualidade e a mudança nas práticas de biossegurança. A implantação de avaliações dos serviços de assistência a PVHIV também antecedeu à sistematização de avaliações na rede de serviços ambulatoriais do SUS. Pensamos, assim, que o desenvolvimento de instrumentos e as experiências de avaliações em HIV interessam a todos aqueles que atuam no campo da avaliação de serviços.

Tratamos neste texto do desenvolvimento da linha de pesquisa avaliativa que vimos conduzindo desde 1998, e que denominamos de *Qualiaids*. Esta denominação foi adotada pelo nosso grupo em 2000, quando já realizadas as nossas primeiras pesquisas sobre a assistência prestada nos serviços do SUS a pessoas vivendo com HIV. Nesta época, estávamos interessados em conseguir a adesão dos serviços de HIV/Aids à avaliação da qualidade da organização da assistência que conduzíamos. O termo “Qualiaids” fez parte de uma espécie de “estratégia de *marketing*” que criamos, incluindo *folders*, palestras, entrevistas, e o logo que até hoje ilustra nossos materiais. Como gostamos muito desse logo, por tudo que representa para nossa equipe, o apresentamos no início do texto e terminaremos falando sobre ele.

Definição da demanda, objetivos e métodos da avaliação Qualiaids

A linha de pesquisa iniciou-se em 1998, quando fomos convidados pelos dirigentes do Programa Estadual de DST e Aids de São Paulo para coordenar uma avaliação sobre a assistência ambulatorial. Um fórum com a equipe técnica do programa estadual e os responsáveis pelos 27 serviços que aderiram ao projeto decidiu que o objeto principal da avaliação seria a adesão dos pacientes ao tratamento antirretroviral.

Para desenhar os objetivos e métodos da avaliação, o primeiro atributo que procuramos levar em conta foi o de esclarecer e entender melhor que tipo de necessidade estava gerando a solicitação. Nessa época, já confirmáramos na prática que as avaliações em saúde com maior potencial de repercussão são as que, a par de outros requisitos, respondem a alguma *demand*a bem constituída por parte de uma instituição. (NEMES, 2001) Foi possível perceber nas discussões com os gerentes dos serviços, o desejo de que a avaliação representasse também uma possibilidade de reflexão para profissionais e gerentes do Programa sobre os serviços de assistência. Ainda que esta demanda fosse genérica, baseada em noções pouco definidas de “efetividade”, mostrava a disposição dos profissionais de que a avaliação, para além de medir a adesão, pudesse também avaliar os serviços. Assim, a ampliação do foco da avaliação, com a consequente agregação de metodologias, também se impunha.²

² Esta avaliação dos serviços do Estado de São Paulo gerou o primeiro estudo nacional abrangente que estimou a adesão ao tratamento antirretroviral. (NEMES, 2001) Nesta e em produções posteriores (NEMES; CARVALHO; SOUZA, 2004; NEMES, 2009), permanecemos avaliando a taxa de adesão e sua relação com a qualidade organizacional dos serviços.

Tais demandas se coadunavam com uma proposta de avaliação que nos parecia muito interessante, e que combinaria com concepções, noções e hipóteses que já portávamos. A mais importante dessas concepções dizia respeito à possibilidade – e utilidade – de entender a assistência de um serviço de saúde enquanto *trabalho* e, deste ponto de vista, avaliá-la. Com base na teoria do trabalho em saúde (MENDES GONÇALVES, 1994) já desenvolvêramos pesquisas voltadas para a avaliação de práticas assistenciais no interior de programas de saúde. (NEMES, 1990, 1996; SCHRAIBER; NEMES, 1996; SALA; NEMES; COHEN, 1998, 2000; SCHRAIBER et al., 1999)

Precisávamos agora “adaptá-las” para a construção de um quadro avaliativo com normas, critérios e indicadores de avaliação aplicáveis especificamente para a assistência em HIV/Aids. Para isso, foi necessário em primeiro lugar analisar as proposições ético-normativas da intervenção a ser avaliada, que, no campo da avaliação, entendemos como a *teoria do programa*. (CHEN, 1990)

A análise do plano propositivo do programa brasileiro de Aids, particularmente o da assistência aos doentes, nos convenceu que esta pode ser vista como uma *ação programática* (MENDES-GONÇALVES et al., 1990; NEMES, 1993; 2000) que visa, portanto, objetivar as proposições ético-normativas do programa em tecnologias. Esta assunção orientou o passo teórico inicial da *definição de qualidade* que viria a ser adotado na linha de pesquisa: a de que a qualidade do serviço está fundada na capacidade da organização tecnológica do trabalho de assistência de atender simultaneamente aos princípios e diretrizes clínicas, epidemiológicas e éticas da assistência em HIV/Aids.

Esta definição inicial deveria ser aprofundada e detalhada para que se pudesse delinear uma abordagem metodológica coerente para o construto da qualidade

permitindo, então, avaliar a assistência de modo válido, confiável e *útil*. Salientamos a utilidade para lembrar que a principal finalidade da avaliação é a de contribuir para o aprimoramento das práticas em saúde. Para que uma avaliação seja útil, os atributos científicos gerais de validade são necessários, mas não suficientes. É preciso também ter, como dizia Mestre Donabedian, “timeliness and opportunity”. Assim, a par das exigências metodológicas diretamente relacionadas à construção e ao desenvolvimento das hipóteses de pesquisa, outras se colocavam: aquelas relacionadas ao caráter essencialmente pragmático das avaliações em saúde. Entre essas, sobretudo, a da *responsividade* da avaliação, isto é, da capacidade da avaliação de responder “bem” às demandas que a geraram, o que quer dizer, de modo adequado em conteúdo e em tempo. Por isso, o contexto de produção e as suas repercussões são particularmente relevantes para as avaliações em saúde. (NEMES, 2001)

Adicionalmente, avaliar a assistência em HIV implicaria estabelecer indicadores aplicáveis a todos os serviços, independentemente da localização geográfica, configuração institucional (serviços agregados a unidades básicas de saúde, ambulatórios de hospitais, ambulatórios de especialidades, serviços especializados em HIV/Aids e outros) e porte (número de pacientes variando de um até mais de 500). Essa condição exige que a abordagem avaliativa abstraia a maioria das características específicas locais, operando o julgamento mediante indicadores válidos para todos os contextos. No entanto, esse tipo de avaliação é imprescindível para programas como o da Aids, que necessitam manter um perfil tecnológico mínimo comum em uma operação descentralizada em nível nacional.

Conhecer detalhadamente o objeto é o primeiro passo de uma avaliação. (NEMES, 2001) Os valores técnicos

e éticos, isto é, o plano propositivo de uma intervenção ou programa, buscam conformar o trabalho concreto mediante a assunção de finalidades e da utilização de instrumentos de trabalho. Na operação do trabalho, esses valores são reconstruídos nas práticas assistenciais concretas. Quanto mais coerente for a ação assistencial operada nos serviços com o plano propositivo do programa, melhor será sua qualidade. Em outros termos, o trabalho de boa qualidade é o que objetiva em tecnologias assistenciais os valores do plano propositivo do programa. (NEMES, 1996)

Assim, para nos aproximarmos das práticas assistenciais concretas, buscamos reconhecer as especificidades da assistência no programa de Aids, a partir da articulação de dois planos: o do reconhecimento de suas proposições ético-normativas (plano propositivo) e o do modelo tecnológico concretamente operado nos serviços (plano operativo).

Na sua implantação, o programa brasileiro de Aids expressava necessidades, práticas e valores sociais que emergiram no contexto brasileiro nas últimas décadas, tais como a importância crescente da autonomia dos indivíduos, das frentes de luta em defesa da cidadania, da organização social de diferentes grupos de defesa de minorias. A assistência aos que vivem com HIV se instituiu nesse contexto como um direito. (GRANGEIRO; LAURINDO-SILVA; TEIXEIRA, 2009; GRUSKIN; TARANTOLA, 2012; TEIXEIRA, 1997)

É possível afirmar que o principal sentido *programático* da assistência em HIV/Aids no Brasil, desde sua emergência até recentemente, foi o de representar a defesa de princípios éticos – o direito à cidadania e o acesso universal à assistência. Essa marca esteve presente desde o início da epidemia, apesar da baixa especificidade e eficácia limitada das medidas terapêuticas dos primeiros anos, e mantém-se até hoje no plano propositivo do programa.

A assistência em HIV diferenciou-se tecnologicamente tanto dos programas que entendiam a assistência como instrumento de controle epidemiológico, tal como nos programas sanitários mais clássicos dos anos 1960-70 (NEMES, 1993; MERHY, 1985) quanto da assistência ambulatorial não programática, tal como desenvolvida tradicionalmente em ambulatórios de especialidades clínicas ou mesmo em serviços de atenção primária.

O desafio de traduzir tecnologicamente os compromissos éticos e políticos assumidos pelo programa colocou, para as práticas assistenciais, tensões que, embora não sejam exatamente próprias da assistência à Aids, são ampliadas por suas especificidades. Especialmente aquelas relacionadas às características da Aids como objeto das práticas de saúde e às características do exercício dessas práticas. As formas de transmissão da Aids e sua dinâmica epidemiológica colocam em foco aspectos muito íntimos do cotidiano da vida privada, particularmente aqueles relativos ao exercício da sexualidade, articulando-os a outras questões e comportamentos que envolvem valores morais diversos, como o uso de drogas ou a morte, conformando um mosaico de dimensões da vida fortemente estigmatizadas e representadas pelo próprio estigma da doença. As ações de assistência, ao se defrontarem com a evidente complexidade desse objeto, são chamadas a expor um conjunto de limites e contradições geralmente não evidenciados, ainda que presentes no conjunto das práticas institucionalizadas de assistência à saúde. (NEMES et al., 2004, p. 313)

Essas tensões se ampliaram com as características assumidas pela epidemia no final dos anos 1990: a expansão numérica e espacial dos casos novos, (SZWARCOWALD et al., 2000) a cronificação dos casos decorrente da maior sobrevida (MARINS et al., 2003) e a concentração em grupos populacionais como o de homens que fazem sexo com homens. (GRANGEIRO et al., 2010)

O principal componente da assistência, o acesso livre e universal ao tratamento específico, tem sido regido desde o início por normas clínicas que se renovam sistematicamente e por normas administrativas para distribuição e dispensação de medicamentos. O programa introduziu na assistência, já nos anos 1990, novos dispositivos tecnológicos tais como o aconselhamento para a testagem de HIV, o acolhimento de pacientes e o apoio à adesão ao tratamento. Estabeleceu incentivos financeiros para municípios prioritários visando à formação de equipes multiprofissionais e à oferta extensiva de treinamento. O discurso incorporou a noção de vulnerabilidade, (AYRES et al., 2003) bem como os símbolos de linguagem “desestigmatizadores” e a ênfase nas normas relativas ao respeito, sigilo e à confidencialidade. (PAIVA; ZUCCHI, 2012)

Para a organização da assistência o programa nacional definiu como diretrizes a instalação de serviços ambulatoriais especializados em unidades do SUS preexistentes, com equipes multiprofissionais compostas por médico (clínico-geral ou infectologista), enfermeiro, psicólogo ou assistente social e farmacêutico, retaguarda laboratorial e relacionamento com as Unidades Básicas de Saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998; 2001) Respeitando estas diretrizes e a realidade dos serviços instalados à época, optamos por não considerar como atributos de qualidade as características de porte: número de pacientes acompanhados, presença no próprio serviço de outras modalidades assistenciais (tais como hospital-

dia ou atenção domiciliar) ou de outras especialidades médicas e de outros profissionais além dos preconizados pelo programa.³ Consideramos assim que certo nível de qualidade deve ser prerrogativa de todos os serviços, em que pesem suas diferenças regionais e institucionais.

Essa opção foi coerente com o pressuposto do direito à universalidade do acesso às técnicas de diagnóstico e terapêutica, um importante diferenciador da resposta brasileira à Aids e que representou enorme conquista. A realização desse princípio também valorizou ainda mais a necessidade da objetivação de outros princípios, especialmente a integralidade, da qual a qualidade é parte essencial. (AYRES; PAIVA; FRANÇA JR., 2012)

Embora fundamentais, os atributos descritos no plano propositivo do programa eram insuficientes para guiar a avaliação das ações efetivamente operadas em serviços tão distintos, instalados em diferentes épocas e que, ao tempo do desenvolvimento do Qualiaids, já chegavam a cerca de 500 em todo o país. Nessa perspectiva, tornava-se necessário definir qual seria o “padrão esperado”, ou seja, qual a melhor qualidade possível de ser alcançada pelos serviços em seu cotidiano de trabalho. Dissemos que a prática dos serviços é operada com base em diferentes graus de aproximação entre o projeto propositivo e sua concretização operativa. Realização operativa esta, determinada, em última instância, não apenas pelos compromissos éticos e proposições tecnológicas, mas também pelos determinantes históricos e sociais a que está submetido o conjunto das práticas de saúde. Qual seria, então, a qualidade que poderíamos esperar?

³ Ressalte-se, porém, que esta opção não exclui a possibilidade destas características de influenciar a qualidade, deslocando-as, assim, da posição de atributos para a de potenciais fatores explicativos. (NEMES et al., 2009)

As análises qualitativas para definir o perfil tecnológico geral dos serviços e construir critérios e indicadores de qualidade

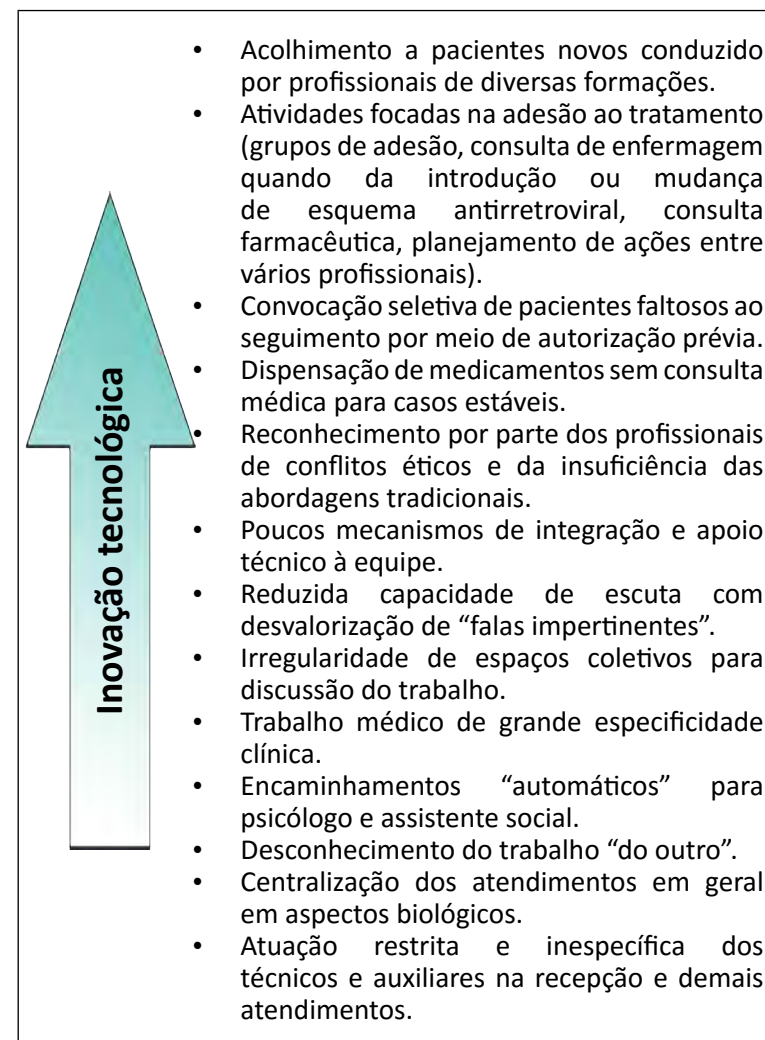
Para reconhecer quais as características definiriam o “melhor possível” dentro do modelo assistencial prevalente nos serviços, utilizamos o estudo qualitativo em profundidade que conduzimos em cinco serviços, em 1998 (CASTANHEIRA; CAPOZZOLO; NEMES, 2000), escolhidos pela equipe gestora do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo, como serviços sem problemas graves em relação a recursos humanos e físicos e com acesso regular aos recursos básicos para o tratamento da Aids.

O estudo permitiu caracterizar a assistência como um modelo de transição tensionado entre dois modos de organização polares. De um lado, um modelo frequentemente observado à época em ambulatórios de especialidade e serviços de atenção primária do SUS: fluxograma assistencial burocratizado, oferta quase exclusiva de consultas médicas, apoio desintegrado e inespecífico de outros profissionais e, de modo geral, atendimentos impessoais centrados em aspectos biológicos. (DALMASO, 1994; MENDES-GONÇALVES, 1994)

De outro lado, um modelo mais próximo das inovações propostas no plano ético-normativo do programa: atenção multiprofissional, apoio à adesão ao tratamento, cuidado especial com o sigilo e a confidencialidade.

Esse modelo “tensionado” foi tomado como o perfil tecnológico da assistência em HIV como mais abstrato de operação de todos os serviços (Quadro 1).

Quadro 1: Exemplos de características do perfil tecnológico da assistência ambulatorial a PVHIV no SUS, 1998






A partir dessa análise, estabelecemos que a avaliação incidiria predominantemente nos momentos do processo de trabalho que melhor evidenciassem os polos deste perfil. (NEMES et al., 2004)

Construímos assim, normas e critérios que, em 2000, roteirizaram uma avaliação qualitativa de 27 serviços do Estado de São Paulo, por meio de visitas a todos os serviços com observação do fluxo assistencial e entrevistas semiestruturadas com o profissional responsável pela assistência ambulatorial. A análise das informações coletadas permitiu a construção de indicadores qualitativos, cujo padrão foi classificado em três níveis: 1 - maioria das características se aproxima do plano propositivo do programa; 2 - maioria das características se aproxima do perfil tecnológico geral e 3 - maioria das características se distancia do plano propositivo do programa. (CASTANHEIRA, 2002)

Quadro 2: Indicadores da qualidade da organização da assistência de serviços de atenção a PVHIV, segundo padrões definidos para cada um dos níveis de qualidade em escala decrescente, entre 1 e 3, 2001

(continuação)




INDICADORES DE ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	Nível 1 	Nível 2 	Nível 3 
1. Recepção: domínio do fluxo: encaminhamento de demandas	Domínio do fluxo e das ofertas assistenciais e sensibilidade na interpretação das demandas expressas pelos pacientes.	Domínio do fluxo e das ofertas assistenciais.	Atitude limitada à administração burocrática do fluxo.

(continuação)

2. Atendimento dos casos novos: acolhimento e consulta médica	Acolhimento por profissional de nível universitário, designado para essa função, abordagem das questões relativas ao diagnóstico e apresentação das alternativas de assistência oferecidas pelo serviço.	Atendimento por profissional de nível universitário, com discussão dirigida ao encaminhamento das demandas emergentes e agendamento dos próximos atendimentos.	Agendamento direto do primeiro atendimento médico, sem função de acolhimento.
3. Acesso à atenção multiprofissional a partir do 1º atendimento	Oferta ativa de todas as possibilidades de assistência, com fluxo integrado, não dependente da consulta médica.	Agendamento de rotina para alguns profissionais selecionados, particularmente dentista e ginecologista.	Acesso definido com base na demanda espontânea ou limitado pela falta de profissionais.
4. Acesso à assistência ginecológica	Oferta ativa de assistência ginecológica, mesmo na ausência de demanda.	Oferta de atendimento ginecológico conforme demanda.	Indisponibilidade de ginecologista.

Quadro 2: Indicadores da qualidade da organização da assistência de serviços de atenção a PVHIV, segundo padrões definidos para cada um dos níveis de qualidade em escala decrescente, entre 1 e 3, 2001

(continuação)




INDICADORES DE ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	Nível 1 	Nível 2 	Nível 3 
5. Acesso a alternativas assistenciais	Oferta ativa de alternativas assistenciais, tais como: atendimento multiprofissional conjunto, grupos com diferentes temas e tipos de abordagem, discussões em sala de espera, entre outros.	Oferta limitada de alternativas, com cobertura restrita.	Ausência de oferta.
6. Dispensação de medicamentos	Orientação individualizada, com discussão detalhada do uso dos medicamentos.	Entrega de medicamentos com esclarecimentos sobre a receita.	Entrega de medicamentos, sem nenhuma abordagem.
7. Apoio à adesão	Retorno entre 7 e 15 dias após a introdução de TARV e oferta de atividades de apoio, como grupos de adesão.	Retorno entre 7 e 15 dias após introdução de TARV.	Retorno de rotina ou oferta isolada de grupo de baixa abrangência.

(continuação)

8. Triagem de casos “extras” (não agendados)	Triagem com acolhimento e orientação resolutiva, com atendimento médico da demanda clínica sempre que necessário.	Triagem com atendimento médico dependente de vaga ou encaminhamento para serviço de urgência.	Agendamento e/ou encaminhamento para outro serviço
9. Abordagem dos parceiros	Orienta a vinda dos parceiros à unidade e oferece apoio à abordagem, retomando a questão no seguimento.	Recomenda o comparecimento dos parceiros.	Aborda a partir da demanda ou de modo inadequado (com ameaças e pressões para convocação).
10. Abordagem dos “pacientes difíceis”*	São contínuos e buscam alternativas de apoio e encaminhamento.	Reconhecem o problema e são contínuos.	Não reconhecem o problema, acham que não há o que fazer ou excluem esses pacientes.
11. Abordagem sobre sexo seguro, concepção e contracepção	Orientação ativa sobre sexo seguro, concepção e contracepção.	Orientação sobre sexo seguro de rotina, e sobre concepção e contracepção conforme demanda.	Dispensação de preservativos com orientação de uso.

Quadro 2: Indicadores da qualidade da organização da assistência de serviços de atenção a PVHIV, segundo padrões definidos para cada um dos níveis de qualidade em escala decrescente, entre 1 e 3, 2001

(conclusão)




INDICADORES DE ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	Nível 1 	Nível 2 	Nível 3 
12. Acesso à assistência obstétrica e a alternativas assistenciais para gestantes	Oferta de pré-natal com alternativas assistenciais diferenciadas (como grupo, atendimento conjunto de dois profissionais).	Oferta de pré-natal no ambulatório.	Não oferecem atividades de pré-natal, apenas acompanhamento com infectologista.
13. Controle e convocação de faltosos	Realizam controle de faltosos, fazem convocação conforme autorização prévia e têm critério de abandono.	Fazem apenas controle de faltas sem convocação.	Não têm nenhum controle ou têm apenas critério de abandono.
14. Avaliação dos médicos segundo a gerência / equipe	Bem avaliados: boa capacidade técnica, bom relacionamento com usuários, atuam de forma integrada à equipe.	Bons técnicos, com relacionamento heterogêneo com os usuários.	Mal avaliados, falta de compromisso com a equipe, queixas dos usuários.

Fonte: Castanheira, 2002.

*Pacientes que, por não se enquadrarem facilmente às normas de funcionamento do serviço, são assim reconhecidos pela equipe.




Quadro 3: Indicadores da qualidade da organização da gerência local de serviços de atenção a PVHIV, segundo padrões definidos para cada um dos níveis de qualidade em escala crescente, entre 1 e 3, 2001

(continuação)

INDICADORES DE GERÊNCIA LOCAL	Nível 1 	Nível 2 	Nível 3 
1. Perfil do gerente	Dedicação à gerência (e assistência na mesma unidade), formação gerencial e experiência de trabalho com Aids.	Dedicação à gerência e experiência de trabalho com Aids.	Pouco tempo disponível para a função, devido a múltiplas atividades e/ou pouca disponibilidade de tempo.
2. Mecanismos institucionais de articulação da equipe	Reunião periódica com a equipe completa, de caráter técnico-administrativo.	Reunião periódica da equipe sem a participação dos médicos.	Não fazem reuniões ou fazem sem periodicidade.
3. Planejamento e avaliação local	Planejamento local e avaliações periódicas.	Planejamento local.	Não fazem nem planejamento nem avaliações.
4. Capacitação e atualização técnica da equipe	Participação em treinamentos e capacitações de toda a equipe, incluindo os profissionais com funções auxiliares no último ano.	Participação em treinamentos e capacitações apenas do pessoal de nível universitário.	A equipe praticamente não realizou nenhum treinamento no último ano.

Quadro 3: Indicadores da qualidade da organização da gerência local de serviços de atenção a PVHIV, segundo padrões definidos para cada um dos níveis de qualidade em escala crescente, entre 1 e 3, 2001

(conclusão)

INDICADORES DE GERÊNCIA LOCAL	Nível 1 	Nível 2 	Nível 3 
5. Atuação do serviço junto à rede básica/maternidade (treinamentos, integração, etc.)	Atuação junto à rede local e às maternidades, visando diagnóstico e atendimento tecnicamente adequados.	Disponibilizam AZT para as pacientes e têm informação sobre a assistência nas maternidades.	Nenhuma.
6. Encaminhamento das queixas dos usuários	Canais diferenciados para o encaminhamento de queixas como ouvidoria e fóruns de representação, como conselhos gestores ou ONGs.	Espaços formais de encaminhamento, como caixas de sugestão ou gerência.	Não tem espaço formal ou nunca recebe nenhum tipo de reclamação.
7. Articulação com organizações não governamentais	Articulação com ONG que desenvolve ações dirigidas aos pacientes.	Articulação com ONG.	Não tem articulação.

Fonte: Castanheira, 2002.

Foi possível agrupar os 27 serviços nos três níveis (nível 1: 08 serviços; nível 2: 11 serviços e nível 3: 08 serviços). Simultaneamente a essa avaliação qualitativa, iniciamos a construção do questionário estruturado que veio a se chamar *Qualiaids*.

Construção do quadro avaliativo estruturado: desenvolvimento e validação do Questionário Qualiaids

Dada a extensão e heterogeneidade dos serviços a serem avaliados, optamos pela construção de um questionário estruturado a ser respondido pelo responsável técnico em conjunto com os demais profissionais do serviço. O questionário Qualiaids foi elaborado mediante etapas progressivas de consenso entre a equipe da pesquisa, que reuniu técnicos de várias formações profissionais, alguns com experiência predominantemente acadêmica, outros com experiência prática nos serviços de atenção em HIV. Esta composição procurou ser coerente com o desenho da avaliação: articular os atributos metodológicos de validade interna ao maior potencial de responsividade possível, neste caso representado, principalmente, pela adequação à realidade dos serviços de HIV do SUS. Buscamos assim, a construção de um questionário válido para todos os tipos de serviços e sensível o suficiente para discriminar a qualidade da organização entre eles, possível de ser respondido e que permitisse um modelo de análise útil para os gestores do programa. (NEMES et al., 2004)

Na primeira versão do questionário (“questionário-zero”), elaboramos questões sobre todos os momentos do caminho do paciente no serviço, desde a recepção do paciente até a dispensação de medicamento, sobre os profissionais, medicamentos e insumos e sobre as atividades mais típicas da gerência, tais como a organização dos registros e a supervisão e avaliação do trabalho. Esta primeira construção foi baseada em:

- ✓ Descrição do trabalho nos cinco serviços submetidos à prévia avaliação qualitativa em profundidade;
- ✓ Grupos focais sobre as opiniões acerca da qualidade da organização da assistência (um com pacientes e um com médicos);

- ✓ Experiência dos pesquisadores da equipe que atuavam como profissionais da assistência em HIV/Aids;
- ✓ Diretrizes e recomendações relacionadas à assistência em Aids do programa nacional de Aids e de órgãos internacionais do campo, tais como a UNAIDS e PAHO;
- ✓ Literatura indexada internacional e nacional.⁴

Desde o início, nossa preocupação esteve voltada para a utilidade do questionário para a equipe do serviço. Mais do que “apenas” julgar a organização local, ambicionávamos que a equipe “se reconhecesse” na organização. Assim, optamos por um formato diferente do usual em avaliações de redes extensivas de serviços. Usualmente, os indicadores de qualidade são julgados por um padrão dicotômico, isto é, o serviço tem ou não tem um dado padrão esperado (*standard*). Assim, por exemplo, o indicador da OMS sobre aconselhamento pré-teste de HIV estabelece que o aconselhamento deva ser conduzido por profissional capacitado e em ambiente que assegure privacidade. (WHO, 2004)

Construímos cada indicador na forma de uma questão de múltipla escolha na qual cada alternativa descrevesse um processo possível de ocorrer no serviço, expressando o grau de efetivação da norma para aquele componente do trabalho. Assim, para o exemplo anterior, a formulação da primeira versão do Qualiaids teve o seguinte formato:

⁴ A literatura específica sobre assistência em HIV/Aids se limitava basicamente à avaliação da eficácia de medicamentos. Estudos avaliativos sobre outros agravos nos ajudaram do ponto de vista metodológico.

Quando o teste diagnóstico do HIV é oferecido nesse serviço, a orientação e o aconselhamento pré-teste são realizados:

- (1) Em grupo por profissional de nível médio (auxiliar/técnico).
- (2) Em grupo por profissional de nível universitário.
- (3) Individualmente por profissional de nível médio (auxiliar/técnico).
- (4) Individualmente por profissional de nível universitário.
- (5) O aconselhamento não é realizado.
- (6) O teste não é oferecido nesse serviço.

Essa construção nos pareceu também mais compatível com as características da assistência em HIV à época que uniam a heterogeneidade institucional e de porte dos serviços, um reduzido número de diretrizes de processo e a ainda pequena prática de atenção em HIV/Aids. Essas características reforçaram a opção de construir apenas questões com resposta objetiva. Nenhuma questão do Qualiaids é opinativa ou solicita alguma autoavaliação.

O “questionário-zero” foi analisado por dois grupos de discussão com *experts* que debateram a completude e a aplicabilidade das questões. Os grupos, o primeiro composto por gerentes de serviços ambulatoriais e gestores municipais de Aids, e o segundo, composto por coordenadores dos programas estaduais e equipe técnica do programa nacional, contribuíram principalmente para a alteração da redação de várias questões e para nos assegurar da validade de face do questionário.

Construímos então o segundo formato do questionário, o “questionário-teste”, com 157 questões, assim distribuídas: Características descritivas (institucionais e de porte) do serviço (15 questões); Características indicadoras de qualidade (142 questões).

O questionário-teste foi enviado a uma amostra aleatória de 30 serviços de todo o Brasil e nele solicitávamos também que a equipe local respondesse para cada uma das questões, se a questão era inteligível, se as alternativas contemplavam o perfil assistencial do serviço e, por último, o quanto a questão era importante para definir a qualidade em uma escala de 0 a 5. Visávamos com isto testar a validade interna do questionário e sua aplicabilidade.

Vinte serviços responderam. A análise das frequências de respostas ao questionário, da consistência intra e interitem e das opiniões dos serviços nos permitiu eliminar 43 questões indicadoras de qualidade. Com isso, constituímos o questionário final com 99 questões indicadoras de qualidade. Com base na classificação dos serviços obtida na avaliação qualitativa descrita na seção anterior, e coerentemente com nossa opção de trabalhar com variáveis não dicotômicas, atribuímos a cada indicadores valores de 0 (padrão insuficiente), 1 (padrão aceitável) e 2 (padrão esperado), como exemplificado no Quadro 4.

Quadro 4. Exemplo de atribuição de valor para o critério de acesso e orientação da medicação antirretroviral nas três dimensões avaliadas (recursos, assistência e gerência), Questionário Qualiaids, 2001

(continuação)

Valor atribuído	Dimensão	Critério do indicador	Exemplo
0	R	Não há recurso disponível ou o recurso não tem prontidão adequada.	Dispensação de ARV# acima de 15 dias após a prescrição.
	A	A atividade é executada de modo “tradicional”, centralizada.	O uso de ARV é orientado/abordado apenas na consulta médica.
	G	A gerência local não viabiliza instrumentos controladores da dispensação de ARV por paciente.	Não há controle da dispensação de ARV por paciente, apenas controle do estoque de medicamentos.

Quadro 4. Exemplo de atribuição de valor para o critério de acesso e orientação da medicação antirretroviral nas três dimensões avaliadas (recursos, assistência e gerência), Questionário Qualiaids, 2001

(continuação)

Valor atribuído	Dimensão	Critério do indicador	Exemplo
1	R	Recurso disponível cobre necessidade mínima.	Dispensação de ARV no máximo até 15 dias após a prescrição.
	A	A atividade é executada em vários momentos do atendimento.	O uso de ARV é orientado/abordado nos atendimentos médicos, dos técnicos de enfermagem e na farmácia.
	G	A gestão viabiliza instrumentos controladores da dispensação de ARV por paciente.	O controle da dispensação de ARV é realizado por meio de livro de registro e/ou planilha manuscrita com o nome do paciente e data de recebimento.

(conclusão)

2	R	Recurso com a prontidão adequada.	Dispensação de ARV no mesmo dia após a primeira prescrição.
	A	A atividade está organizada de modo a permitir uma atenção integral.	O uso de ARV é abordado na consulta médica, nos atendimentos dos técnicos de enfermagem e de farmácia, em consultas individuais e/ou em grupo de profissionais de nível superior, como enfermeiros e farmacêuticos.
	G	A gestão otimiza instrumentos para o monitoramento da dispensação de ARV por paciente na equipe.	O controle da dispensação de ARV é realizado por meio de Ficha eletrônica de cadastro individual, com informações sobre esquema terapêutico e data da retirada e/ou pelo SICLOM *

Fonte: Qualiaids 2001/2002.

ARV: medicamentos antirretrovirais.

* O SICLOM (Sistema de Informação e Controle de Logística de Medicamento) estava nesse período em processo de implantação.

Para analisar a validade do questionário estruturado em relação à avaliação qualitativa, convidamos os 27 serviços que tinham participado da avaliação qualitativa a responder o questionário estruturado, todos os serviços responderam. As variáveis resultantes das respostas às questões indicadoras de qualidade constituíram o conjunto de dados que foi submetido à análise descritiva e à técnica de agrupamento pelo método das k-médias, objetivando a formação de grupos heterogêneos entre si e homogêneos internamente. A técnica utiliza a soma das distâncias do valor de cada variável em relação à média alcançada naquela variável pelo conjunto dos serviços respondentes. Os agrupamentos resultantes foram comparados com os da avaliação qualitativa. A Tabela 1 mostra as compatibilidades entre ambas.

Tabela 1: Número de serviços segundo compatibilidade na classificação de qualidade obtida nas metodologias qualitativa (quali) e quantitativa (quanti), 2000

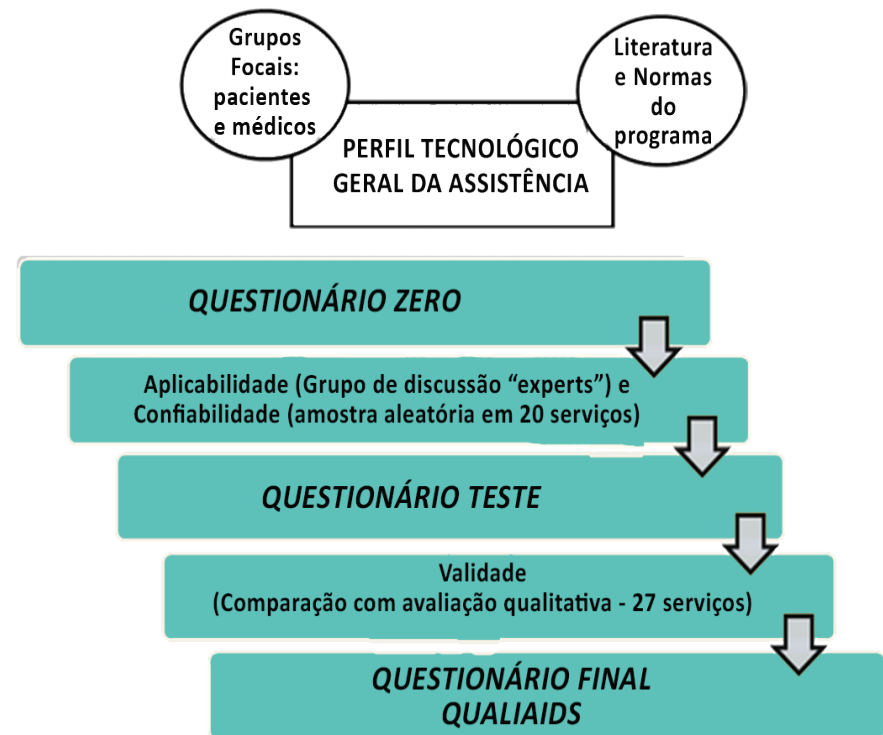
Agrupamentos	Nº de Serviços
Quali 1 Quanti 1	5
Quali 2 Quanti 2	7
Quali 3 Quanti 3	4
Quali 1 Quanti 2	3
Quali 2 Quanti 1	4
Quali 3 Quanti 2	4
Total	27

Não se esperava, evidentemente, compatibilidade total. As metodologias são bem diversas. Houve, entretanto, coincidência em 16 dos 27 serviços e as 11 discrepâncias aconteceram apenas entre níveis próximos.

Todo o processo de construção e validação do Qualiaids durou cerca de três anos e compreendeu: as

primeiras abordagens qualitativas (1998), a avaliação qualitativa (1999-2000) e a construção do questionário estruturado final, o Qualiaids (2000-2001). A Figura 1 adiante sintetiza o processo.

Figura 1. Etapas da construção do Questionário Qualiaids



O questionário final Qualiaids aborda características de estrutura e processo da assistência ambulatorial agrupadas em *dimensões* avaliativas compostas por *domínios*. Os domínios reúnem *indicadores* de atividades e/ou recursos dos serviços que guardam consistência interna aceitável, o que permite analisá-los separadamente. A composição geral é a seguinte:

- Organização do processo de assistência (14 domínios);
- Gerenciamento técnico do trabalho (4 domínios);
- Disponibilidade de recursos (4 domínios).

Alcances e limites da avaliação: as respostas dos serviços às três aplicações e as repercussões do Qualiaids

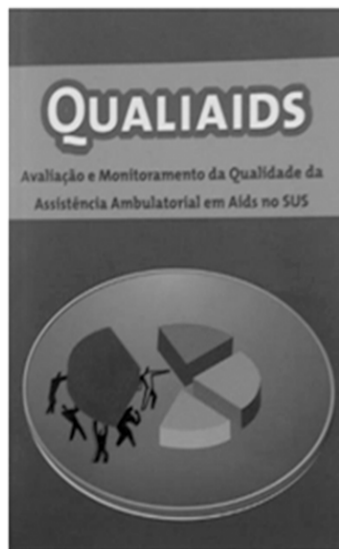
A primeira aplicação do Qualiaids aconteceu entre 2001 e 2002. Em acordo com a coordenação nacional do programa de Aids, elegemos sete estados para a avaliação: São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, Ceará, Pará e Maranhão. Em um sistema tão descentralizado como o SUS, e em um território tão extenso como o brasileiro, a primeira grande dificuldade operacional foi conhecer o universo dos serviços. À época não havia o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) e a comunicação eletrônica era muito restrita. A partir do cadastro central das unidades dispensadoras de medicamentos antirretrovirais (UDM) e dos endereços das secretarias estaduais de saúde, os operadores do “Disque AIDS” conseguiram os endereços completos de todos os serviços do SUS que acompanhavam em nível ambulatorial pessoas com HIV e prescreviam antirretrovirais, de acordo com o critério de inclusão que adotamos. Enviamos pelo correio (Sedex), aos 336 serviços cadastrados, o Questionário Qualiaids com os documentos usuais (carta de autorização do Ministério da Saúde e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) e envelope pré-pago para devolução. Este processo durou cerca de dois meses e necessitou de inúmeros telefonemas de “estímulo”.

As respostas dos serviços foram digitadas duplamente e depois analisadas. Enviamos carta ou fax para todos os respondentes informando a classificação do serviço entre os quatro grupos de qualidade resultantes da análise. Enviamos para a coordenação nacional e para as coordenações estaduais do programa os bancos de dados (banco das respostas e banco da pontuação dos indicadores), bem como o relatório geral. Expusemos e discutimos os resultados em muitas reuniões e fóruns para os quais fomos convidados, tais como as oficinas com todos os responsáveis por serviços dos estados de São Paulo e Rio de Janeiro e o Fórum Nacional das Pessoas Vivendo com HIV entre outros. O desenvolvimento, validação e resultados obtidos pelo primeiro Qualiaids foram objeto de teses (CASTANHEIRA, 2002; MELCHIOR, 2003; ALVES, 2003) e de artigos. (NEMES et al., 2004; MELCHIOR et al., 2006; NEMES et al., 2009)

Em 2004 revimos o Qualiaids para adaptá-lo para resposta dos serviços através de um sistema *web*, com acesso restrito por *login* e senha. Quando o serviço envia o questionário respondido na íntegra, o sistema emite dois relatórios: da média geral obtida e sua distância do padrão esperado, e as listas das questões respondidas segundo o valor obtido (0, 1, 2) de cada uma. Junto com o desenvolvimento do sistema, escrevemos recomendações para cada um dos indicadores de qualidade, que explicitam os padrões esperados de resposta. Estas recomendações fizeram parte do sistema de modo que o serviço pudesse acessá-las diretamente na *web*. O conjunto do sistema de avaliação Qualiaids foi ainda consolidado em um livreto distribuído pela coordenação nacional do programa. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)



**1ª aplicação do Qualiaids
2001/2002**



**2ª e 3ª aplicações do Qualiaids
2007 e 2010**

A aplicação nacional do Qualiaids, prevista para 2005, foi adiada a pedido da coordenação nacional do programa que a retomou em 2007, assumindo oficialmente o Qualiaids como instrumento de avaliação do programa. A aplicação foi repetida em 2010.

Embora sob a coordenação federal do programa de Aids,⁵ todo o processo das aplicações de 2007 e 2010 deu-se em parceria com nossa equipe. Em ambas as aplicações, participamos das reuniões de apresentação do sistema com os coordenadores estaduais do programa (que atualizaram o cadastro anterior do Qualiaids e distribuíram *login* e senha para todos os serviços localmente); redigimos

⁵ O nível federal do programa, antes chamado de Coordenação Nacional de DST e Aids passou a ser o Departamento Nacional de DST HIV/Aids e Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde.

os conteúdos relacionados ao Qualiaids no *website* do programa, incluindo os relatórios de aplicação de 2007 e de 2010 e outros materiais informativos; além da organização dos bancos de dados e envio às coordenações estaduais.

A Tabela 2 mostra as taxas de participação dos serviços nas três aplicações.⁶

Tabela 2. Serviços de assistência ambulatorial a pessoas que vivem com HIV/HIV/Aids, segundo ano de aplicação do Questionário Qualiaids. Brasil, 2001, 2007 e 2010

Participação dos serviços nas três avaliações Qualiaids			
Ano	Serviços cadastrados	Respondentes (analisados) ^a	
		N	%
2001/2 ^b	336	322 (322)	95,8 (95,8)
2007	636	504 (463)	79,2 (72,8)
2010	712	659 (641)	92,6 (90,0)

^a Apenas serviços com menos de 10% de *missings* para variáveis indicadoras de qualidade.

^b Aplicação sob a forma de pesquisa em 7 estados brasileiros.

Após a aplicação de 2007, conduzimos, em 2008, duas grandes oficinas de trabalho com todos os coordenadores estaduais e de municípios maiores. Desenvolvemos nestas oficinas um modelo pedagógico para exercitar a análise dos bancos de dados locais resultantes da aplicação de 2007. Sabemos que o modelo foi replicado por coordenadores em três estados, e que também orientou oficinas de análise locais após a aplicação de 2010.⁷ Não soubemos mais. Não

⁶ A menor participação em 2007 deveu-se principalmente à queda de participação dos serviços de São Paulo (de 99,4% em 2001/2 para 74,1% em 2007) e à baixa participação dos serviços da região Norte (41,4%).

⁷ Utilizando os resultados do Qualiaids 2010 visitamos três serviços

podemos acompanhar as repercussões mais imediatas das aplicações do Qualiaids, tampouco a coordenação nacional do programa teve esta possibilidade.

Contudo, revendo nossa experiência de convivência profissional com gestores do programa, podemos afirmar que o Estado de São Paulo tem utilizado o Qualiaids com bastante frequência. Isto provavelmente se deve, em grande parte, à proximidade que nossa equipe tem, desde 1998, com os técnicos e dirigentes estaduais do programa. Desde a primeira aplicação em 2001, o programa estadual de São Paulo utiliza os resultados do Qualiaids como um instrumento de avaliação, capacitação e supervisão.

Também temos alguns registros anedóticos: em várias ocasiões, em palestras ou cursos para profissionais dos serviços de DST/Aids ou alunos de pós-graduação dos quais participamos em todo o Brasil, ouvimos falar do Qualiaids como exemplo de avaliação “vivida” por eles, antes, evidentemente, de nos identificarmos como seus desenvolvedores. Soubemos também que, em 2009, a coordenação estadual do programa em Minas Gerais promoveu uma aplicação “extra” do Qualiaids em todos os serviços; como não tinham acesso de administrador ao sistema, toda a aplicação e o cálculo das pontuações foram feitas manualmente! Caso mais curioso foi o de uma profissional, gerente de um serviço de Aids da região Sul, que relatou ter sido “denunciada” ao Conselho Regional de Medicina por estar exigindo que os médicos que já haviam liberado os pacientes agendados do dia – e estavam apenas aguardando o momento “oficial” de deixar o serviço – atendessem mais pacientes “fora de dia”, conforme “*exige*

de pequeno porte (menos de 100 pacientes) que obtiveram médias diferentes para uma avaliação qualitativa comparativa. Houve concordância total entre as respostas ao Qualiaids e as obtidas por entrevistas e observação. (BACCARINI, 2011)

o padrão do Qualiaids”. Enfim, com isso, aprendemos na prática que padrões de qualidade podem às vezes servir, por assim dizer, “para o bem e para o mal”.

Acreditamos que o Qualiaids pode ser visto como uma “história de sucesso” para o campo da avaliação de serviços no SUS. Alguns fatores nos parecem ter sido mais determinantes deste relativo sucesso. Do ponto de vista metodológico, a abordagem de processos que descrevem o cotidiano do trabalho, a existência de um nível aceitável de qualidade para todos os tipos de serviços e a classificação final em agrupamentos (e não em *rankings*). Do ponto de vista político-institucional, o apoio ativo dos gestores de todos os níveis do programa. E, finalmente, mas não menos importante, o fato de nunca ter havido nenhum tipo de premiação nem de punição conectada às respostas dos serviços.⁸

Em relação à contribuição para o campo da avaliação dos serviços do SUS, a abordagem metodológica do Qualiaids baseou o desenvolvimento e validação do Questionário QualiAB, que avalia a organização dos serviços de atenção primária (APS), aplicável a todos os seus arranjos organizativos (tipo UBS e/ou ESF). (CASTANHEIRA et al., 2014; 2011; 2009; ANDRADE; CASTANHEIRA, 2011) O QualiAB foi aplicado em 2007 e 2010 em serviços de APS no Estado de São Paulo. Em 2013, construímos e validamos um quadro avaliativo da dimensão “Saúde Sexual e Reprodutiva” por meio da eleição e categorização em domínios de questões do QualiAB.⁹ Como se verá adiante, esse quadro está sendo

⁸ Após o primeiro Qualiaids, em 2001, a equipe do programa nacional chegou a cogitar a possibilidade de vincular o resultado do Qualiaids a algum indicador do plano de ação e metas que viabilizava um incentivo financeiro a municípios prioritários. Esta proposta nunca chegou a ser discutida oficialmente no programa nem com nossa equipe de pesquisa. Nas aplicações seguintes isto não foi mais cogitado.

⁹ NASSER. Avaliação na atenção primária paulista: ações incipientes em saúde sexual e reprodutiva, 2015 (submetido à Revista de Saúde

utilizado no nosso novo modelo de avaliação do cuidado em DST, HIV e Hepatites Virais.

Modelos ainda em desenvolvimento são o Questionário QualiTB, de avaliação dos serviços de referência em tuberculose, já quase pronto para validação¹⁰ e o QualiNASF, de avaliação dos núcleos de apoio à saúde da família, ainda na primeira etapa de desenvolvimento.¹¹

A apreciação geral das avaliações Qualiaids mostra que o questionário manteve sua mais ambiciosa proposta metodológica, isto é, a manutenção da potencialidade de discriminar a qualidade organizacional dos serviços ao longo do tempo. (CAMPBELL et al., 2003)

Por meio da análise das k-médias, obtivemos em 2001/2 quatro grupos de qualidade, em 2007 seis grupos e em 2010 cinco grupos. A proporção de participação no grupo de melhor qualidade variou de 24% dos serviços em 2001/2; 29% em 2007 e 33% em 2010. Enquanto a máxima média obtida em 2001/2 foi de 1,68 - 84% do padrão esperado de 2 -, em 2010, felizmente, a máxima média obtida foi de 1,93 - 97% do padrão esperado. (NEMES et al., 2010; 2009)

Considerando que o caráter incremental é um atributo essencial da noção de qualidade, iniciamos um novo projeto de atualização e revalidação do Sistema Qualiaids visando à elevação do padrão esperado. O projeto também objetivou a inclusão de indicadores relativos a tecnologias recém-incorporadas na atenção em Aids, tais como a profilaxia pós-

Pública).

¹⁰ NEMES et al. *Desenvolvimento e validação de metodologia de avaliação dos serviços do SUS de níveis secundário e terciário que prestam assistência ambulatorial de referência a pessoas com tuberculose – QualiTB*. Projeto de Pesquisa (mimeo), 2013.

¹¹ O desenvolvimento do QualiNASF compõe o projeto de FURTADO, J.P. *Avaliação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF*. Projeto de Pesquisa (mimeo), 2015.

exposição sexual. Refizemos todo o caminho metodológico utilizado no desenvolvimento e na validação do primeiro Qualiaids seguindo as diretrizes sintetizadas no Quadro 5.

Quadro 5. Diretrizes utilizadas na reconstrução do Sistema Qualiaids

1. Manutenção das normas (valores éticos e técnicos do programa) e critérios (dimensões avaliativas: componentes do trabalho sensíveis e específicos para a avaliação) agrupados segundo as dimensões avaliativas da versão anterior (disponibilidade de recursos, organização do processo de assistência e gerenciamento técnico do trabalho).
2. Revisão dos atuais e inclusão de novos indicadores, quando necessário.
3. Elevação possível do padrão dos indicadores (nível desejável de qualidade).
4. Aumento da padronização da pontuação dos indicadores (fórmulas para cálculo dos padrões)
5. Simplificação do questionário como um todo com redução possível do número de questões.
6. Revisão das recomendações com base nas normas programáticas e na literatura.

Nessa revisão, consideramos também que toda a interface digital do sistema deveria ser redesenhada, tornando a interação usuário-interface mais amigável. O questionário foi desenhado para que o preenchimento se torne mais dinâmico e os relatórios mais acessíveis e interativos. Há agora opções de “baixar” os bancos gerados pelas respostas e também é possível que o respondente

acesse direto na tela, por exemplo, as questões em que pontua “zero”, “um” e “dois”. Dentro desta seleção, ao clicar cada uma das questões, abre-se a sua correspondência no guia de recomendações. Podem ainda ser visualizados os resultados por dimensão e domínios. O questionário Qualiaids 2015 tem agora a seguinte estrutura (Quadro 6):

Quadro 6 - Dimensão, domínios e indicadores do novo Questionário Qualiaids, 2015

(continuação)

DIMENSÃO	DOMÍNIO	INDICADORES
ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE ASSISTÊNCIA	Acolhimento de pacientes novos	5
	Atividades específicas de adesão ao tratamento	4
	Organização geral da assistência de enfermagem	4
	Organização geral da assistência de outros profissionais	4
	Organização geral da assistência médica	7
	Organização geral do trabalho	6
	Orientações e aconselhamento	3

(conclusão)

GERÊNCIA TÉCNICA DO TRABALHO	Capacitação e experiência dos profissionais	2
	Comunicação e interação serviço-paciente-comunidade	2
	Coordenação do trabalho	11
	Registros, Avaliação, monitoramento e planejamento	8
DISPONIBILIDADE DOS RECURSOS	Capacitação e experiência dos profissionais	1
	Disponibilidade de profissionais da equipe mínima	5
	Estrutura física	2
	Medicamentos, insumos, exames e referências	13
Total de indicadores		77

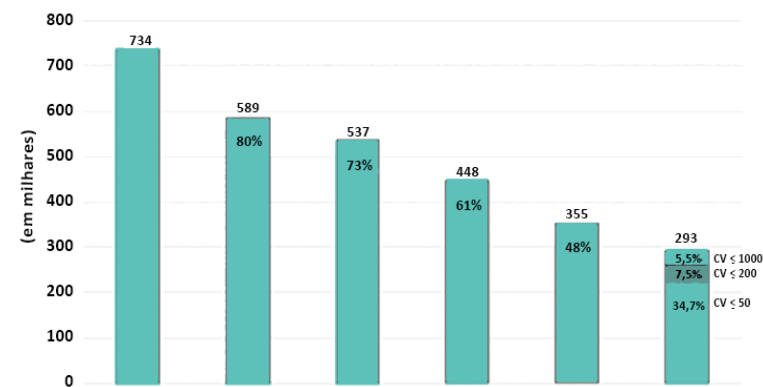
O novo Qualiaids no modelo atual de cuidado em DST HIV e hepatites virais

Dissemos que o principal sentido programático da assistência em HIV no Brasil, desde sua emergência até recentemente, foi o de representar a defesa de princípios éticos – o direito à cidadania e o acesso universal à assistência. No final dos anos 1990, o governo brasileiro estendeu o acesso livre e universal aos emergentes esquemas antirretrovirais potentes – corajosamente e contra a opinião da “comunidade internacional” à época. (THE WORLD BANK, 1997; PRAAG; VAN; FERNYAK; KATZ, 1997) Os esquemas antirretrovirais potentes alteraram radicalmente a história natural da Aids, que passou a ser tratada como um agravo “quase” crônico. (ALENCAR, 2008) Dessa época para cá, a política internacional para o HIV/Aids mudou totalmente, o acesso ao tratamento foi largamente ampliado em países pobres (UNHIV/AIDS, 2015), novos antirretrovirais surgiram e hoje as combinações de medicamentos permitem, para várias situações, o tratamento com apenas um comprimido ao dia. Ainda assim, a assistência e seu principal componente, o tratamento antirretroviral, permaneceram como um dos componentes da atenção em HIV/Aids, ao lado – mas sem integração tecnológica – do componente da prevenção.

Esta situação começou a mudar em 2011, quando da publicação de ensaio que mostrou o benefício da introdução precoce do tratamento para impedir a transmissão do HIV em 1763 casais soro discordantes. (COHEN et al., 2011) Este estudo e vários outros que se sucederam formaram a base do novo modelo de atenção em HIV/Aids que entende o tratamento antirretroviral como prevenção (*TasP: treatment as prevention*). O “modelo TasP” prevê o tratamento de todos os infectados, independentemente de seu estado imunitário. Este protocolo foi oficialmente introduzido no

Brasil no final de 2013, no mesmo ano em que Estados Unidos e França o fizeram. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014) Desde então, a “cascata” (Figura 2) ou “contínuo do cuidado” em HIV, um modelo que estima as quantidades de pessoas “perdidas” em todas as fases do cuidado em HIV/Aids, da infecção até a supressão da carga viral, tem parametrizado a resposta ao HIV/Aids no Brasil e em muitos países do mundo. (MUGAVERO et al., 2013)

Figura 2. Cascata (ou contínuo do cuidado) em HIV no Brasil, 2013



Fonte: *Boletim Epidemiológico HIV-HIV/AIDS*, Brasília, v. III, n. 1, p. 55, 2014.

O uso de antirretrovirais “em conjunto com outros métodos, pode criar um círculo virtuoso: a ampliação da TARV para pessoas infectadas reduziria, concomitantemente, o número de eventuais transmissões, enquanto o uso de outros métodos restringiria os indivíduos suscetíveis ao HIV na população.” (GRANGEIRO et al., 2015) Em 2014, no I Fórum Latino-Americano e do Caribe sobre o contínuo da atenção em HIV, realizado na Cidade do México, o Brasil e países da região estabeleceram as chamadas metas “90/90/90”, posteriormente proposta globalmente, pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

(UNHIV/AIDS), como metas de cobertura da testagem e de tratamento efetivo. Com a “Estratégia 90/90/90” (90% das pessoas infectadas diagnosticadas, 90% tratadas e 90% com supressão viral), seria atingido o fim dos níveis epidêmicos de HIV/Aids até 2030. (UNAIDS, 2014a, 2014b) Adicionalmente, tem-se aumentado as evidências de estudo observacionais que apontam a efetividade clínica (diminuição da incidência de agravos) do tratamento precoce. (THE INSIGHT START STUDY GROUP, 2015) Ainda, não parece haver mais dúvidas de que o uso de antirretrovirais antes e/ou depois de relações sexuais desprotegidas (PEP: profilaxia pós-exposição e PreP: profilaxia pré-exposição sexual) oferece um alto grau de proteção na transmissão sexual do HIV. (GRANGEIRO et al., 2015)

Todas essas modificações nos fizeram, em 2012, reconstruir a “teoria do programa” que utilizamos para as avaliações em HIV/Aids. Hoje, é possível afirmar que o sentido programático da assistência é tanto o do direito humano à assistência quanto o potencial impacto coletivo na transmissão da doença na sociedade. Neste sentido tecnológico, o programa de HIV/Aids se aproximou de “velhos” programas de saúde pública como os de tuberculose e hanseníase, nos quais o tratamento medicamentoso precoce é o principal componente.

Para além do evidente benefício da possibilidade de longa sobrevivência às pessoas que vivem com HIV, há outras vantagens na configuração bem mais *programática* da atenção em HIV/Aids. A mais importante dessas vantagens é a ampliação da possibilidade de exercício da integralidade. Esta assunção, entretanto, precisa ser (re) construída. A alta eficácia da terapia antirretroviral e os bons resultados clínicos obtidos tanto no tratamento quanto na prevenção não podem levar à presunção de consequente impacto no declínio das taxas de incidência. Estudo em países que

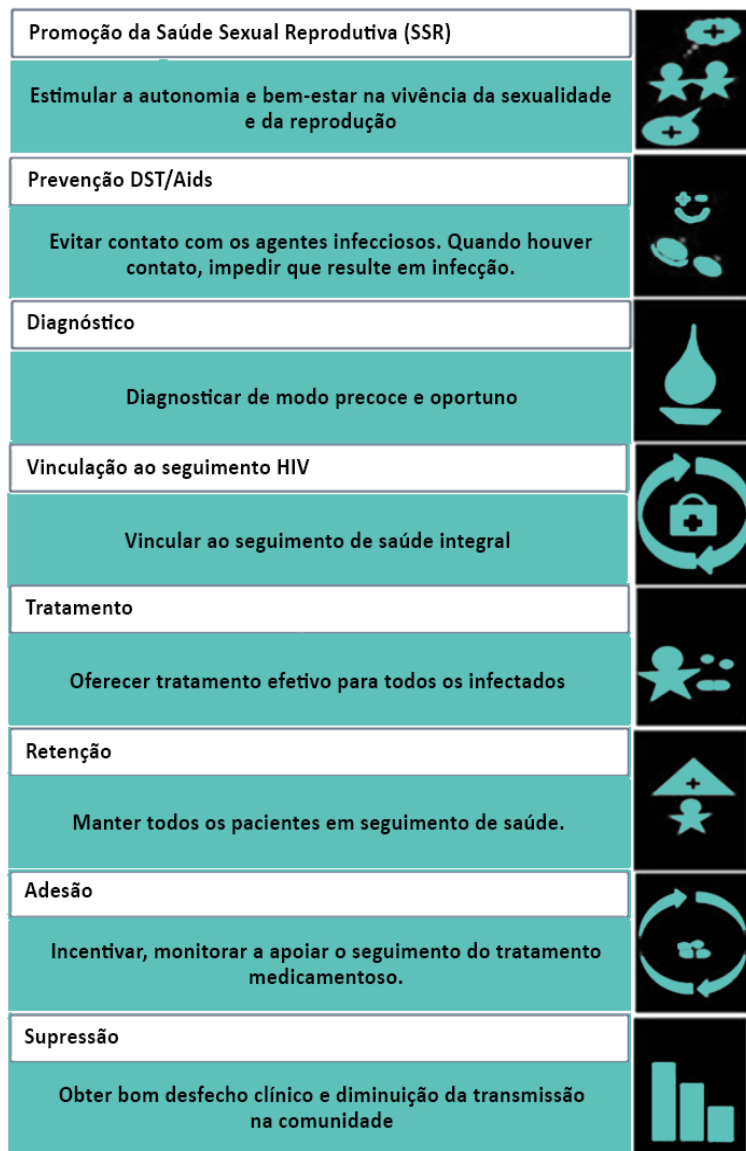
há muito tempo mantêm alta cobertura de testagem e tratamento antirretroviral mostrou que, após o declínio inicial, as taxas de incidência permaneceram elevadas ou voltaram a crescer. (WILSON, 2012) Também no Brasil observam-se taxas crescentes de incidência a partir de 2011. (GRANGEIRO; NEMES; CASTANHEIRA, 2015)

Assim, se tomarmos o “contínuo do cuidado” como um modelo de cuidado em um sentido de fato *programático* – isto é, o que integra ações individuais e coletivas e que compreende a assistência como instrumento clínico e epidemiológico –, não é possível utilizar apenas o diagnóstico dos infectados como ponto de partida para orientar o programa de atenção. Por esta razão, “reconstruímos” o modelo do contínuo do cuidado para incluir as etapas “anteriores” ao seguimento ambulatorial: as da promoção à saúde e da prevenção específica. Coerentemente com a proposta de oferecer tratamento para todos os infectados, colocamos o tratamento “antes” da retenção. Considerando, ainda, a crucial importância da adesão ao tratamento, introduzimos esta etapa logo após a do tratamento. (GARDNER et al., 2011) Outra importante modificação foi a inclusão do programa das Hepatites Virais B e C, respeitando similaridades entre a história natural das doenças e as demais DSTs e em consonância com a política brasileira de integração do cuidado a estes agravos.

A Figura 3 sintetiza o modelo que tem orientado, desde 2012, a nossa abordagem¹² para a avaliação e monitoramento dos serviços de saúde que integram o programa de atenção em DST, HIV/Aids e Hepatites Virais que, respeitando nossa tradição “Quali” denominamos de QualiRede DST/HIV/HV (Figura 3).

¹² Testamos a aplicabilidade deste modelo entre 2013-2015 através do Projeto QualiRedeHIV (PPSUS-FAPESP12/51223-7), que testou um método de apoio à implementação da rede em DST/HIV em uma região de saúde do Estado de São Paulo.

Figura 3. Modelo QualiRede do contínuo do cuidado em DST, HIV/Aids e Hepatites Virais.



O modelo completo – modelo lógico do programa – explicita processos e resultados, indicadores de avaliação e monitoramento, bem como os registros necessários para obtê-los. Os indicadores de processos serão provenientes das respostas dos serviços às versões 2015 do QualiABe do Qualiaids. Os de resultados e impactos, dos sistemas SUS epidemiológicos e clínicos. O modelo visa apoiar gestores e profissionais na qualificação dos serviços das redes de cuidado locais em DST, HIV e Hepatites Virais, desde a atenção primária até a hospitalar.

Para terminar, falamos do logo do Qualiaids como prometemos no início deste texto. Para entender melhor nossa motivação em “encomendar” um logotipo tão pouco popular e inteligível (como nos afirmaram amigos publicitários), será preciso reafirmar que gostamos muito de trabalhar com avaliação de serviços de saúde. Sobretudo porque o potencial ético da avaliação é muito visível; sentimo-nos muito felizes quando conseguimos que nossas abordagens contribuam com algo para melhorar o cuidado em saúde. Tentamos sempre lembrar, porém, que a avaliação, mesmo a “melhor avaliação do mundo” consegue apenas espelhar o trabalho. O trabalho é vivo, humano. Os avaliadores só podemos oferecer um *espelho*, o menos “miope” possível, para ajudar os trabalhadores de saúde a “olharem” seu trabalho. Por isto inventamos este logo que representa a melhor qualidade verde-amarela dos nossos serviços, a solidariedade vermelha aos que vivem com Aids e, o mais importante, a palavra Aids espelhada, “naquele” nosso espelho, aquele do qual ambicionamos uma “aceitável” acuidade.



Referências

ALENCAR, T.M.D.; NEMES, M.I.B.; VELLOSO, M.A. Transformações da “Aids aguda” para a “Aids crônica”: percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e Aids. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, p.1841-1849, 2008.

ALVES, M.T.S.S.B. **Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV e Aids no Sistema Único de Saúde**: a situação do Maranhão. 2003. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

ANDRADE, M.C.; CASTANHEIRA, E.R.L. Cooperação e apoio técnico entre estado e municípios: a experiência do programa Articuladores da Atenção Básica em São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, p.980-990, 2011.

AYRES, J.R.; PAIVA, V.; FRANÇA Jr, I. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.C.; FREITAS, M. (Orgs.). **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2.ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p.121-143.

AYRES, J.R.; PAIVA, V.; FRANÇA Jr, I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: PAIVA, V.F.; AYRES, J.R.; BUCHALLA, C.M. (Orgs.). **Vulnerabilidade e direitos humanos**: prevenção e promoção da saúde. Curitiba: Juruá Editora, 2012. p.71-94. (Livro I: Da doença à cidadania).

BACCARINI, R. **Avaliação de implantação da assistência ambulatorial às PVHA no SUS**: uma análise a partir das pesquisas Qualiaids. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Alternativas assistenciais à HIV/AIDS no Brasil**: as estratégias e resultados para a implantação da rede de Serviços de Assistência Especializada. Brasília: Coordenação Nacional de DST/HIV/AIDS, 1998.

_____. O perfil dos SAE 2000. In: **Alternativas assistenciais à HIV/AIDS no Brasil**: as estratégias e resultados para a implantação da rede de Serviços de Assistência Especializada. Brasília: Coordenação Nacional de DST/HIV/AIDS, 1998. (Anexo II). Disponível em: <http://www.HIV/aids.gov.br/assistencia/HIV/aids1/relativ_anexo2.html>. Acesso em: 03 jun 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST Aids e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico - HIV/aids e DST**(Brasília), v. 1, ano III, 2014.

_____. Departamento de DST Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. 2014^a (On Line). Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/acompanhamento-medico>>. Acesso em: 07 set 2015.

CAMPBELL, S.M.; BRASPENNING, J.; HUTCHINSON, A.; MARSHALL, M.N. Improving the quality of health care: research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. **BMJ**, v. 326, n. 7393, p.816-819, Apr. 2003.

CASTANHEIRA, E.R.L. **Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/Aids em serviços públicos no Estado de São Paulo**: relações entre qualidade e organização do processo de trabalho. 2002. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.teses>>.

usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-29042010-095820/>. Acesso em: 05 set 2015.

CASTANHEIRA, E.R.L.; CAPOZZOLO, A.A.; NEMES, M.I.B. Características tecnológicas do processo de trabalho em serviços de saúde selecionados. In: NEMES, M.I.B. (Org.). **Avaliação da aderência ao tratamento por anti-retrovirais em usuários de ambulatórios do sistema público de assistência à HIV/AIDS no Estado de São Paulo**. Brasília: Coordenação Nacional DST/HIV/AIDS, Ministério da Saúde, 2000. p.133-169.

CASTANHEIRA, E.R.L.; M.I.B. ALMEIDA, M.A.S.; PUTTINI, R.F.; SOARES, I.D.; PATRÍCIO, K.P.; NASSER, M.A.; MACHADO, D.F.; CALDAS Jr., A.L.; VASCONCELOS, R.A.; PISSATO, S.B.; CARRAPATO, J.F.L.; BIZELLI, S.S.K. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, p.935-947, 2011.

CASTANHEIRA, E.R.L.; M.I.B. ZARILI, T.F.T.; SANINE, P.R.; CORRENTE, J.E. Avaliação de serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no Estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p.679-691, 2014.

CHEN, H.T. **Theory-Driven Evaluations**. Newbury Park, California: Sage, 1990.

COHEN, M.S.; CHEN, Y.Q.; MCCAULEY, M.; GAMBLE, T.; HOSSEINIPOUR, M.C.; KUMARASAMY, N.; HAKIM, J.G.; KUMWENDA, J.; GRINSZTEJN, B.; PILOTTO, J.H.; GODBOLE, S.V.; MEHENDALE, S.; CHARİYALERTSAK, S.; SANTOS, B.R.; MAYER, K.H.; HOFFMAN, I.F.; ESHLEMAN, S.H.; PIWOWAR-MANNING, E.; WANG, L.; MAKHEMA, J.; MILLS, L.A.; DE BRUYN, G.; SANNE, I.; ERON, J.; GALLANT, J.; HAVLIR, D.;

SWINDELLS, S.; RIBAUDO, H.; ELHARRAR, V.; BURNS, D.; TAHA, T.E.; NIELSEN-SAINES, K.; CELENTANO, D.; ESSEX, M.; FLEMING, T.R.; HPTN 052 STUDY TEAM. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. **N Engl J Med**, v.365, n.6, p.493-505, 2011.

DALMASO, A.S.W. Oferta e consumo de ações de saúde: como realizar o projeto da integralidade? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.44, p.35-38, 1994.

GARDNER, E.M.; MCLEES, M.P.; STEINER, J.F.; RIO, C. del; BURMAN, W.J. The Spectrum of Engagement in HIV Care and its Relevance to Test-and-Treat Strategies for Prevention of HIV Infection. **Clinical Infectious Diseases**, v. 52, n. 6, p.793-800, 2011.

GRANGEIRO, A.; CASTANHEIRA, E.R.L.; NEMES, M.I.B. A re-emergência da epidemia de Aids no Brasil: desafios e perspectivas para o seu enfrentamento. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 52, p.5-8, Mar. 2015.

GRANGEIRO, A.; ESCUDER, M.M.L.; CASTILHO, E. A. Magnitude e tendência da epidemia de Aids em municípios brasileiros de 2002-2006. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 44, n. 3, p.430-441, Jun. 2010.

GRANGEIRO, A.; FERRAZ, D.; CALAZANS, G.; ZUCCHI, E.M.; DÍAZ-BERMÚDEZ, X.P. O efeito dos métodos preventivos na redução do risco de infecção pelo HIV nas relações sexuais e seu potencial impacto em âmbito populacional: uma revisão da literatura. **Rev. Brasileira Epidemiologia** (Impresso), Aprovado para publicação, 2015.

GRANGEIRO, A.; LAURINDO-SILVA, L.; TEIXEIRA, P.R. Resposta à Aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da Reforma Sanitária. **Rev. Panam Salud Pública**, v. 26, n.1, p.87-94, 2009.

GRUSKIN, S.; TARANTOLA, D. Um panorama sobre saúde e direitos humanos. In: PAIVA, V.F.; AYRES, J.R.; BUCHALLA, C.M. (Orgs.). **Vulnerabilidade e Direitos humanos: Prevenção e Promoção da Saúde**. Curitiba: Juruá Editora, 2012. p.23-42. (Livro I: Da doença à cidadania).

MARINS, J.R.; JAMAL, L.F.; CHEN, S.Y.; BARROS, M.B.; HUDES, E.S.; BARBOSA, A.A. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian HIV/AIDS patients. **AIDS**, v. 17, p.1675-1682, 2003.

MELCHIOR, R. **Avaliação da organização da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil: análise de 322 serviços em 7 estados brasileiros (CE, MA, MS, PA, RJ, RS, SP)**. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

MELCHIOR, R.; NEMES, M.I.B.; BASSO, C.R.; CASTANHEIRA, E.R.L.; ALVES, M.T.S.S.B.; BUCHALLA, C.M.; DONINI, A.A. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. **Rev. Saúde Públ./ Journal of Public Health**, v.40, p.143-151, 2006.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

MENDES-GONÇALVES, R.B.; SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B. Seis Teses sobre Ação Programática em Saúde. **Espaço para a Saúde**, Curitiba, v. 1, n.1, p.33-41, 1989.

_____. Seis Teses sobre Ação Programática em Saúde. In: SCHRAIBER, L.B. (Org.). **Programação em Saúde Hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990. p.37-63.

MERHY, E.E. **O capitalismo e a saúde pública**. São Paulo: Papirus, 1985.

MUGAVERO, M.J.; AMICOKR, H.T.; THOMPSON, M.A. The state of engagement in HIV care in the United States: from Cascade to Continuum to Control. **Clin Infect Dis.**, v. 57, v.8, p.1164-1171, 2013. DOI: 10.1093/cid/cit420. Disponível em: <<http://cid.oxfordjournals.org/content/57/8/1164.abstract> - aff-2>. Acesso em: 05 set 2015.

NEMES, M.I.B. Ação programática em saúde: referenciais para análise da organização do trabalho em serviços de atenção primária. **Espaço para Saúde**, Curitiba, v. 2, p.40-45, 1990.

_____. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: SCHRAIBER, L.B. (Org.). **Programação em saúde hoje**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 65-116.

_____. **Avaliação do trabalho programático na atenção primária à saúde**. 1996. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

_____. A Prática Programática em Saúde. In: SCHRAIBER, L.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B.; NEMES, M.I.B. (Orgs.). **Saúde do adulto: programas e ações em unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 47-64.

NEMES, M.I.B. (Org). **Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços público de saúde no Estado de São Paulo**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e Aids, 2000. (Série Avaliação, n.1).

NEMES, M.I.B. **Avaliação em saúde**: questões para os programas de DST/HIV/Aids no Brasil. Rio de Janeiro, Associação Brasileira Interdisciplinar de HIV/Aids, 2001. (Fundamentos de avaliação, n. 1). Disponível em: <www.abiaids.org.br>. Acesso em: 29 out. 2015.

NEMES, M.I.B.; BASSO, C.R.; CASTANHEIRA, E.R.L.; MELCHIOR, R.; ALENCAR, T.M.D.; CARACIOLO, J.M.M.; ALVES, M.T.S.S.B. **QUALIAIDS-Avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em Aids no SUS**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (V. 1). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_qualiaids.pdf>. Acesso em: 05 set 2015.

NEMES, M.I.B.; CARACIOLO, J.M.M.; SANTOS, M.A.; ALVES, A.M.; YOKAICHIYA, C.M.; PRADO, R.R.; VALE, F.C.; BACCARINI, R.; ROSSETTO, E.V.; BASSO, C.R. **Avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais do SUS que assistem adultos vivendo com HIV/Aids no Brasil**: Relatório da Aplicação Qualiaids 2010 e Comparação com 2007 (Relatório de Pesquisa). São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, USP, 2012 (mimeo). Disponível em: <sistemas.aids.gov.br/qualiaids/>. Acesso em: 19 jul 2014.

NEMES, M.I.B.; CARVALHO, H.B.; SOUZA, M.F.M. Antiretroviral therapy adherence in Brazil. **AIDS**, v. 18, suppl. 3, p.S15–S20, 2004.

NEMES, M.I.B.; CASTANHEIRA, E.R.L.; HELENA, E.T.S.; MELCHIOR, R.; CARACIOLO, J.M.M.; BASSO, C.R.; ALVES, M.T.S.S.B.; ALENCAR, T.M.D.; FERRAZ, D.A.S. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 55, p.207-212, 2009.

NEMES, M.I.B.; MELCHIOR, R.; BASSO, C.R.; CASTANHEIRA, E.R.L.; ALVES, M.T.S.S.B.; CONWAY S. The variability and predictors of quality of AIDS care services in Brazil. **BMC Health Serv. Res.**, v. 9, n.51, 2009. DOI: 10.1186/1472-6963-9-51.

NEMES, M.I.B.; CASTANHEIRA, E.R.L.; MELCHIOR, R.; ALVES, M.T.S.S.B.; BASSO, C.R. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, supl.2, p. S310-S321, 2004.

PAIVA, V; ZUCCHI, E. Estigma, discriminação e saúde: aprendizado de conceitos e práticas no contexto da epidemia de HIV/Aids. In: PAIVA, V.F.; AYRES, J.R.; BUCHALLA, C.M. (Orgs.). **Vulnerabilidade e direitos humanos**: prevenção e promoção da saúde. Curitiba: Juruá Editora, 2012. p.111-144. (Livro I. Da doença à cidadania).

PRAAG, R.; VAN, F.S.; KATZ, A.M. (eds). **The implications of antiretroviral treatments**: informal consultation, GENEVA, 29-30 APRIL 1997. Geneva, WHO, 1997. Disponível em: <http://www.sidastudi.org/es/registro/2c9391e41fb402cc011fb4514dbf5ac6>. Acesso em: 06 set 2015.

SALA, A.; NEMES, M.I.B.; COHEN, D.D. A Avaliação na Prática Programática. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Orgs). **Saúde do adulto**: programas e ações em unidade básica. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p.173-193.

_____. Metodologia de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p.741-751, out./dez. 1998.

SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B. Processo de trabalho e avaliação de serviços de saúde. **Cadernos FUNDAP**, v. 19, p.106-121, 1996.

SCHRAIBER, L.B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M.I.B.; CASTANHEIRA, E.R.L.; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.4, p.221-242, 1999.

SZWARCWALD, C.L.; BASTOS, F.I.; ESTEVES, M.A.P.; ANDRADE, C.L.T. A disseminação da epidemia da Aids no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, supl. 1, p.7-21, 2000.

TEIXEIRA P.R. Políticas públicas em HIV/AIDS. In: PARKER R. (Org.). **Política, instituições e HIV/AIDS** – enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Zahar/ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de HIV/AIDS, 1997. p.43-68.

THE INSIGHT START STUDY GROUP. Initiation of antiretroviral therapy in early asymptomatic HIV infection. **N. Engl. J. Med.**, v. 372, p.795-807, 27 Aug. 2015. DOI: 10.1056/NEJMoa1506816. [e-pub]. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1506816>>. Acesso em: 01 set 2015.

THE WORLD BANK. **Confronting AIDS**: public priorities in a global epidemic. Oxford: Oxford University Press, 1997.

UNAIDS – JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS. **Fast-Track - Ending the AIDS epidemic by 2030**. Geneva: UNAIDS, 2014a. Disponível em:<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/JC2686_WAD2014report>. Acesso em: 01 dez. 2014.

_____. **90-90-90**: an ambitious treatment target to help end the HIV/AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS, Oct. 2014b. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf>. Acesso em: 07 set 2015.

UNHIV/AIDS – UNITED NATIONS JOINT PROGRAM ON HIV/AIDS. **UNHIV/AIDS announces that the goal of 15 million people on life-saving HIV treatment by 2015 has been met nine months ahead of schedule**. Geneva: UNHIV/AIDS, 2015. Disponível em: <http://www.unhiv/aids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2015/july/20150714_PR_MDG6report>. Acesso em: 15 jul 2015.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Standards for quality HIV care**: a tool for quality assessment, improvement, and accreditation report of a WHO Consultation Meeting on the Accreditation of Health Service Facilities for HIV Care. Geneva, Switzerland: WHO, 10–11 May 2004.

WILSON, D.P. HIV treatment as prevention: natural experiments highlight limits of antiretroviral treatment as HIV prevention. **PLOS Med**, v. 9; n. 7, p. e1001231, 10 Jul. 2012. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001231. Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001231>>. Acesso em: 07 set 2015.

CAPÍTULO 4

AVALIAÇÃO ECONÔMICA EM SAÚDE

*Patrícia Coelho de Soárez
Hillegonda Maria Dutilh Novaes*

Introdução

Atualmente a atenção à saúde é praticada numa época de recursos financeiros limitados e cada vez mais regulados no setor saúde. Por outro lado, as necessidades e desejos da população são sempre crescentes. Dada à escassez de recursos, é preciso então fazer escolhas. Neste contexto, a avaliação econômica em saúde surgiu com o objetivo de orientar essas escolhas de forma transparente, organizada e sistemática. Tem sido cada vez mais utilizada para informar as decisões sobre alocação de recursos no setor saúde.

Os primeiros estudos foram realizados há cinquenta anos, quando foram publicados artigos pioneiros discutindo questões teórico-conceituais, como, por exemplo, o de Alan Williams. (WILLIAMS, 1974) Até o momento, a maioria das avaliações econômicas foi direcionada a medicamentos e tecnologias médicas inovadoras como parte de estudos

de avaliações de tecnologias em saúde. Contudo, há um crescente interesse em explorar a aplicação dessa ferramenta a um leque mais amplo de intervenções de saúde, incluindo programas de saúde pública (TRUEMAN; ANOKYE, 2013) e serviços de atenção primária. (MCBRIEN; MANNISI, 2013)

Há uma grande produção científica na literatura internacional e um número crescente de publicações nacionalmente. Dessa forma, é de fundamental importância que os gestores do sistema de saúde possam ler, entender, interpretar e aplicar adequadamente os resultados das avaliações econômicas no planejamento de políticas em saúde, regulamentação e processos de decisão sobre incorporação de novas tecnologias, de forma a propiciar efetividade, eficiência e equidade ao sistema de saúde.

Este capítulo é uma introdução à avaliação econômica em saúde, apresentando os conceitos-chave e tipos de avaliação econômica; discute o desenvolvimento do campo da avaliação econômica e sua institucionalização na tomada de decisão no Brasil; e finaliza com o estudo de caso dos estudos de custo-efetividade para incorporação de novas vacinas no Programa Nacional de Imunização (PNI).

Avaliação econômica em saúde

O crescimento exponencial dos gastos em saúde, especialmente a partir da década de 1980, tem contribuído para o aumento do interesse por estudos de avaliação econômica. Embora as novas tecnologias não possam ser consideradas como o único fator, elas têm sido apontadas como as principais responsáveis pela elevação dos gastos em saúde.

No setor saúde, novos medicamentos, procedimentos e exames diagnósticos são incorporados de forma acelerada, muitas vezes antes da comprovação da sua segurança, eficácia e efetividade. E, muito frequentemente, essas tecnologias não são substitutivas, ao contrário, geralmente são acumulativas (por exemplo, a utilização da ressonância magnética não substitui o uso da tomografia computadorizada nos exames diagnósticos). (VIANNA; CAETANO, 2005)

O desenvolvimento e a incorporação contínua de novas tecnologias nos sistemas de saúde exercem uma enorme pressão nos orçamentos públicos, e uma quantidade crescente de recursos deve ser destinada ao setor saúde para oferecer o mesmo perfil de atendimento à população. Essa situação tem levado à necessidade de realizar escolhas entre diferentes tecnologias a serem incorporadas, o que estimula a busca pela eficiência na alocação de recursos no setor saúde.

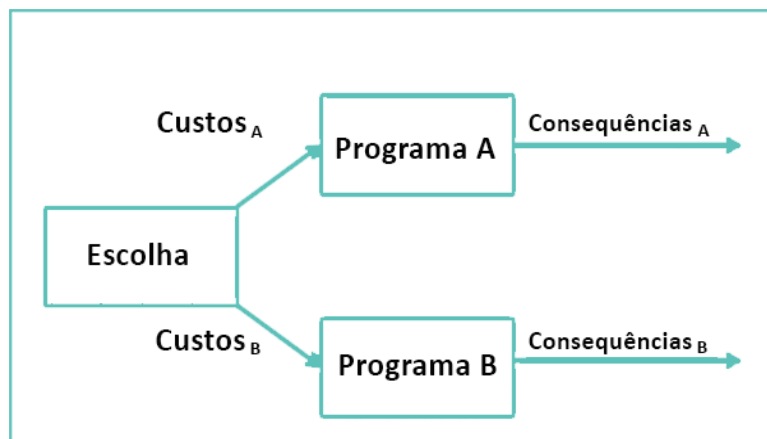
A avaliação econômica não pode ser considerada como a única base para formulação de políticas, é importante ressaltar que ela é apenas um dos componentes que participam dos complexos processos de decisão na gestão de sistemas de saúde. Outras dimensões, além da técnico-científica, possuem grande importância nos processos decisórios. Entre elas podemos citar os interesses políticos e econômicos, as questões éticas, de equidade e as preferências da sociedade em questão.

A utilização da avaliação econômica pode ser mais relevante para pessoas diretamente envolvidas no processo de tomada de decisão sobre a alocação de recursos para programas de saúde, incluindo formuladores de políticas públicas, gestores e clínicos. Porém, todos os profissionais de saúde têm um papel fundamental na prestação dos cuidados de saúde e decisões baseadas em avaliações

econômicas, têm o potencial de impactar as políticas de saúde e influenciar a forma como eles atuam. Sendo assim, é importante que os mesmos tenham conhecimento sobre os princípios e a metodologia que suportam esse tipo de estudo.

Avaliação econômica é definida como uma análise comparativa entre dois cursos de ação alternativos em termos de custos e consequências. Desta forma, o seu principal objetivo é “identificar, medir, valorar e comparar os custos e consequências das alternativas sendo consideradas.” (DRUMMOND et al., 2005) Neste contexto, “consequências” são benefícios, desfechos ou resultados de saúde das alternativas comparadas.

Figura 1 - Diagrama de uma avaliação econômica.



Fonte: Adaptado de Drummond et al. (2005).

A regra geral, quando se avalia os programas A e B, é que a diferença entre os custos é comparada com a diferença nas consequências, numa análise incremental que fornece a Razão de Custo Efetividade Incremental (RCEI), dada pela seguinte fórmula:

$$RCEI = \frac{\text{Custos A} - \text{Custos B}}{\text{Consequências A} - \text{Consequências B}}$$

A questão crítica é decidir se vale a pena pagar o custo adicional (incremental) pelas consequências (benefícios) adicionais obtidas com o novo programa A. A RCEI é então comparada a um limiar de custo-efetividade para garantir uma tomada de decisão eficiente.

O limiar de custo-efetividade representa o quanto uma sociedade poderia gastar para ganhar, por exemplo, um ano de vida a mais. Pode ser explicitamente especificado pelas autoridades locais, como acontece no Reino Unido, onde a agência de avaliação de tecnologias em saúde – do inglês, National Institute for Health and Care Excellence (NICE) – determina o limiar de £20,000–30,000 por QALY ganho; ou pode ser implicitamente definido a partir da análise de decisões de preços/reembolso realizadas anteriormente. Os valores de limiar variam consideravelmente entre os países, na Austrália (AUS\$42,000–76,000 por ano de vida), no Canadá (CAN\$20,000–100,000 por QALY), na Holanda (€20,000–30,000 por QALY). (SIMOENS, 2009)

No Brasil, não há um valor de limiar explicitamente definido ou regulamentado para as decisões de incorporações de novas tecnologias. Alguns estudos locais têm usado o limiar da Organização Mundial da Saúde (OMS), no qual para uma intervenção ser considerada custo-efetiva, a RCEI por DALY evitado pode ser até 3 vezes o valor do PIB per capita. Quando a RCEI por DALY evitado é de 1 vez o valor do PIB per capita, a intervenção é considerada muito custo-efetiva; e quando a RCEI é maior que 3 vezes o PIB per capita, a intervenção não é custo-efetiva. Considerando por exemplo, o PIB per capita do Brasil, em 2014, de aproximadamente R\$27.000, qualquer

intervenção que custasse até R\$81.000 (3 x R\$27.000) seria considerada custo-efetiva.

Estudo recente da Universidade de York questiona o uso dessa recomendação da OMS por não se basear na avaliação do custo de oportunidade, resultante da limitação de recursos. A abordagem da OMS baseia-se na aspiração, na disponibilidade para pagar dos sistemas de saúde. Sua utilização não é necessariamente consistente com a melhoria da saúde da população, porque não reflete o custo de oportunidade que é imposta aos sistemas de saúde. Para o Brasil, foi estimado um limiar de US\$3,210 a US\$10,122 ajustados pelo poder de paridade de compra (cerca de R\$12.840 a R\$40.488), bem inferior aos valores recomendados no limiar da OMS (1-3 PIB per capita, R\$27.000 a R\$81.000). (WOODS et al., 2015)

Na avaliação econômica há dois conceitos fundamentais: custo de oportunidade e eficiência. O “custo de oportunidade” baseia-se nos princípios da escassez e escolha. Dada a escassez (ou seja, não existem recursos suficientes para atender a todos os desejos de uma sociedade) em sistemas de saúde com financiamento público, onde os recursos são limitados, nem todas as intervenções disponíveis podem ser oferecidas para todos os que precisam ou desejam essas tecnologias. As sociedades devem fazer escolhas, e, no caso da atenção à saúde, essas opções incluem quais programas de saúde serão implementados e quais serão negados.

O custo de oportunidade de programas de saúde são os benefícios associados àqueles programas que não foram escolhidos. É o valor que atribuímos à melhor alternativa a que renunciamos ao utilizar o recurso na alternativa escolhida. A decisão de utilizar um recurso para financiar determinada tecnologia (por exemplo, um programa

universal de vacinação para rotavirus) significa a perda de oportunidade de utilizar esse mesmo recurso para financiar outra tecnologia (por exemplo, um programa de vacinação para dengue).

Na área da saúde, eficiência é uma medida de quanto benefício para a saúde é produzido para um dado custo. Dois tipos de eficiência são muitas vezes considerados: eficiência técnica e alocativa. Eficiência técnica mede o grau em que os resultados de saúde em um grupo específico de pacientes são maximizados com um dado conjunto de recursos. Por outro lado, a eficiência alocativa tenta maximizar os resultados da saúde em diferentes populações de pacientes, escolhendo entre os diversos programas existentes.

É preciso saber o tipo de questão (técnica ou alocativa) que o gestor procura responder para selecionar o tipo de avaliação econômica mais adequado.

Tipos de avaliação econômica

As avaliações econômicas são classificadas em dois tipos: parciais e completas. As diferenças entre elas estão: (1) na existência de comparação entre as alternativas e (2) no método de mensuração das consequências (Quadros 1 e 2).

Quadro 1. Características das avaliações econômicas em saúde. Custos e consequências são examinados?

Existe comparação entre duas ou mais alternativas?	Não		Sim
	Não	Examina somente consequências	Examina somente custos
Avaliações Parciais		Avaliação Parcial	
Descrição de resultados		Descrição de custos	Descrição de custos-resultados
Sim	Avaliações Parciais		Avaliações Completas
	Avaliações de eficácia ou efetividade	Análise de custos	Análise de Custo-minimização (ACM) Análise de Custo-efetividade (ACE) Análise de Custo-utilidade (ACU) Análise de Custo-benefício (ACB)

Fonte: Adaptado de Drummond et al. (2005).

Análises parciais

Algumas análises apenas descrevem as consequências de uma alternativa (por exemplo, descrevem os resultados de um único serviço ou programa de saúde) sem efetuar uma comparação com outras alternativas, são análises descritivas das intervenções e seus desfechos (descrição de resultados). Outras análises descrevem somente os custos de uma alternativa e são chamadas de descrição de custos. A maioria dos estudos de custo de doença (“cost of illness”) ou carga de doença (“burden of illness”) se enquadra nessa categoria. Quando os custos e consequências de um único serviço ou programa são descritos, a avaliação é chamada de descrição de custos-resultados.

Aquelas que comparam às consequências de duas ou mais intervenções, mas sem considerar os seus custos, destinam-se à avaliação de sua eficácia ou efetividade. Quando somente os custos de duas ou mais alternativas são comparados, sem levar em conta suas consequências, trata-se de uma análise de custos. Esses tipos de avaliações econômicas são considerados avaliações parciais. Apesar de não fornecerem dados suficientes sobre a(s) eficiência(s) da(s) alternativa(s) analisada(s) para a tomada de decisão no setor saúde, elas constituem etapas importantes de uma análise econômica completa.

Quando a análise apenas apresenta uma lista dos custos e consequências das alternativas comparadas, ela é chamada de análise de custo-consequência. Na literatura, não há um consenso quanto à classificação desse tipo de análise. Alguns autores a consideram como uma variante da análise de custo-efetividade. Na análise de custo-consequência, não é fornecida uma medida síntese de eficiência como a razão de custo-efetividade incremental. Com base nas informações apresentadas, é o tomador de decisão quem deve fazer a escolha de alocação de recursos.

Análises completas

Existem quatro metodologias principais de avaliação econômica completa de programas de saúde: análise de custo-minimização (ACM), análise de custo-efetividade (ACE), análise de custo-utilidade (ACU) e análise de custo-benefício (ACB). O objetivo comum a todas elas reside na avaliação da oportunidade e da adequação da intervenção ou programa, com base na comparação entre os custos de sua implementação e os benefícios derivados da mesma. As quatro formas de análise mencionadas avaliam os custos de um programa de maneira tradicional, ou seja, em unidades monetárias; por outro lado, a diferença crucial entre elas consiste na forma como os benefícios ocasionados pelos programas são medidos, em unidades naturais (ACM, ACE e ACU) ou em termos puramente monetários (ACB).

Análise de custo-minimização é o tipo de análise de duas ou mais intervenções que apresentam os mesmos desfechos em saúde. Como as alternativas são igualmente efetivas, a análise tem por objetivo identificar a alternativa de menor custo. Análise de custo-minimização raramente é encontrada na literatura, pois a situação de ser relevante comparar duas intervenções que apresentem exatamente as mesmas consequências é incomum.

Análise de custo-efetividade é o tipo de análise econômica mais encontrada na literatura. Nesta análise o interesse recai sobre a avaliação de alternativas que tenham consequências ou desfechos de interesse semelhantes. Estas alternativas podem diferir na extensão desse efeito e/ou nos seus custos. As unidades de desfecho que podem ser empregadas nas análises de custo-efetividade são muitas, entre elas podemos citar: números de casos evitados, número de vidas salvas por intervenção, número de casos corretamente diagnosticados, etc. Este tipo de

análise econômica permite a comparação de programas ou intervenções em saúde aplicadas a diferentes problemas, porém com desfechos semelhantes. Por exemplo, pode-se comparar o número de vidas salvas com a realização de cirurgias cardíacas com o número de vidas salvas com a adoção de uma lei que obrigue o uso de capacete por ciclistas.

Análise de custo-utilidade é o tipo de análise que compara duas ou mais alternativas baseando-se no valor que a sociedade ou o indivíduo atribuem a um determinado desfecho de saúde. Os desfechos são mensurados em “utility” em uma escala de 0 (representando morte) a 1 (saúde perfeita) e podem ser baseados em instrumentos que mensurem qualidade de vida. A unidade de desfecho mais empregada para a medida da consequência ou efeito nas ACU é o “Quality-Adjusted Life-Year” (QALY). A vantagem desta medida é que ela consegue combinar simultaneamente a redução de morbidade (ganhos em qualidade de vida) com a redução de mortalidade (ganhos em quantidade). Este tipo de análise econômica permite a comparação de intervenções destinadas a diferentes problemas de saúde. Por exemplo, pode-se comparar o número de QALYs ganhos com um medicamento oncológico com o número de QALYs ganhos com um Programa de Promoção da Saúde.

Análise de custo-benefício é o tipo de análise econômica que compara duas ou mais alternativas, medindo os desfechos em saúde e os custos em termos monetários. Esses valores são atribuídos com base em valor de mercado, opinião de profissionais e preferências sociais. Entretanto, existe muita dificuldade para se atribuir valores monetários a determinados efeitos e condições de saúde, como, por exemplo, o valor da vida. Os métodos aplicados para este fim são bastante complexos e vários fatores podem influenciar

as estimativas. Por essa razão, esta análise tende a ser mais controversa e menos utilizada. No entanto, a ACB é a mais apropriada das análises quando o formulador de políticas tem uma perspectiva mais ampla e está preocupado com as possíveis mudanças que um projeto de saúde possa provocar no bem-estar social. É também a metodologia de escolha quando existe a preocupação com eficiência alocativa e comparações intersetoriais.

Quadro 2. Características das avaliações econômicas em saúde

Tipo de avaliação	Custo	Medida de consequência (desfecho)
Parciais - Descrevem ou avaliam somente os custos ou as consequências		
Análise de efetividade / eficácia		Unidades naturais (vidas salvas, casos evitados, etc.)
Análise de Custo	Valor monetário	
Completas – Avaliam os custos e as consequências		
Custo-minimização	Valor monetário	Unidades naturais (vidas salvas, casos evitados, etc.)
Custo-efetividade	Valor monetário	Unidades naturais (vidas salvas, casos evitados, etc.)
Custo-utilidade	Valor monetário	QALY, HYE, DALY
Custo-benefício	Valor monetário	Valor monetário

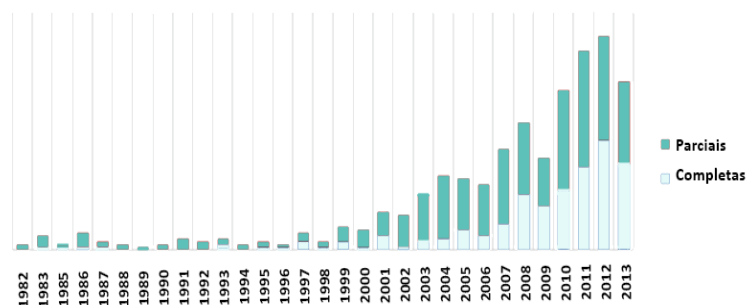
QALY: Quality-Adjusted Life-Year; HYE: Healthy Year-Equivalent; DALY: Disability-Adjusted Life-Year.

Desenvolvimento do campo de avaliação econômica no Brasil

Nas últimas três décadas, uma grande quantidade de estudos na área de economia da saúde foi realizada no país. Vianna sistematizou a evolução da produção científica em economia da saúde publicada no Brasil de 1986 a 1995. (VIANNA, 1998) Em 2000, Saes analisou as publicações no período de 1989 a 1998 e relatou que os estudos de avaliação econômica representavam 42,5% das publicações da área de economia da saúde no Brasil. (GONSALEZ SAES, 2000) Em 2007, Andrade avaliou a produção científica brasileira em economia da saúde no período de 1999 a 2004, e encontrou que 38% dos trabalhos desenvolviam análise de custo em saúde e 7% análises de custo-efetividade e custo da doença. (ANDRADE et al., 2007) O Brasil foi apontado como o país da América do Sul que mais publicou estudos de avaliação econômica. (IGLESIAS et al., 2005; AUGUSTOVSKI et al., 2009)

Estudo recente de revisão sistemática da literatura mostrou que a publicação na área de Avaliação Econômica no Brasil iniciou na década de 1980 e alcançava até 2013, 535 artigos. Houve um crescimento significativo no número de estudos publicados ao longo do tempo. Observou-se um pequeno crescimento no final da década de 1990, mas a partir de 2007 ocorreu o grande crescimento, 358 (67%) dos 535 artigos foram publicados após esse ano. A maioria desses estudos era de avaliações econômicas parciais (n = 338, 63,2%). A partir de 2008, o número de avaliações econômicas completas tornou-se mais próximo ao das parciais. (DECIMONT et al., 2014) (Figura 2)

Figura 2. Distribuição das publicações em Avaliação Econômica em Saúde, segundo tipo de estudo, Brasil, 1980-2013.



Fonte: Decimoni et al. (2014).

A academia foi a instituição do primeiro autor em 65% dos artigos publicados, seguida pelas organizações de saúde (19,7%), organizações de administração pública (5,7%), empresas de consultoria (4,4%) e indústria farmacêutica ou de equipamentos (1,8%). Dos 350 artigos produzidos pela academia, 184 (52,5%) foram realizados em universidades do Estado de São Paulo e 77 (22%) foram realizados por autores ligados à Universidade de São Paulo. (DECIMONI et al., 2014)

Avaliação econômica e sua institucionalização na tomada de decisão

A avaliação econômica em saúde tem participado de forma crescente nas decisões sobre financiamento de novas tecnologias pelos sistemas de saúde. Em 1993, a Austrália foi o primeiro país a exigir evidência de custo-efetividade como parte obrigatória do processo de decisão de financiamento de medicamentos. Atualmente, muitos outros países adotam a mesma política e exigem requerimento formal da

evidência econômica como parte do processo de tomada de decisão em precificação, reembolso ou orientações oficiais sobre o uso de novas tecnologias em saúde. Por exemplo, Bélgica, Finlândia, Noruega, Canadá, Portugal, Suécia, Holanda e Reino Unido. (BEUTELS et al., 2008)

Algumas agências internacionais de avaliação tecnológica (como o NICE, do Reino Unido, Pharmaceutical Benefits Advisory Committee – PBAC –, da Austrália e Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health – CADTH –, do Canadá) exigem revisões sistemáticas da literatura econômica relevante para os processos de avaliação e formulação de políticas de saúde pública. (ANDERSON, 2010)

Para que a avaliação econômica seja de alta qualidade, e possa fornecer informação útil, relevante e oportuna aos tomadores de decisão, deve ser baseada em rigorosos métodos analíticos. Atualmente, encontram-se disponíveis inúmeros *guidelines* para avaliação econômica (CANADIAN AGENCY FOR DRUGS AND TECHNOLOGIES IN HEALTH, 2006; CHILVERS; SMITH., 2009; INSTITUTE FOR QUALITY AND EFFICIENCY IN HEALTH C, 2009; HEALTH INFORMATION AND QUALITY AUTHORITY, 2010; NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE, 2013; DRUMMOND; JEFFERSON, 1996) e revisão sistemática desses *guidelines*. (WALKER et al., 2012) O primeiro *guideline* nacional foi publicado em 2009, (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009) atualizado em 2014 (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014) e, recentemente, um estudo nacional propôs um roteiro de análise crítica da avaliação da qualidade dos estudos de avaliação econômica. (SILVA et al., 2014) Esses *guidelines* estimulam o uso de uma abordagem consistente tanto na condução da análise como na apresentação dos resultados das avaliações. Alguns itens são considerados chaves e o leitor crítico deve considerá-los na interpretação

das avaliações econômicas. O Quadro 3 apresenta o detalhamento desses itens.

Quadro 3. Elementos das avaliações econômicas em saúde
(continuação)

Desenho de estudo	Descrição / Recomendação
1. Pergunta do estudo	Incluindo informação sobre as tecnologias em saúde avaliadas, a população que fará uso delas, o tipo de análise e a perspectiva do estudo.
2. População do estudo	Descrição detalhada do grupo de pacientes a quem os resultados se aplicam. Pode ser dividido em subgrupos para abordar a variabilidade do público-alvo. Incluir o porquê da escolha dos respectivos subgrupos.
3. Perspectiva da análise	Ponto de vista de quem os custos serão medidos. Por exemplo: Sistema de Saúde com financiamento público, do paciente, do plano de saúde, do serviço de saúde ou da Sociedade.
4. Alternativas comparadas	O conjunto de intervenções em estudo. Todos os comparadores clinicamente aceitáveis que podem ser inseridos na capacidade tecnológica do local-alvo devem ser incluídos, e se eles não estão incluídos, as razões para a sua omissão devem ser claramente indicadas. É adequado incluir um comparador “não fazer nada” se alguns pacientes na prática de rotina não recebem cuidados específicos para o problema.

(continuação)

5. Tipo de análise econômica	Relacionado ao desfecho principal escolhido no estudo: se for desfecho clínico, custo-efetividade; se for medida subjetiva (por exemplo, anos de vida ajustado pela qualidade), custo-utilidade; se for benefício monetário, custo-benefício; se não houver diferença em desfecho, custo-minimização.
6. Horizonte temporal	Tempo durante o qual os custos e benefícios são medidos. Explicar porque esse tempo é adequado.
7. Taxa de desconto	Efeitos para a saúde e os custos futuros são avaliados em termos atuais, considerando o momento diferente em que os benefícios médicos são provisionados e os custos são incorridos. Geralmente são usadas taxas de 3 a 6%, nas diretrizes brasileiras é recomendada a taxa de 5%. Relatar a taxa escolhida para os efeitos e custos e justificar porque é apropriada.
Coleta de dados	
8. Fonte(s) para estimativas de efetividade	Estimativas baseadas em estudos únicos ou estimativas baseadas em síntese da literatura. Quando for baseada em um único estudo, descrever completamente as características do estudo e porque ele foi uma fonte suficiente para os dados de efetividade clínica. Quando baseada em síntese da literatura, descrever os métodos utilizados para a identificação de estudos incluídos e síntese de dados de efetividade clínica.

Quadro 3. Elementos das avaliações econômicas em saúde

(continuação)

Desenho de estudo	Descrição / Recomendação
9. Medida de desfecho primária para a avaliação econômica	Descrever quais desfechos foram utilizados como a medida(s) do benefício na avaliação econômica e sua relevância para o tipo de análise realizada. Sempre que possível, usar desfechos clínicos finais: QALYs, mortes, acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio, em vez de resultados intermediários, como a redução da pressão sanguínea ou a redução do colesterol.
10. Métodos para valoração dos estados de saúde	Descrever a população e os métodos usados para obter as preferências pelos estados de saúde. Os QALYs e outras medidas com base em preferências podem ser calculados a partir de medidas diretas (“standard gamble”, “time trade-off”, escala visual analógica) ou medidas indiretas, sistemas de multiatributos (EuroQol-5D, Quality of Well-Being Scale, Health Utility Index, SF-6D).
11. Fonte(s) para estimativas de recursos	Estimativas baseadas em estudo único ou estimativas baseadas em modelos. Quando for baseada em um único estudo, descrever completamente as abordagens utilizadas para estimar o uso de recursos relacionados com as intervenções alternativas. Descrever os métodos de investigação primária ou secundária para identificar cada item de recurso. Quando for baseada em modelos, descrever abordagens e fontes de dados utilizados para estimar a utilização de recursos nos estados de saúde do modelo. Descrever os métodos de investigação primária ou secundária para identificar cada item de recurso.

(continuação)

12. Fonte(s) para estimativas de custos	Estimativas baseadas em estudo único ou estimativas baseadas em modelos. Quando for baseada em um único estudo, descrever os métodos de investigação primária ou secundária para valorar cada item de recurso em termos de sua unidade de custo. Descrever eventuais ajustes feitos para aproximar ao custo de oportunidade. Quando for baseada em modelos, descrever abordagens e fontes de dados utilizados para estimar os custos associados com os estados de saúde do modelo. Descrever os métodos de investigação primária ou secundária para valorar cada item de recurso em termos de sua unidade de custo. Descrever eventuais ajustes feitos para aproximar ao custo de oportunidade.
13. Métodos de mensuração dos dados de custos (quantidades e unidades)	Informar o método de custeio utilizado para estimar os custos: Macrocusteio ou <i>Top down</i> (“de cima para baixo”, a partir de bases de dados nacionais, bancos de dados de seguradoras ou planos de saúde), Microcusteio ou <i>Bottom-up</i> (“de baixo para cima”, com base em prontuários médicos, inquéritos, entrevistas), ou mistos, combinação dos dois métodos anteriores.
14. Modelo de análise de decisão	Descrever e justificar o tipo específico de modelo utilizado (árvore de decisão, modelo de Markov, modelo de simulação de eventos discretos, etc.). Fornecendo uma figura para mostrar a estrutura do modelo.

Quadro 3. Elementos das avaliações econômicas em saúde
(conclusão)

Desenho de estudo	Descrição / Recomendação
Análise e interpretação dos resultados	
15. Análise de sensibilidade	Usada para considerar a incerteza dos parâmetros em um modelo ou para identificar lacunas na evidência disponível. Os cálculos são repetidos substituindo uma gama de valores plausíveis para um ou mais parâmetros. Se os resultados permanecem consistentes, a análise é considerada robusta.
16. Análise incremental	Relatar para cada alternativa comparada, os valores médios das principais categorias de custos e desfechos de interesse estimados, bem como a média das diferenças entre os grupos de comparação. Se for o caso, apresentar a razão de custo-efetividade incremental (RCEI). A RCEI pode não ser aplicável quando uma intervenção é dominante ou dominada.

Fontes: Revisão sistemática dos *checklists* da AHRQ (WALKER et al., 2012), *Checklist CHEERS* (HUSEREAU et al., 2013) e o estudo de McBrien e Manns (2013).

Para os interessados em obter mais informações sobre como desenvolver estudos de avaliação econômica, sugerimos a leitura dos livros de Gold et al. (1996) e Drummond et al. (2005; DRUMMOND; MCGUIRRE, 2001)

Além disso, para que ela possa efetivamente ser utilizada na tomada de decisão, deve ser equilibrada e imparcial (confiável), transparente e acessível ao leitor ou

usuário do estudo. Há muitas situações em que as avaliações econômicas podem auxiliar os tomadores de decisão (CANADIAN AGENCY FOR DRUGS AND TECHNOLOGIES IN HEALTH, 2006):

- Decisões em vários níveis de governo ou órgãos administrativos (por exemplo, secretarias municipais e estaduais de saúde, hospitais, planos de saúde) para financiar uma tecnologia, serviço ou programa de saúde;
- Decisões de preços por órgãos reguladores do governo e fabricantes de tecnologia;
- *Guidelines* de prática clínica;
- Prioridades para o financiamento de pesquisa por parte dos governos e pesquisa de empresas de base;
- Vigilância pós-comercialização e atualizações de informações econômicas baseadas no uso da tecnologia no “mundo real”.

Avaliações econômicas podem fornecer informações valiosas para aqueles que tomam decisões sobre a alocação de recursos de saúde limitados. Em particular, avaliações econômicas podem ser usadas para identificar intervenções que contribuem de forma positiva para a saúde da população, distinguindo-as daquelas que não representam bom investimento do recurso disponível. Além disso, as avaliações podem ser utilizadas em conjunto com outras abordagens, tais como análise de impacto orçamentário e análise marginal para ajudar a definir prioridades. (DONALDSON; MOONEY, 1991; MITTON; DONALDSON, 2004a, 2004b; RUTA et al., 2005)

Existem preocupações sobre a adequação das avaliações econômicas para a tomada de decisão. A falta de transparência em alguns estudos de avaliação econômica, quanto à isenção dos seus financiadores e realizadores

e consequentes decisões metodológicas, pode levar a interpretação inadequada dos resultados e lançar dúvidas sobre a credibilidade da avaliação. (DRUMMOND et al., 2003) Há também críticas com relação à divulgação e à oportunidade da informação produzida, embora essa crítica não seja exclusiva para avaliações econômicas. (MCDAID et al., 2002) Problemas de confiabilidade incluem a escolha inadequada dos pressupostos e métodos nas análises (por exemplo, técnicas de extrapolação de dados) e limitações dos métodos (por exemplo, consideração de custos indiretos relacionados à produtividade perdida). (DRUMMOND et al., 2003; MCDAID et al., 2002; HILL et al., 2000)

As avaliações econômicas são criticadas por não levarem em conta a natureza dinâmica das condições, resultados e custos, e por não terem uma visão abrangente de todos os fatores que podem ter um impacto sobre o custo-efetividade de uma intervenção, tais como a interação com programas existentes. Problemas relevantes incluem o uso de comparadores inadequados, a falta de dados do “Mundo real” na análise, falta de análise de subgrupo apropriada e a generalização pobre dos resultados. (DRUMMOND et al., 2003; MCDAID et al., 2002)

As avaliações econômicas não analisam todas as implicações econômicas de uma tecnologia como, em particular, as consequências financeiras das decisões. (DRUMMOND et al., 2003; HOFFMAN; GRAF VON DER SCHULENBURG, 2000) A análise de impacto orçamentário (AIO) fornece informações complementares sobre as despesas orçamentárias e questões de *affordability* ou viabilidade de financiamento. A finalidade de uma AIO é estimar as consequências financeiras da adoção e da difusão de uma nova intervenção em saúde dentro de um cenário de cuidados de saúde ou contexto de um sistema de saúde específico, onde os recursos são limitados. A AIO prevê

como uma mudança no *mix* de drogas e outras terapias usadas para tratar uma determinada condição de saúde que irá afetar os gastos com essa condição. (MAUSKOPF et al., 2007)

A AIO pode ser independente ou fazer parte de uma avaliação econômica abrangente. Cada vez mais, os responsáveis pelas decisões de cobertura exigem que, juntamente com a ACE, seja apresentada uma AIO como parte da solicitação de cobertura ou inclusão de novas tecnologias em listas de reembolso. Vários países (Austrália, Canadá, Estados Unidos, Inglaterra e País de Gales, Espanha, Bélgica, França, Hungria, Itália, Polônia, Coreia do Sul, Taiwan, Tailândia, Israel, Brasil e Colômbia) incluíram a solicitação de uma AIO para decisões locais ou nacionais de cobertura ou reembolso. (SULLIVAN et al., 2014) A diretriz metodológica para AIO de tecnologias em saúde nacional foi publicada recentemente. Para o seu desenvolvimento, foram consideradas as recomendações da International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) e foram revisadas as diretrizes de outros países. (FERREIRA-DA-SILVA et al., 2012)

A comparação de algumas características da avaliação econômica e da análise de impacto orçamentário são apresentadas no Quadro 4.

Quadro 4 - Comparação entre avaliação econômica e da análise de impacto orçamentário

	Avaliação Econômica	Análise de Impacto orçamentário
Questão abordada	É um bom investimento do dinheiro?	É viável?
Objetivo	Eficiência das alternativas	Plano para o impacto financeiro
Desfechos em saúde	Incluída	Excluída
Medida	Custo adicional por unidade de benefício ou desfecho	Gasto total
Horizonte temporal	Geralmente mais longo (pode ser a vida toda)	Geralmente mais curto (1-5 anos)

Fonte: Adaptado de *Guidelines for the economic evaluation of health technologies*: Canada. Ottawa, 2006. (CANADIAN AGENCY FOR DRUGS AND TECHNOLOGIES IN HEALTH, 2006)

Para um maior detalhamento das etapas metodológicas de um estudo de análise de impacto orçamentário, consultar os princípios de boas práticas publicadas pela International Society For Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) (SULLIVAN et al., 2014) e as diretrizes metodológicas do Ministério da Saúde (2014).

Algumas barreiras impedem o uso de avaliações econômicas na tomada de decisão, incluindo problemas de orçamento e falta de conhecimento econômico em

instituições responsáveis pelo processo de tomada de decisão, as quais podem levar à interpretação inadequada das avaliações. (HOFFMAN; GRAF VON DER SCHULENBURG, 2000) Esses fatores ajudam a explicar por que avaliações econômicas não têm sido usadas com mais frequência nas decisões no setor saúde. Além da utilidade potencial dos resultados de uma análise econômica, a sua realização permite sintetizar conhecimentos sobre a epidemiologia da doença sob estudo, seu impacto sobre o sistema de saúde (utilização de serviços e seus custos) e alternativas tecnológicas de intervenção, de forma a oferecer aos usuários das informações uma forma estruturada de pensar as informações úteis sobre as implicações das decisões. Isso permite aos tomadores de decisão uma visão mais ampliada do impacto de uma tecnologia, e decisões mais explícitas e transparentes. O teste final da avaliação é se de fato ela leva a melhores decisões em condições de incerteza e contribui para a utilização mais efetiva e eficiente dos recursos.

A necessidade dos tomadores de decisão por informações econômicas mais completas é refletida no número crescente de *guidelines* produzidos mundialmente. (HJELMGREN et al., 2001) No entanto, seguir as orientações contidas nesses *guidelines* não eliminará a possibilidade de viés nas avaliações em virtude da dos julgamentos que permeiam a condução dessas avaliações.

O Brasil tem procurado utilizar essa ferramenta de apoio à tomada de decisão para gestão racional do sistema de saúde. Na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a Gerência de Avaliação Econômica de Novos Medicamentos tem utilizado conceitos de Avaliação Tecnológica e Econômica em Saúde para a tomada de decisão sobre preço de novos medicamentos desde 2004. (AUGUSTOVSKI et al., 2011) Essa atividade foi regulamentada pela Lei Federal nº 10.742, que definiu normas de regulação do setor farmacêutico e criou a Câmara de Regulação do

Mercado de Medicamentos (CMED), responsável pelos critérios para fixação e ajuste dos preços dos medicamentos. (REPÚBLICA, 2003)

O Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT), tem fomentado a realização de estudos de avaliação econômica. Desde 2006, o DECIT tem desenvolvido diretrizes metodológicas para a elaboração de revisões sistemáticas e estudos de avaliação econômica e tem colaborado com a Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CITEC) na avaliação de incorporação de novas tecnologias pelo Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a, 2006b, 2008) No período de 2008 a 2010, foi produzido um total de 103 estudos para auxiliar as decisões no âmbito da CITEC. Em relação ao tipo de estudo, houve predominância de Nota Técnica de Revisão Rápida (36/103) e Parecer Técnico-Científico (26/103). Somente 11,6% (12/103) desses estudos foram análises econômicas. (NOVAES; ELIAS, 2013)

Em 2011, a CITEC foi substituída pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC), que passou a assessorar o Ministério da Saúde nas decisões de incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos no Sistema Único de Saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a, 2011b) A CONITEC passou a exigir estudos de avaliação econômica e a usá-los nas suas recomendações de incorporação de novas tecnologias ou abandono de tecnologias já incorporadas pelo SUS. De acordo com a Lei Federal nº 12.401, que dispôs sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS, os relatórios da CONITEC deverão levar em consideração, além de evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade e a segurança, também estudos de avaliação econômica comparativa dos benefícios e dos custos em relação às tecnologias já incorporadas.

No entanto, no período de 2012 a 2015, os relatórios de recomendação da CONITEC se basearam em estudos mais restritos, do tipo descrição de tecnologia e análises preliminares de impacto orçamentário. Entre as tecnologias recomendadas para incorporação, apenas 11,1% apresentaram uma avaliação econômica completa com o cálculo da razão de custo-efetividade incremental.

Apesar do desenvolvimento metodológico dos estudos de avaliação econômica ocorrido na academia e nos institutos de pesquisa, essa expertise ainda está pouco presente nas instâncias governamentais. A falta de recursos humanos capacitados, ausência de uma equipe permanente nos departamentos em nível federal e municipal, combinado a frequentes mudanças de pessoal do nível de decisão, são apresentadas como obstáculos para a continuidade das ações e uso das avaliações econômicas em nível governamental. (ELIAS; ARAÚJO, 2014)

Estudo de caso: Uso da avaliação econômica no processo de tomada de decisão da introdução de novas vacinas no calendário de rotina do Programa Nacional de Imunizações (PNI)

O projeto de pesquisa “Estudos de custo-efetividade da incorporação de novas vacinas à rotina do Programa Nacional de Imunizações: varicela, rotavirus, meningocócica C conjugada, hepatite A e pneumocócica conjugada”, coordenado pela Professora Hillegonda Maria Dutilh Novaes, foi uma demanda do Programa Nacional de Imunizações (PNI) da Secretaria de Vigilância à Saúde (SVS) do Ministério da Saúde com financiamento do CNPq e Ministério da Saúde, teve início a partir de 2005 e foi sucedido com projetos de outras vacinas posteriores.

O objetivo do projeto era realizar estudos de custo-efetividade para as vacinas de varicela, rotavirus, meningocócica C conjugada, hepatite A e pneumocócica conjugada para contribuir no processo de tomada de decisão do PNI de incorporação dessas novas tecnologias ao calendário vacinal de rotina. Posteriormente foram solicitadas avaliações das vacinas HPV, pneumocócica polissacarídica 23-valente e tríplice acelular de adultos.

Foram desenvolvidas estimativas epidemiológicas, de utilização de serviços de saúde e de custos diretos e indiretos relacionados às doenças a serem prevenidas pelas vacinas e da introdução dessas vacinas no PNI. Modelos matemáticos de análise de decisão específicos foram construídos para cada uma das vacinas. Medidas sínteses do tipo razão de custo-efetividade incremental, bem como análises de sensibilidade univariadas, multivariadas e probabilísticas foram apresentadas.

A construção das estimativas que alimentam os modelos matemáticos foi fortemente apoiada no uso de dados secundários provenientes de Sistemas de Informação em Saúde (SIS) (Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM–, Sistema Informações de Nascidos Vivos – SINASC–, Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN, Sistema de Informações Hospitalares do SUS – SIH-SUS, Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA-SUS, Sistema de Informações da Assistência Básica – SIAB, Sistema de Informações do PNI - SIPNI), e de bases de dados provenientes de inquéritos nacionais, como a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios (PNAD) e a Pesquisa sobre Orçamento Familiar (POF), ambas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os resultados do projeto de pesquisa “Estudos de custo-efetividade da incorporação de novas vacinas à rotina do Programa Nacional de Imunizações: varicela, rotavirus,

meningocócica C conjugada, hepatite A e pneumocócica conjugada” estão apresentados na forma de razões de custo-efetividade incremental no Quadro 5. (DE SOÁREZ et al., 2008, 2011, 2015; VALENTIM et al., 2008; SARTORI et al., 2012a, 2012b; NOVAES et al., 2015)

Como limiar de custo-efetividade, foi utilizada a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS), na qual para uma intervenção ser considerada custo-efetiva, a RCEI por DALY evitado deve ser até 3 vezes o valor do PIB per capita, quando a RCEI por DALY evitado é de 1 vez o valor do PIB per capita, a intervenção é considerada muito custo-efetiva; e quando a RCEI é maior que 3 vezes o PIB, a intervenção não é custo-efetiva. Considerando, por exemplo, a vacina da varicela, avaliada em 2008, e o PIB per capita do Brasil, em 2008 (R\$15.240), a vacina custou menos do que um PIB per capita (3 X R\$14.749) por ano de vida salvo e foi considerada uma tecnologia muito custo-efetiva.

Todas as vacinas se mostraram custo-efetivas (são um bom investimento do recurso). Mas é preciso também realizar uma análise de impacto orçamentário para avaliar se as despesas orçamentárias incrementais com a compra das novas vacinas são viáveis e para garantir a sustentabilidade das vacinas incorporadas anteriormente ao PNI.

Quadro 5 – Resultados dos estudos de custo-efetividade das vacinas rotavirus, varicela, pneumocócica conjugada, meningocócica C conjugada, hepatite A, pneumocócica polissacarídica 23-valente e tríplice acelular de adultos

Vacinas	RCEI (Custo por ano de vida salvo)	Resultado da avaliação	Decisão ano de incorporação
Rotavirus	R\$ 1,028	Muito custo-efetiva	Sim / 2006
Varicela	R\$ 14,749	Muito custo-efetiva	Sim / 2013
Pneumocócica	R\$ 21,369*	Custo-efetiva	Sim / 2010
Meningocócica C	R\$ 21,620	Custo-efetiva	Sim / 2010
Hepatite A	Cost-saving	Econômica	Sim / 2014
HPV	R\$ 13,355*	Muito custo-efetiva	Sim / 2014
Pneumocócica polissacarídica 23-valente	R\$1.699	Muito custo-efetiva	**
Tríplice acelular de adultos	R\$29.310	Custo-efetiva	**

Fonte: De Soárez et al. (2008; 2011, 2015), Valentim et al. (2008), Sartori et al. (2012a; 2012b), Novaes et al. (2015).

*Custo por DALY evitado.

**Decisões ainda não publicadas. Relatórios técnicos-científicos enviados ao PNI em outubro de 2014.

Considerações finais

A avaliação econômica em saúde tem sido utilizada nas decisões de incorporação de tecnologias nos sistemas de saúde e poderia desempenhar um papel mais importante no Brasil. Porém, desafios precisam ser superados para que ela alcance seus objetivos.

Cooperação entre produtores e usuários dos estudos mostra-se essencial para garantir avaliações de um escopo ampliado de tecnologias, reduzir duplicações e promover o alinhamento das avaliações com as prioridades em saúde.

Para maior aceitação da avaliação econômica, é necessário garantir processos transparentes e desenvolver a capacitação dos profissionais para conduzir estudos e dos tomadores de decisão para interpretar o conhecimento produzido pelos mesmos. Essa iniciativa deverá estar baseada no comprometimento político dos gestores do sistema de saúde em promover a produção e a utilização dos resultados e recomendações das avaliações econômicas nos processos de decisão.

Referências

ANDERSON, R. Systematic reviews of economic evaluations: utility or futility? **Health Econ.**, v. 19, n. 3, p. 350-64, Mar 2010. ISSN 1099-1050. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19378354>>. Acesso em: 03 nov 2015.

ANDRADE, E.I.G. et al. Pesquisa e produção científica em economia da saúde no Brasil. **RAP**, v. 41, n. 2, p. 211-35, 2007.

AUGUSTOVSKI, F. et al. Barriers to generalizability of health economic evaluations in Latin America and the Caribbean region. **Pharmacoeconomics**, v. 27, n. 11, p. 919-29, 2009. ISSN 1179-2027. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19888792>>. Acesso em: 03 nov 2015.

AUGUSTOVSKI, F. et al. Implementing pharmacoeconomic guidelines in Latin America: lessons learned. **Value Health**, v. 14, n. 5 Suppl 1, p. S3-7, Jul-Aug 2011. ISSN 1524-4733. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21839895>>. Acesso em: 03 nov 2015.

BEUTELS, P.; SCUFFHAM, P.A.; MACINTYRE, C.R. Funding of drugs: do vaccines warrant a different approach? **Lancet Infect Dis**, v. 8, n. 11, p. 727-33, Nov 2008. ISSN 1473-3099. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18992409>>. Acesso em: 03 nov 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Health Technology Assessment: institutionalization of actions in the Brazilian Ministry of Health. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 743-7, Aug. 2006a. ISSN 0034-8910. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17063254>>. Acesso em: 03 nov 2015.

_____. **Portaria nº 3.323, de 27 de dezembro de 2006.** Institui a comissão para incorporação de tecnologias no âmbito do Sistema Único de Saúde e da Saúde Suplementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. **Portaria nº 2.587, de 30 de outubro de 2008.** Dispõe sobre a Comissão de Incorporação de Tecnologias no Ministério da Saúde e vincula sua gestão à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde 2008.

_____. **Diretrizes Metodológicas: estudos de avaliação econômica de tecnologias em saúde.** Brasília: 152 p. 2009.

_____. **Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011.** Regulamenta a Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011 e Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. **Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. **Diretrizes metodológicas: diretriz de avaliação econômica.** Brasília: Ministério da Saúde: 132 p. 2014.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Nº 10.742**, de 6 de outubro de 2003. Define normas de regulação para o setor farmacêutico, cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED e altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, e dá outras providências. 2003.

CHILVERS, M.; SMITH, B. **Economic Evaluation Guidelines: Performance Analysis & Development Branch Policy and Planning Division:** 36 p. 2009.

DECIMONI, T. et al. Systematic review of economic evaluation of health technologies developed in Brazil from 1980-2013. **Value in Health**, v. 17, n. 7, p. A438-A438, Nov. 2014. ISSN 1098-3015.

DE SOÁREZ, P.C. et al. Cost-effectiveness analysis of routine rotavirus vaccination in Brazil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 23, n. 4, p. 221-30, Apr 2008. ISSN 1020-4989. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18505602>>. Acesso em: 03 nov 2015.

DE SOAREZ, P.C. et al. Cost-effectiveness analysis of a universal infant immunization program with meningococcal C conjugate vaccine in Brazil. **Value Health**, v. 14, n. 8, p. 1019-27, Dec. 2011. ISSN 1524-4733. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22152170>>. Acesso em: 03 nov 2015.

DE SOÁREZ, P.C. et al. Cost-Effectiveness Analysis of Universal Vaccination of Adults Aged 60 Years with 23-Valent Pneumococcal Polysaccharide Vaccine versus Current Practice in Brazil. **PLoS One**, v. 10, n. 6, p. e0130217, 2015. ISSN 1932-6203. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26114297>>. Acesso em: 03 nov 2015.

DONALDSON, C.; MOONEY, G. Needs assessment, priority setting, and contracts for health care: an economic view. **BMJ**, v. 303, n. 6816, p. 1529-30, Dec. 1991. ISSN 0959-8138. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1782499>>. Acesso em: 03 nov 2015.

DRUMMOND, M. et al. Use of pharmacoeconomics information--report of the ISPOR Task Force on use of pharmacoeconomic/health economic information in health-care decision making. **Value Health**, v. 6, n. 4, p. 407-16, Jul-Aug. 2003. ISSN 1098-3015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12859580>>. Acesso em: 03 nov 2015.

DRUMMOND, M. et al. **Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes**. Third. Oxford Medical Publications, 2005.

DRUMMOND, M.F.; JEFFERSON, T.O. Guidelines for authors and peer reviewers of economic submissions to the BMJ. The BMJ Economic Evaluation Working Party. **BMJ**, v. 313, n. 7052, p. 275-83, Aug 1996. ISSN 0959-8138. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8704542>>. Acesso em: 03 nov 2015.

DRUMMOND, M.; MCGUIRE, A. **Economic evaluation in health care: merging theory with practice**. First. Oxford: Oxford University Press, 2001.

ELIAS, F.T.; ARAÚJO, D.V. How health economic evaluation (HEE) contributes to decision-making in public health care: the case of Brazil. **Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes**, v. 108, n. 7, p. 405-12, 2014. ISSN 2212-0289. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25444299>>. Acesso em: 03 nov 2015.

FERREIRA-DA-SILVA, A.L. et al. Guidelines for budget impact analysis of health technologies in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 7, p. 1223-38, Jul 2012. ISSN 1678-4464. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22729254>>. Acesso em: 03 nov 2015.

GOLD, M.R. et al. **Cost-effectiveness in Health and Medicine**. Oxford University Press, 1996.

GONSALEZ SAES, S. **Estudo bibliométrico das publicações em economia da saúde**, no Brasil, 1989-1998 / Bibliometric study of publications in health economics, Brazil, 1989 to 1998. 2000. 104 (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Prática de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

HILL, S.R.; MITCHELL, A.S.; HENRY, D.A. Problems with the interpretation of pharmacoeconomic analyses: a review of submissions to the Australian Pharmaceutical Benefits

Scheme. **JAMA**, v. 283, n. 16, p. 2116-21, Apr 2000. ISSN 0098-7484. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10791503>>. Acesso em: 03 nov 2015.

HJELMGREN, J.; BERGGREN, F.; ANDERSSON, F. Health economic guidelines--similarities, differences and some implications. **Value Health**, v. 4, n. 3, p. 225-50, May-Jun. 2001. ISSN 1098-3015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11705185>>. Acesso em: 03 nov 2015.

HOFFMANN, C.; GRAF VON DER SCHULENBURG, J.M. The influence of economic evaluation studies on decision making. A European survey. The EUROMET group. **Health Policy**, v. 52, n. 3, p. 179-92, Jul 2000. ISSN 0168-8510. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10862993>>. Acesso em: 03 nov 2015.

HUSEREAU, D. et al. Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS)--explanation and elaboration: a report of the ISPOR Health Economic Evaluation Publication Guidelines Good Reporting Practices Task Force. **Value Health**, v. 16, n. 2, p. 231-50, Mar-Apr. 2013. ISSN 1524-4733. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23538175>>. Acesso em: 03 nov 2015.

IGLESIAS, C.P. et al. Health-care decision-making processes in Latin America: problems and prospects for the use of economic evaluation. **Int. J. Technol. Assess. Health Care**, v. 21, n. 1, p. 1-14, 2005. ISSN 0266-4623. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15736509>>. Acesso em: 03 nov 2015.

MAUSKOPF, J.A. et al. Principles of good practice for budget impact analysis: report of the ISPOR Task Force on good research practices--budget impact analysis. **Value Health**, v. 10, n. 5, p. 336-47, Sep-Oct. 2007. ISSN 1098-3015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17888098>>. Acesso em: 03 nov 2015.

MCBRIEN, K. A.; MANNING, B. Approach to economic evaluation in primary care: review of a useful tool for primary care reform. **Can. Fam. Physician**, v. 59, n. 6, p. 619-27, Jun. 2013. ISSN 1715-5258. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23766042>>. Acesso em: 03 nov 2015.

MCDALD, D.; MOSSIALOS, E.; MRAZEK, M. Making use of economic evaluations. **Int. J. Risk Saf. Med.**, v. 15, p. 67-74, 2002.

MITTON, C.; DONALDSON, C. Health care priority setting: principles, practice and challenges. **Cost Eff Resour Alloc**, v. 2, n. 1, p. 3, Apr 2004a. ISSN 1478-7547. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15104792>>. Acesso em: 03 nov 2015.

_____. **Priority setting toolkit: a guide to the use of economics in healthcare decision making**. London: BMJ Books, 2004b.

NOVAES, H.; ELIAS, F. Uso da avaliação de tecnologias em saúde em processos de análise para incorporação de tecnologias no Sistema Único de Saúde no Ministério da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. Sup, p. S7-S16, 2013.

NOVAES, H.M. et al. Cost-effectiveness analysis of introducing universal human papillomavirus vaccination of girls aged 11 years into the National Immunization Program in Brazil. **Vaccine**, v. 33 Suppl 1, p. A135-42, May 2015. ISSN 1873-2518. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25919154>>. Acesso em: 03 nov 2015.

RUTA, D. et al. Programme budgeting and marginal analysis: bridging the divide between doctors and managers. **BMJ**, v. 330, n. 7506, p. 1501-3, Jun. 2005. ISSN 1468-5833. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15976426>>. Acesso em: 03 nov 2015.

SARTORI, A.M.; DE SOÁREZ, P.C.; NOVAES, H.M. Cost-effectiveness of introducing the 10-valent pneumococcal conjugate vaccine into the universal immunisation of infants in Brazil. **J. Epidemiol. Community Health**, v. 66, n. 3, p. 210-7, Mar. 2012a. ISSN 1470-2738. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20884668>>. Acesso em: 03 nov 2015.

SARTORI, A.M. et al. Cost-effectiveness analysis of universal childhood hepatitis A vaccination in Brazil: Regional analyses according to the endemic context. **Vaccine**, v. 30, n. 52, p. 7489-97, Dec. 2012b. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23107593>>. Acesso em: 03 nov 2015.

SILVA, E.N. et al. Economic evaluation of health technologies: checklist for critical analysis of published articles. **ver. Panam Salud Publica**, v. 35, n. 3, p. 219-27, Mar. 2014. ISSN 1680-5348. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24793870>>. Acesso em: 03 nov 2015.

SIMOENS, S. Health economic assessment: a methodological primer. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 6, n. 12, p. 2950-66, Dec. 2009. ISSN 1660-4601. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20049237>>. Acesso em: 03 nov 2015.

SULLIVAN, S.D. et al. Budget impact analysis-principles of good practice: report of the ISPOR 2012 Budget Impact Analysis Good Practice II Task Force. **Value Health**, v. 17, n. 1, p. 5-14, 2014 Jan-Feb. 2014. ISSN 1524-4733. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24438712>>. Acesso em: 03 nov 2015.

TRUEMAN, P.; ANOKYE, N.K. Applying economic evaluation to public health interventions: the case of interventions to promote physical activity. **J. Public Health (Oxf)**, v. 35, n. 1,

p. 32-9, Mar. 2013. ISSN 1741-3850. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22753453>>. Acesso em: 03 nov 2015.

VALENTIM, J. et al. Cost-effectiveness analysis of universal childhood vaccination against varicella in Brazil. **Vaccine**, v. 26, n. 49, p. 6281-91, Nov. 2008. ISSN 0264-410X. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18674582>>. Acesso em: 03 nov 2015.

VIANNA, C.; CAETANO, R. Avaliações econômicas como um instrumento de incorporação tecnológica em saúde. **Cad. Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 747-766, 2005.

VIANNA, S.M. **Evolução e perspectivas da pesquisa em economia da saúde no Brasil**. Brasília. 1998.

WALKER, D. et al. **Best practices for conducting economic evaluations in health care: a systematic review of quality assessment tools**. Rockville, MD. 2012.

WILLIAMS, A. The cost-benefit approach. **Br. Med. Bull.**, v. 30, n. 3, p. 252-6, Sep. 1974. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4458903>>. Acesso em: 03 nov 2015.

WOODS, B. et al. **Country-Level Cost-Effectiveness Thresholds: Initial estimates and the Need for Further Research**. CHE Research Paper 109. Center for Health Economics - CHE. The University of York, p.24. 2015.

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. **Guidelines for the economic evaluation of health technologies**: Canada. Ottawa, p.74. 2006. Disponível em: <https://www.cadth.ca/media/pdf/186_EconomicGuidelines_e.pdf>. Acesso em: 03 nov 2015.

National Institute for Health and Care Excellence. **Guide to the methods of technology appraisal**. 80 p. 2013. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/article/pmg9/resources/non-guidance-guide-to-the-methods-of-technology-appraisal-2013-pdf>>. Acesso em: 03 nov 2015.

Institute for Quality and Efficiency in Health Care. **General Methods for the Assessment of the Relation of Benefits to Costs**. 70 p. 2009. Disponível em: <http://www.ispor.org/peguidelines/source/Germany_AssessmentoftheRelationofBenefitstoCosts_En.pdf>. Acesso em: 03 nov 2015.

Health Information and Quality Authority. **Guidelines for the Economic Evaluation of Health Technologies in Ireland**. 75 p. 2010. Disponível em: <<http://www.hiqa.ie/publication/guidelines-economic-evaluation-health-technologies-ireland>>. Acesso em: 03 nov 2015.

PARTE 2

**Desafios do Programa
Nacional de Melhoria do
Acesso e da Qualidade da
Atenção Básica (Pmaq)**

CAPÍTULO 5

DESAFIOS PARA A AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL: A DIVERSIDADE DE INSTRUMENTOS CONTRIBUI PARA A INSTITUIÇÃO DE UMA CULTURA AVALIATIVA?

*Elen Rose Lodeiro Castanheira
Patricia Rodrigues Sanine
Thais Fernanda Tortorelli Zarili
Maria Ines Battistella Nemes*

Para discutirmos a questão apresentada no título, optamos por partir de um breve reconhecimento do contexto atual e do processo onde emergem as propostas de instituição de mecanismos de avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS)¹ no Brasil, para avançarmos, a seguir,

¹ Iremos considerar o campo de estudos que orienta as pesquisas e práticas em nível mundial como melhor representado pela expressão “atenção primária à saúde” (APS), e o nível de atenção do sistema de saúde brasileiro, assim como a nomeação dos serviços, de “atenção básica” (AB), embora, no mais das vezes, essas dimensões se sobreponham, já que o campo de estudo vincula-se muito fortemente aos serviços e ao sistema de saúde. Desse modo, optamos por considerar no presente trabalho as nomeações APS e AB como tendo sentidos equivalentes em

nas concepções sobre qualidade e avaliação de serviços, descrevendo por fim os diferentes instrumentos que vêm sendo utilizados, de modo a construir uma resposta à questão inicial.

Atenção Primária no Brasil: por que avaliar?

Vinte e cinco anos após sua criação, o Sistema Único de Saúde (SUS) continua a enfrentar desafios que põem à prova seus princípios e diretrizes, num cenário onde competem projetos de saúde e sociedade distintos em valores e concepções. Ao mesmo tempo, essas diferentes proposições por vezes se confundem com aquelas que norteiam o SUS, ora com propostas aparentemente semelhantes, ora com críticas que encobrem os sucessos alcançados e que procuram reduzir o SUS a um conjunto de ações “malsucedidas”, como a propalada “baixa resolubilidade da Atenção Básica” e sua responsabilização pelos principais problemas do sistema de saúde, que postos dessa forma mais encobrem do que esclarecem os problemas de fato colocados.

Em defesa do SUS e partindo das grandes conquistas já alcançadas, devemos avançar na compreensão dos processos em curso, aprofundando os estudos em diferentes perspectivas que contribuam para a consolidação de um sistema público promotor da saúde como direito. Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde tem assumido um papel cada vez mais estratégico.

É inquestionável o crescimento do número, abrangência e capacidade de atendimento dos serviços

relação às propostas que representam hoje para o sistema de saúde brasileiro com a diferenciação apontada. (BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE, 2011a; MELLO; FONTANELLA; DEMARZO; 2009; CONILL, 2008; GIL, 2006)

de Atenção Básica em todo Brasil sob gestão municipal e com corresponsabilidade dos outros entes federados. Em 2014, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) apresentou uma cobertura de 62,3% da população brasileira, em torno de 121 milhões de habitantes, com equipes em 5.463 municípios, (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015) o que reflete o grande alcance da principal política de atenção primária do SUS. Entretanto, muitos questionamentos têm sido colocados, a maioria recaindo sobre a qualidade das ações realizadas. Mas afinal, qual a qualidade desejada?

A qualidade que, de modo estereotipado, pode ser representada por “atendimento rápido, sempre por médico, com muitos remédios, muitos exames e encaminhamentos para diferentes especialistas”, sintetiza o já tradicionalmente nominado modelo “queixa-conduta”, ou “consultação”, que há muito é questionado e, no entanto, ainda muito presente no dia a dia dos serviços. (CAMPOS, 2008; SCHRAIBER, 2000; MENDES-GONÇALVES, 1994; SCHRAIBER, 1990)

Apesar das medidas de valorização da APS, persiste ainda em muitos serviços sua tradução como uma atenção simplificada, baseada num conhecimento científico e tecnológico “fraco”, ou até inexistente; o que representa a persistência de um “outro projeto” assistencial que se contrapõe ao representado originalmente pela APS de Alma Ata, ou pela Atenção Básica do SUS, potencialmente capazes de promover um novo modelo de atenção à saúde. (ROVERE, 2012; PAIM, 2012b; SCHRAIBER; MENDES-GOLÇALVES, 2000; SCHRAIBER et al., 1999) A tendência em repetir o velho modelo de atendimento “pronto” e centrado na medicalização da saúde e da vida pode ser observada inclusive em unidades de saúde da família, apontando a necessidade de mudanças que consigam alterar o próprio processo de trabalho desenvolvido em seus diversos arranjos organizacionais. (CASTANHEIRA et al., 2014; 2011)

Nesse sentido, a atual Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a) estende para toda a rede de serviços de Atenção Básica o papel de reorientação do sistema, mantendo-se a priorização dos princípios orientadores da ESF mais do que a exclusividade de um determinado modelo, ainda que esta se mantenha como a estratégia preferencial de reorientação.

A construção do “SUS que queremos” passa pela redefinição do modelo que se mantém hegemônico. As medidas de enfrentamento precisam ser múltiplas e simultâneas. Muitas delas têm sido tomadas, como a própria Estratégia de Saúde da Família, a instituição do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e a formação de profissionais de saúde por estratégias de educação a distância, mas precisamos avançar mais, consolidando e inovando. Há questões estruturais a serem superadas, como o subfinanciamento e a fixação de recursos humanos, como também questões processuais, como a necessidade de aprimoramento de mecanismos de gestão e participação da comunidade, assim como de garantia da qualidade dos serviços para que se possa avançar na efetivação dos princípios da Reforma Sanitária erigindo a saúde como direito social. (PAIM, 2012a; 2012b; TEIXEIRA, 2009)

Os desafios para a qualificação do conjunto dos serviços de Atenção Básica, em todo território nacional, precisam ser identificados nas diferentes esferas em que se colocam. Ao lado da superação de questões macropolíticas, há que se superar obstáculos postos na dimensão cotidiana dos serviços, como o trabalho em equipe, a qualidade técnica articulada à humanização das práticas e à comunidade. Entre os diversos desafios postos, a qualidade da atenção realizada na rede de serviços de AB já existente se apresenta como uma dimensão imediatamente mais

próxima da governabilidade de gestores, profissionais e usuários, e que pode impulsionar o enfrentamento das demais dimensões.

Na busca pela qualidade, a avaliação é apontada como uma abordagem capaz de fornecer indicadores que ajuízam a realidade e possibilitam intervenções a partir de normas e critérios bem-definidos e adequados ao tempo e local ao qual se referem. Avaliar possibilita o diagnóstico de uma situação inicial e o estabelecimento de metas a serem trabalhadas a partir das necessidades de mudanças observadas, além de poder fortalecer o compromisso e responsabilização da equipe pela qualidade da assistência prestada, sempre que esta participar do processo avaliativo. (SANINE, 2014; BRUIN-KOOISTRA et al., 2012)

Nesse sentido, a avaliação de serviços pode corroborar com o processo de mudança, evidenciando necessidades e fornecendo elementos para uma reflexão crítica sobre o trabalho para gestores e profissionais, como também para a comunidade.

Qualidade dos serviços de Atenção Básica: o que avaliar?

A definição do que é “qualidade da assistência” não é tarefa fácil nem consensual, pois permite diferentes interpretações e remete a várias esferas da produção do cuidado. Um ponto de partida para a discussão sobre qualidade é considerar que sua construção deve se dar a partir do aumento da responsabilidade e compromisso com o “cuidar”, (DONABEDIAN, 2005; 1969; SCOTT; CAMPBELL, 2002) que tem por base os processos de trabalho desenvolvidos pelos diferentes profissionais da equipe de AB.

Para Donabedian (1990), qualidade depende de três componentes:

(...) la atención técnica, el manejo de la relación interpersonal, y el ambiente en el que se lleva a cabo el proceso de atención. La evaluación de cada uno de estos aspectos permite estimar la calidad de la atención brindada, siempre y cuando se tomen en consideración las características específicas del país en que se da la atención del paciente. De cultura a cultura cambian las normas de adecuación y la disponibilidad de recursos, las preferencias de la disponibilidad de recursos, las preferencias de la gente, sus creencias, y consecuentemente deben cambiar los criterios para evaluar la calidad de la atención. Una vez definidos estos criterios, garantizar la calidad depende del diseño de un sistema adecuado a las particularidades de cada caso, y de la monitoría eficiente del desempeño de ese sistema. (DONABEDIAN, 1990, p. 113)

Assim, pode-se afirmar que a “qualidade da assistência” refere-se à capacidade de resposta às necessidades de saúde da população, incluindo a compreensão dos valores culturais que orientam sua manifestação, assim como, ao acesso, enquanto um aspecto fundamental, além da prevenção de resultados indesejáveis, como os “Ds”: *death, disease, disability, discomfort, dissatisfaction* apontados por Campos (2005). Segundo este autor, a qualidade na APS deve abranger a identificação e o atendimento às necessidades da população, o cuidado ofertado aos portadores de condições crônicas, o estabelecimento de vínculo entre profissional e usuário e o olhar atento à detecção precoce de condições

de risco e vulnerabilidade. Já para os usuários, a qualidade pode configurar-se em obter respostas às necessidades que atendam às expectativas de cuidado, em parte moldadas pelas práticas de atenção realizadas pelos serviços de saúde. (PISSATTO, 2011; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; CAMPOS, 2005)

Ao considerarem-se as mudanças no contexto de saúde, nos conhecimentos e tecnologias utilizadas, além de alterações no próprio modelo assistencial, os padrões do que se espera como a melhor qualidade possível também sofrem alterações, definindo a qualidade como um atributo mutável e incremental, ou seja, que sofre alteração, conforme o contexto sociopolítico e que sempre pode ser aprimorada. (ZARILI, 2015; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a; ANVERSA et al., 2012; BROUSSELLE et al., 2011; FURTADO, 2006)

Para uma construção continuada, que leve em conta os acúmulos já alcançados, deve-se resgatar a responsabilização das equipes locais, cujo compromisso no contínuo aprimoramento das ações da saúde pode ser apontado como um dos principais mecanismos, em parceria com o movimento social, para a conquista de uma estabilidade que impeça o “eterno recomeçar” a cada mudança de governo, ainda que esse tipo de proposição já esteja colocada para todos os que defendem a saúde como uma política de Estado e não de governo.

Uma vez que avaliar é estabelecer juízo de valor - julgar e mensurar -, é necessário que se explicitem os preceitos de qualidade utilizados. Para Donabedian (1985), a estrutura refere-se aos recursos humanos, físicos, materiais, financeiros e à normatização do serviço; o processo está relacionado diretamente ao funcionamento do sistema, ou seja, como as ações são organizadas; e o resultado diz respeito às mudanças geradas pelas ações

realizadas. O quadro definido por Donabedian propõe que a avaliação deve se dar a partir da inter-relação entre estrutura, processo e resultado, assim, uma boa estrutura aumenta a possibilidade de um bom processo e um bom processo favorece um bom resultado. (BRITO; JESUS, 2009; NEMES, 2001; DONABEDIAN, 1988)

Um resgate da avaliação dos serviços de Atenção Básica no Brasil: como avaliar?

Com o propósito de melhorar a qualidade e definir mecanismos de monitoramento dos serviços de Atenção Básica, o SUS tem desenvolvido ferramentas de gestão, com apoio à implementação de processos avaliativos com diferentes escopos, mas que convergem de um modo geral no propósito de induzir práticas que traduzam as diretrizes do SUS. (CASTANHEIRA et al., 2014; FURTADO; VIEIRA-DA-SILVA, 2014; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010; 2005; 2003; FACCHINI et al., 2008; TANAKA; ESPIRITO SANTO, 2008)

Desde 1990, as avaliações voltadas à implantação de programas vêm aumentando com a utilização de diferentes instrumentos e metodologias; no entanto, foi com o incentivo do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), a partir de 2003, que se desenvolveu o maior número de estudos, destacando-se os 84 trabalhos de Linha de Base instituídos com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre avaliação da Atenção Básica e fortalecer sistemas de monitoramento e avaliação, além de contribuir para a institucionalização de sistemas de avaliação, por meio de projetos cooperativos e interinstitucionais. (VERAS; VIANNA, 2009; FACCHINI et al., 2008; PICCINI et al., 2007)

Uma das primeiras iniciativas de institucionalização da cultura avaliativa da APS no SUS, como estratégia indutora de qualidade em saúde, foi o projeto Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), que contou com cooperação técnica e financeira da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e do Banco Mundial, além da assessoria técnica do Instituto de Qualidade em Saúde do Ministério da Saúde de Portugal. Foi lançado em 2005 pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, com uma metodologia de autoavaliação e autogestão. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b; 2010; 2006; VASCONCELOS, 2011)

O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – *Primary Care Assessment Tool*), validado por Starfield nos Estados Unidos em 1998, apresenta originalmente versões autoaplicáveis destinadas a crianças, adultos maiores de 18 anos, profissionais de saúde e também direcionados à coordenação/gerência do serviço de saúde. Em 2010, foi traduzido e utilizado pelo Ministério da Saúde para suprir a falta de instrumentos validados que avaliassem as interações entre os usuários e os profissionais dos serviços de APS, além de permitir a avaliação de serviços de APS organizados sob diferentes modelos. (HARZHEIM et al., 2013; 2006; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b; 2010a; 2010c)

Nesse período, o instrumento de autoavaliação utilizado pelo Ministério da Saúde, o AMQ, dirigia-se apenas aos serviços organizados segundo a ESF, o que deixava muitos serviços de AB fora do processo avaliativo, particularmente no Estado de São Paulo, onde a cobertura populacional por equipes de saúde da família era apenas de 24%. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

Como parte do processo descrito, no Estado de São Paulo foi desenvolvido e validado em 2007 um instrumento de avaliação de serviços de Atenção Básica autoaplicável, via *web*, o Questionário Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB), dirigido a todos os serviços de AB, independentemente de seu modelo organizacional, incluindo Unidades de Saúde da Família, Unidades Básicas tradicionais e outras formas de organização definidas pelo gestor municipal, o que conferia uma capacidade de maior abrangência do conjunto da rede de AB instalada nesse estado. (CASTANHEIRA et al., 2014; 2011; 2009)

O acúmulo proporcionado pelos estudos de Linha de Base, e especialmente do próprio AMQ, além de outras pesquisas de menor abrangência, favoreceu a instauração de uma política de qualidade de APS no SUS, a Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ) nos serviços de saúde. A partir da revisão da AMQ, do PCATool e *Quality book of Tools*, e com contribuições de consultores externos de diversas instituições, foi desenvolvido um novo instrumento avaliativo destinado a todos os serviços de APS, isto é, não mais se restringindo apenas aos serviços organizados segundo a ESF, denominado Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (AMAQ). (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b; 2010a; 2010c)

Esta iniciativa impulsionou no país o comprometimento em desenvolver ações voltadas para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços. Com o objetivo de avaliar os resultados da nova política de saúde, em todas as suas dimensões, com destaque para o componente da APS, é lançado em 2011 o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), com “garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira

a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde”, (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b) permitindo a análise do processo de consolidação da APS em todo território brasileiro. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b)

Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde no Brasil: características de alguns modelos

A escolha de qual o melhor modo de avaliar deve ser diversificada conforme a natureza do serviço e das perguntas que deseja responder, como no caso das avaliações de processo, relevantes para responder a questão se o cuidado está sendo corretamente praticado. (BROUSSELLE et al., 2011; NEMES, 2001; DONABEDIAN, 1969)

As avaliações de serviços, particularmente quando baseadas na abordagem Donabediana, tendem a desenvolver mecanismos estruturados de avaliação, com critérios e padrões rígidos e privilegiando desenhos quantitativos. Os limites desse escopo avaliativo devem ser reconhecidos sem que isso represente a negação de suas potencialidades na orientação de políticas e medidas de melhoria de qualidade, ainda que não considere a subjetividade inerente a toda avaliação e tenha limites em tomar como objeto a dimensão intersubjetiva das ações em saúde. (MARSIGLIA, 2008)

Apesar da grande importância internacional dada para as avaliações de resultado, no Brasil as iniciativas de incentivo à melhoria de qualidade têm trabalhado principalmente com variáveis e indicadores de processo voltados para a organização do trabalho e para o gerenciamento local, além da abordagem dos usuários e da gestão municipal, (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a;

2006; BRITO; JESUS, 2009) pois as avaliações de resultados são complexas, dada as dificuldades em se estabelecer nexos causais e ainda com pouca tradição nos estudos brasileiros. Por outro lado, avaliar o processo de trabalho de um serviço tem maior viabilidade, além de possibilitar medidas de aprimoramento da qualidade mais imediatas e sob governabilidade das equipes e da gestão municipal. (NEMES, 2001)

Nesse contexto, a autoavaliação consiste numa tendência contemporânea em relação a instrumentos de melhoria da qualidade, sendo considerada uma abordagem com potencial de promover mudanças, já que envolve os atores de maneira efetiva e direta. (SCHRAIBER et al., 1999) Os instrumentos autoaplicáveis, como as autoavaliações, ganham destaque por utilizarem pedagogias ativas, ou seja, reforçam a autonomia e a emancipação dos atores envolvidos, desde que bem-articuladas e com sensibilização dos sujeitos, possibilitando às equipes de saúde a construção de novas metas e a organização de tecnologias que melhorem a assistência prestada. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a)

Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) da Estratégia Saúde da Família

Instituído pelo Ministério da Saúde em 2005, a AMQ consistia em uma ferramenta de autoavaliação sobre a organização do processo de trabalho destinado apenas aos serviços organizados segundo o modelo de Saúde da Família. Orientado pelos princípios do SUS, adotava o modelo teórico proposto por Donabedian, tendo como foco de análise os serviços e as práticas de saúde. (VENÂNCIO et al., 2008)

Aplicado por livre adesão, sem o envolvimento de incentivos financeiros ou sanções com relação aos resultados obtidos, previa a realização de diagnóstico, planejamento e intervenção, completando o denominado Ciclo AMQ. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

Composto por cinco instrumentos de autoavaliação, um para cada âmbito de gestão e execução da ESF (gestor municipal de saúde, coordenadores municipais da ESF, diretores técnicos dos serviços de SF, profissionais da equipe de SF, e profissionais de nível superior da equipe de SF), apresentava também um caderno técnico com material de apoio para orientar o planejamento das ações. Era respondido em versão impressa e depois digitado, e, em todas as versões, a mensuração quanto aos possíveis padrões de qualidade era classificada em cinco níveis: E (elementar), D (em desenvolvimento), C (consolidada), B (boa) e A (avançada). (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

Os cinco instrumentos avaliativos compreendiam um total de trezentas questões ou indicadores de qualidade, apresentados no formato de respostas do tipo “sim e não”, com a descrição do padrão esperado para cada indicador, distribuídos em duas grandes unidades de análise: Gestão e coordenação local da estratégia e Equipes de Saúde da Família, compostos em dimensões e subdimensões, conforme disposto no Quadro 1.

Quadro 1: Unidades de análise, dimensões e subdimensões do instrumento AMQ

(continuação)

UNIDADES DE ANÁLISE	DIMENSÕES	SUBDIMENSÕES
GESTÃO E COORDENAÇÃO LOCAL	Desenvolvimento de Estratégias 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 da Educação Permanente
		Gestão da Avaliação
		Normatização
	Unidades SF	Infraestrutura e Equipamentos da USF
		Insumo, Imunobiológicos e Medicamentos

(conclusão)

EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	Consolidação do Modelo de Atenção	Organização do Trabalho em Saúde da Família
		Acolhimento, Humanização e Responsabilização
		Promoção da Saúde
		Participação Comunitária e Controle Social
	Atenção à Saúde	Vigilância à Saúde I: Ações Gerais da ESF
		Saúde da Criança
		Saúde do Adolescente
		Saúde da Mulher e Homens Adultos
		Saúde do Idoso
		Vigilância à Saúde II: Doenças Transmissíveis
		Vigilância à Saúde III: Agravos com Prevalência Regional
		Padrões Loco-regionais

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, 2009.

Exemplo de questões para a equipe de Saúde da Família em relação à saúde do adulto:

E	A ESF possui registro atualizado dos hipertensos da área	(S) (N)
<p><i>O padrão refere-se à ESF possuir, registrado e documentado em papel, o número de hipertensos referidos e confirmados, discriminados por grupos etários (ver SIAB) e sexo, atualizado mensalmente. A partir do conhecimento desta população é possível o desenvolvimento de várias outras ações indicadas nos estágios mais elevados de qualidade.</i></p>		

D	A ESF monitora a frequência dos hipertensos às atividades agendadas	(S) (N)
<p><i>O padrão refere-se à ESF monitorar a frequência dos hipertensos às atividades agendadas, empregando esforços para garantir a adesão às atividades coletivas e individuais e realizando busca ativa aos faltosos.</i></p>		

C	A atenção à população de hipertensos é realizada a partir da classificação do risco	(S) (N)
<p><i>O planejamento da atenção aos hipertensos é realizado utilizando-se classificação segundo o tipo de hipertensão, adesão e resposta ao tratamento, presença de fatores de risco associados, grau de instrução e autonomia, entre outros fatores. A frequência de consultas médica e de enfermagem é proposta e realizada a partir desta avaliação, de acordo com os consensos para o tema (www.saude.gov.br/hipertensao-diabetes).</i></p>		

B	Houve redução do número absoluto de internações por Acidente Vascular Cerebral	(S) (N)
<p><i>O padrão refere-se à redução do nº absoluto de internações por acidente vascular cerebral nos últimos 24 meses, para a população adscrita entre 40 e 69 anos, acompanhada. É um dos temas abordados pelo do Pacto de Indicadores da Atenção Básica.</i></p>		

A	A ESF desenvolve atividades de reintegração e reabilitação comunitária em conjunto com as equipes de Saúde Mental de referência	(S) (N)
<p><i>O padrão refere-se à ESF desenvolver ativamente projetos e ações de reintegração e reabilitação comunitária em conjunto ou com a assessoria da equipe de Saúde Mental de referência.</i></p>		

Observa-se que os níveis progressivos de qualidade avançam de indicadores mais vinculados à estrutura, como sistema de registro de dados, para indicadores de processo, no exemplo, a classificação de risco, e de resultado, como o impacto nas internações por AVC na população adscrita. Para o nível avançado na atenção ao adulto não há questão específica em relação ao controle de hipertensos, mas o deslocamento para o trabalho integrado com outras equipes e em relação a tema que se refere a diferentes condições e necessidades de saúde do adulto.

Entre as limitações apontadas para o AMQ estão a complexidade e o elevado número de questões (PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012), além de não contemplar serviços organizados fora do modelo Saúde da Família, não

abrangendo assim o conjunto de serviços da AB, além de não abordar a avaliação pelos usuários, enquanto importantes atores no processo de cuidado e organização dos serviços. (OLIVEIRA, 2007)

Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool-Brasil) - Primary Care Assessment Tool

O instrumento foi desenvolvido para avaliar os atributos essenciais e derivados que qualificam a APS de acordo com quadro avaliativo desenvolvido por Starfield, com base no modelo Donabedian. Tem como finalidade mensurar a presença e a extensão de quatro atributos essenciais e de três atributos derivados da APS, e, por meio deles, qualificar o processo de atenção, priorizando as interações entre profissionais e usuários mediadas pela estrutura do serviço. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p.10)

Segundo Starfield, os quatro atributos essenciais dos serviços de APS são: Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção; e os atributos derivados são: atenção à saúde centrada na família (orientação familiar), orientação comunitária e competência cultural. (SHI; STARFIELD; XU, 2001; CASSADY et al., 2000)

O PCATool-Brasil é composto por três instrumentos: PCATool-Brasil versão Criança; versão Adulto e versão Profissionais, os dois primeiros aplicados a usuários. Pretende identificar aspectos de estrutura e processo dos serviços que exigem reafirmação ou reformulação na busca da qualidade tanto para o planejamento como para a execução das ações de APS. Às respostas são atribuídos valores de 1 a 4, numa escala tipo *Likert*, sendo “com certeza sim” (4), “provavelmente sim” (3), “provavelmente

não” (2), “com certeza não” (1) e as respostas “não sei/não lembro” (9). Para obter-se o escore da qualidade de cada serviço, calcula-se a média dos valores dos itens que compõem cada dimensão. A aplicação da versão brasileira tem feito uso de entrevistadores para a realização da coleta dos dados, o que difere da proposta original de um instrumento autoaplicável. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010; HARZHEIM, 2006; DUNCAN, 2000)

Para suprir a ausência de ferramentas destinadas a medir as interações usuários-serviços no contexto da APS em nosso país, o PCATool foi adaptado ao Brasil como uma ferramenta aplicável por entrevistadores treinados, tanto quando as questões são dirigidas a usuários como quando os entrevistados são profissionais. (HARZHEIM et al., 2013, 2006)

O instrumento PCATool-Brasil versão Criança é aplicado aos pais das crianças ou cuidadores (como avós, tios ou cuidadores legais), identificando-se o familiar/cuidador que é o maior responsável pelo cuidado da saúde da criança. É composto por 55 itens (ou questões). A versão Adulto é composta por 87 e a versão Profissionais é composta por 77 itens.

As questões ou itens de cada um desses instrumentos estão distribuídos em componentes, ou dimensões, que representam os atributos da APS. Os instrumentos para crianças e adultos são constituídos por 10 componentes, com 55 itens, para crianças e 87 para adulto (Quadro 2). Os componentes são indicados por ordem alfabética de A a J, conforme sequência de aplicação, em todos eles existem itens relacionados à estrutura e ao processo.

A versão profissional foi elaborada em espelho com as versões adulto e criança, mantendo-se os mesmos atributos e o mesmo temário. Por ser dirigido a profissionais, foram excluídos os componentes Grau de afiliação e Utilização,

relativos à relação dos usuários com o serviço, ficando com 8 componentes e 77 itens avaliados (Quadro 2).

Quadro 2: Atributos essenciais e derivados, componentes e número de itens avaliados segundo o instrumento PCATool-Brasil, para as versões criança, adulto e profissional

ATRIBUTOS ESSENCIAIS E DERIVADOS	COMPONENTES	NÚMERO DE ITENS AVALIADOS		
		PCATool Criança	PCATool Adulto	PCATool Profissionais
Acesso de Primeiro Contato*	Utilização Acessibilidade	3	3	--
		6	12	9
Longitudinalidade	Grau de afiliação Longitudinalidade	3	3	--
		14	14	13
Coordenação da Atenção	Integração de cuidados Sistema de Informações	5	8	6
		3	3	3
Integralidade	Serviços disponíveis Serviços prestados	9	22	22
		5	13	15
ATRIBUTOS DERIVADOS				
Orientação Familiar	Orientação Familiar	3	6	3
Orientação Comunitária	Orientação Comunitária	4	3	6

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, 2010.

* Não contemplados no instrumento dirigido a profissionais.

O instrumento PCATool-Brasil discrimina a qualidade dos serviços de acordo com itens que procuram representar os atributos da APS, definidos por Starfield, abordando principalmente indicadores de processo a partir do questionamento de usuários e profissionais das unidades sobre aspectos de mesma ordem em relação à assistência realizada.

A título de exemplo, no PCATool Profissionais, o componente *Integralidade Serviços Prestados* apresenta como uma de suas questões (em relação à assistência prestada para todas as idades) :

<i>Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis?</i>					
Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, Sim	Provavelmente, Não	Com certeza, Não	Não sei / não lembro
F1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente.	4	3	2	1	9
F2 – Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança.	4	3	2	1	9
F3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura.	4	3	2	1	9

Os números indicam a pontuação que caberá a cada resposta, cuja soma compõe a razão que define a pontuação para cada questionário aplicado, e partir do conjunto dos questionários um escore final para o serviço. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

Uma característica que se destaca nesse instrumento é o fato da versão original em inglês ter recebido adaptações e validações em diferentes países, com versões em espanhol, catalão, além de países como Taiwan, Hong Kong e Canadá, o que possibilita comparações entre os sistemas de saúde. (PASARÍN et al., 2013; TSAI et al., 2010a, 2010b; WONG et al., 2010; HAGGERTY; MARTIN, 2005) A versão brasileira foi validada por meio de processo de tradução e tradução reversa, adaptação e validação de conteúdo e de construto e análise de confiabilidade. (HARZHEIM, 2013; 2006; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010; DUNCAN, 2000)

Questionário Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB)

O Instrumento Questionário de Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica (QualiAB) foi elaborado em 2007 como fruto de um projeto de pesquisa financiado pela linha de fomento Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS), partindo de pressupostos de qualidade erigidos a partir da teoria do trabalho em saúde. (MENDES-GONÇALVES, 1994) Foi construído por processo de consenso iterativo, que incluiu metodologias qualitativas, teste-piloto e validação de construto e confiabilidade. A metodologia utilizada tem por base a experiência de avaliação de serviços ambulatoriais a pessoas que vivem com Aids, realizada pela equipe QualiAids. (NEMES et al., 2009; 2004; CASTANHEIRA et al., 2011)

No ano de 2010, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, foi respondido por 2.735 unidades básicas de saúde, distribuídas em 586 municípios, de um total de 645 em todo o Estado. Nessa ocasião, contou com o apoio do Programa “Articuladores da Atenção Básica”, da SES SP, para realização das devolutivas para os participantes, em sua maioria municípios do interior paulista de médio e pequeno porte. (CASTANHEIRA et al., 2014; 2011; 2009; ANDRADE; CASTANHEIRA, 2011)

O foco avaliativo é a organização e o gerenciamento dos serviços por meio de um instrumento autoaplicado, que procura avaliar as condições de exercício de “boas práticas” nos moldes de uma avaliação normativa. Baseia-se principalmente em variáveis de processo cujos padrões tomam por referência as diretrizes do SUS e da PNAB e normas técnicas de cuidado individual e coletivo para a atenção primária, conforme consensos nacionais e internacionais. Procura identificar a organização das ações realizadas no dia a dia dos serviços, tomadas como indicadoras do modelo de atenção efetivado. (CASTANHEIRA et al., 2011)

O QualiAB é um instrumento autoaplicável, via *web*, sob responsabilidade do gerente local ou coordenador da unidade. As respostas ao questionário pressupõem o envolvimento do conjunto dos profissionais que participam da execução das diferentes ações, pois questiona sobre aspectos da organização dos múltiplos processos presentes nas unidades de AB. Não prevê mecanismos de abordagem dos usuários. Na versão original, de 2007, as 85 questões geravam 65 indicadores de qualidade que avaliavam duas grandes dimensões: oferta e organização da assistência e gerenciamento do trabalho. (CASTANHEIRA et al., 2011)

A necessidade de atualização de alguns padrões e de introdução de novos indicadores desdobrou-se num projeto de revisão e atualização do instrumento original, mantendo-se o mesmo quadro avaliativo. A nova versão é resultado de processo de revisão por pares, pré-teste, aplicação-piloto em região do interior paulista e avaliação por grupo de especialistas e encontra-se em fase final de validação com o objetivo de ter aplicabilidade para os diferentes contextos do território nacional. (ZARILI, 2015)

A versão atualizada, revista em 2015, é composta por 120 questões de múltipla escolha, organizadas em cinco blocos (identificação e características gerais do serviço; informação, planejamento e avaliação em saúde; organização da atenção à saúde; perfil de atividades; e características do processo gerencial) que definem um total de 103 indicadores de qualidade, predominantemente de processo. Foram mantidas duas grandes dimensões de análise: Gestão, incluindo questões mais diretamente vinculadas à gestão municipal e mantendo-se outras de responsabilidade da gerência local; e Assistência, com questões relativas a diferentes componentes da atenção à saúde na APS - ações de promoção, prevenção e educação em saúde; vigilância; atenção à demanda espontânea; organização geral da assistência, saúde bucal e a diferentes grupos que requerem seguimento na atenção primária, como mulheres, crianças e adolescentes, adultos e idosos. As duas grandes dimensões por seus diversificados componentes permitem variados recortes de análise a partir da eleição de subconjuntos de indicadores, como, por exemplo, das ações dirigidas à saúde da criança, (SANINE, 2014) aos portadores de doenças crônicas ou à saúde sexual e reprodutiva, tal como já se colocava para a versão de 2007.

Exemplo de questão em relação à promoção, prevenção e educação em saúde:

As estratégias de educação em saúde realizadas NA UNIDADE são: Assinale uma ou mais alternativas
1) Campanhas sobre diferentes temas realizadas em <u>momentos específicos</u> (DST/Aids, HA, DM, Raiva, Dengue, Saúde do Idoso e outras).
2) Palestras sobre diversos temas definidos pela equipe de saúde.
3) Realização de grupos relacionados às ações programáticas (programas de pré-natal, hipertensão e diabetes outros).
4) Atividades em sala de espera.
5) Atividades em grupo que abordem outros temas.
6) Atividades periódicas com temas definidos a partir do perfil epidemiológico e demanda dos usuários.
7) Outras .
8) Não realiza atividades de educação em saúde.

A pontuação de cada questão varia entre 0, 1 e 2, sendo 0 (insuficiente), 1 (aceitável) e 2 (padrão esperado), e é a base para a definição de uma pontuação final por serviço.

A experiência de aplicação via *web*, com respostas *online*, tem sido positiva, permitindo a consolidação de dados para devolutivas às equipes e gestores municipais. O aprimoramento desse sistema deve viabilizar devolutivas imediatas para cada serviço participante, associadas a orientações de boas práticas, conforme previsto no projeto em desenvolvimento. (ZARILI, 2015; CASTANHEIRA et al., 2014)

Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ: AMAQ) e Avaliação externa

A avaliação proposta pelo Programa de Avaliação para a Qualificação (PMAQ) do SUS, do Ministério da Saúde, situa a avaliação como estratégia permanente para tomada de decisão e mecanismo central para melhoria da qualidade das ações de saúde. Considera que um serviço de qualidade deve compreender os princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social, e, dessa forma, tenta envolver todos os atores neste processo avaliativo.

O PMAQ encontra-se organizado em quatro fases que se complementam: a Fase 1 iniciada pela adesão voluntária dos municípios mediante a contratualização de compromissos e indicadores a serem firmados entre as equipes dos serviços e os gestores municipais e desses com o Ministério da Saúde; a Fase 2 é constituída por quatro dimensões: autoavaliação, monitoramento, educação permanente e apoio institucional, no qual a autoavaliação é considerada o ponto de partida no processo de melhoria, pois a partir da aplicação de uma ferramenta como o AMAQ, as equipes são capazes de identificar problemas e discutir estratégias de reorganização da equipe e da gestão local. Cabe ressaltar que não é obrigatório que o instrumento de autoavaliação seja o AMAQ, sendo facultado aos gestores municipais e às equipes de AB definir o instrumento que melhor responda às necessidades e à realidade local. A Fase 3 é constituída pelas avaliações externas, por meio de certificação de desempenho das equipes de AB e gestões municipais, por meio de monitoramento de indicadores e verificação das condições locais e da avaliação das condições de acesso e de qualidade, por meio de outros instrumentos e da satisfação e utilização dos serviços por parte dos usuários. São realizadas por equipes contratadas

e treinadas para esse fim, com a aplicação de instrumentos estruturados, cujos padrões de qualidade se assemelham aos da autoavaliação da segunda fase. A Fase 4, com base nas realidades evidenciadas na avaliação externa, encerra o ciclo e gera nova recontractualização com a gestão municipal e equipes dos serviços de Atenção Primária. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b)

O instrumento de autoavaliação AMAQ tem como foco as equipes de Atenção Básica, sejam elas Saúde da Família ou equipes multiprofissionais estruturadas em outros modelos, desde que organizadas de acordo com os princípios e diretrizes da APS e parametrizadas. É composto por 111 questões que apresentam os padrões de qualidade esperados para cada uma. As respostas se baseiam numa escala *Likert*, com variação numérica de 0 a 10, que corresponde ao grau de adequação ao padrão esperado, sendo: 0 (o completo não cumprimento do padrão) e 10 (a total adequação ao padrão). (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a; 2012b)

Cada questão representa um indicador de qualidade que em conjunto são divididos em duas grandes unidades de análise, compostas por dimensões e subdimensões, conforme o Quadro 3.

Quadro 3: Unidades de análise, dimensões e subdimensões utilizadas na autoavaliação (AMAQ) e na Certificação da Fase 3

UNIDADE DE ANÁLISE	DIMENSÃO	SUBDIMENSÃO
Gestão	Gestão Municipal	Implantação e Implementação da Atenção Básica no Município
		Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde
		Gestão do Trabalho
		Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário
	Gestão da Atenção Básica	Apoio Institucional
		Educação Permanente
		Gestão do Monitoramento e Avaliação - M&A
	Unidade Básica de Saúde	Infraestrutura e Equipamentos
		Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos
	Equipe	Perfil, Processo de Trabalho e Atenção integral à Saúde
Organização do Processo de Trabalho		
Atenção integral à Saúde		
Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário		

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, 2012b.

Exemplo de questão do AMAQ para a equipe:

4.17	A equipe de atenção básica acompanha o crescimento e desenvolvimento das crianças menores de um ano da sua área de abrangência.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
<p>A equipe realiza, durante o primeiro ano de vida da criança, no mínimo sete consultas de acompanhamento, sendo três com o médico e quatro de enfermagem. Essas consultas acontecem na 1ª semana e no 1º, 2º, 4º, 6º, 9º e 12º mês. A avaliação integral da saúde da criança envolve o registro, na caderneta de saúde da criança e no prontuário, de avaliação do peso, altura, desenvolvimento, imunizações e intercorrências, estado nutricional, bem como orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, imunizações, estimulação e aspectos psicoafetivos). O acompanhamento da criança é realizado visando a estreitar e manter o vínculo da criança e da família com a Unidade Básica de Saúde, propiciando oportunidades de abordagem para a promoção da saúde, prevenção de problemas e agravos e provendo o cuidado em tempo oportuno.</p>		

O Instrumento de avaliação externa é composto por quatro módulos: I. Observação da Unidade Básica - tem por objetivo avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos; II. Entrevista com o profissional da equipe e verificação de documentos - objetiva obter informações sobre o processo de trabalho e a organização do serviço e do cuidado com os usuários; III. Entrevista com um usuário do serviço – objetiva verificar a satisfação e a percepção dos usuários quanto ao acesso e à utilização. Há também um Módulo eletrônico que complementa os módulos anteriores, respondidos pelos gestores no Sistema de Gestão da Atenção Básica (SGDAB) por meio do site do Programa (<http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/>). (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012)

Exemplo de questão para o avaliador observar:

ES – I.15.2	Teste rápido de gravidez	Sempre disponíveis
	<i>Só poderá marcar uma opção de resposta</i>	Às vezes disponível
		Nunca disponíveis

Exemplo de questão para o profissional da equipe:

G – II.15.2	Quais desses exames são solicitados pela sua equipe e são realizados pela rede de serviços de saúde para o pré-natal? <i>Poderá escolher mais de uma opção</i>	Glicemia de jejum
		Sorologia para sífilis (VDRL)
		Sorologia para HIV
		Sorologia para hepatite B
		Exame sorológico para toxoplasmose
		Exame para dosagem de hemoglobina e hematócrito
		Teste rápido de gravidez
		Teste rápido de sífilis
		Teste rápido de HIV
		Urocultura ou sumário de urina (urina tipo I)
Nenhuma das anteriores		

Exemplo de questão para os usuários:

III.23.7	De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para sua satisfação com o cuidado recebido pelo(a) médico(a)?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	<i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>	Não se aplica (se não tiver médico na equipe)

Ao final do processo, as equipes são classificadas em quatro categorias em relação ao desempenho: insatisfatório; regular; bom; ou ótimo. Esta classificação leva em conta o resultado da equipe em comparação ao desvio-padrão da média do desempenho das equipes do estrato no qual está inserida. Foram definidos seis estratos para garantir comparabilidade entre equipes de AB de todo território brasileiro, utilizando-se critérios sociais, econômicos e demográficos (densidade demográfica; produto interno bruto (PIB) per capita; percentual da população com plano de saúde; com Bolsa-Família; e em extrema pobreza). A partir do segundo ciclo do PMAQ, além da comparação entre as diferentes equipes de um mesmo estrato, será levado em conta a evolução de cada equipe ao longo do tempo a partir do segundo ciclo de implementação do programa, a equipe de APS deverá ser avaliada a cada 18 meses. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a)

A *Certificação* é feita a partir do monitoramento de 47 indicadores contemplados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), subdivididos em sete áreas (saúde da mulher, da criança, mental, bucal, tuberculose e hanseníase, controle de *diabetes mellitus* e hipertensão arterial sistêmica e produção geral) que se encontram classificadas em indicadores de desempenho e monitoramento. A

pontuação dessa fase é definida conforme o nível de: implementação de processos autoavaliativos (10%); desempenho alcançado para o conjunto de indicadores contratualizados (20%); e evidências para um conjunto de padrões de qualidade (70%). (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a)

Por tratar-se de um processo que integra a política de Atenção Básica do Ministério da Saúde, seus resultados desdobram-se em diferentes repasses financeiros de acordo com o desempenho das equipes. Esta questão, apesar de favorecer a adesão de gestores municipais e das equipes à avaliação e induzir à melhoria da qualidade, segundo os critérios e padrões utilizados, pode também, em parte, induzir o falseamento de evidências em prol da busca por um bom desempenho. (HARTZ, 1999)

Considerações Finais

Com base nas discussões apresentadas, avançamos em direção à questão original: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa?

Apesar dos incentivos e dos avanços já alcançados, a avaliação em saúde ainda se constitui num grande desafio, em parte em função da grande complexidade do sistema de saúde e da relativa “juventude” do SUS, ao que se acresce a heterogeneidade dos serviços, num país de dimensões continentais, além das oscilações políticas que em alguns contextos contrapõem-se às proposições e conquistas históricas do sistema público de saúde.

Institucionalizar a avaliação significa integrá-la em um sistema organizacional no qual seja capaz de influenciar seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a

ação que articule, necessariamente, as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas. (HARTZ, 1999)

Neste sentido, a crescente preocupação com a qualidade e avaliações de serviços na APS nos permite observar o engajamento do Brasil em relação ao movimento internacional pela institucionalização de uma cultura avaliativa, como já implementada em diversos países. No entanto, a institucionalização de uma política vai além dos limites das avaliações, sendo estas “apenas um dos elementos que apoia o aprendizado e facilita a cooperação entre os envolvidos.” (VAN DER MEER; EDELENBOS, 2006, p.207) Nessa perspectiva, é necessário permitir que as práticas avaliativas sejam aceitas e utilizadas de uma forma contínua como ferramentas de prestação de contas à sociedade e de monitoramento das práticas desenvolvidas.

A realização de processos periódicos de avaliação coloca-se como uma importante estratégia na busca pela melhoria da qualidade dos serviços de AB, pois pode integrar processos de educação permanente, nos quais a equipe possa identificar problemas, definir prioridades e não só reorientar as práticas na direção dos padrões preconizados como também desenvolver novos padrões de qualidade. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012; FURTADO; LAPERRIÈRE, 2012; BROUSSELLE et al., 2011; PISCO, 2006)

Diferente dos serviços especializados, a AB é composta por múltiplos e diversificados objetos de atenção à saúde, abarcando desde o nascimento ao envelhecimento, incluindo a atenção à saúde sexual e reprodutiva, a saúde do trabalhador, a atenção a situações de conflito e violência, o uso abusivo de álcool e outras drogas, o cuidado às condições e agravos crônicos, entre tantas outras condições que compõem a atenção integral à saúde, o que lhe atribui uma complexidade própria.

Soma-se a essa complexidade, o desafio posto para a APS brasileira de constituir-se no eixo de reorientação do sistema público de saúde de modo a ordenar um modelo de atenção que tome a saúde como direito social, expressa em práticas e tecnologias de cuidado individual e coletivo. Nossa ainda pequena experiência com avaliação de serviços de saúde, ao lado da complexidade do projeto definido pelo SUS para a Atenção Primária, exige a soma de inúmeros esforços e a articulação de pesquisas e experiências de gestão. É nesta complexa abrangência das práticas da APS que se situa o grande desafio da construção de instrumentos de avaliação de serviços.

A exigência de uma estruturação que aborde dimensões mais globais capazes de contemplar esta diversidade de ações favorece a emergência de instrumentos com semelhanças, diferenças e aspectos complementares, conforme pudemos observar nas sínteses apresentadas.

As avaliações devem ser utilizadas como instrumentos de discussão crítica sobre a organização dos serviços e práticas de saúde, explorando-se seu potencial de induzir mudanças, mas tendo claro que a transformação de normas éticas e políticas em critérios técnicos e padrões de qualidade serão sempre temporários e sujeitos às realidades às quais se aplicam.

Nenhum dos instrumentos apresentados cobre completamente a avaliação dos serviços de AB e nem seria o caso de fazê-lo. De fato, é fundamental que as avaliações integrem as políticas públicas de saúde e que estas possam definir modelos avaliativos que utilizem instrumentos que alimentem o planejamento e a implementação de mudanças. No entanto, a multiplicidade das avaliações, com focos, estratégias e instrumentos diversificados, traz maior riqueza às análises, pois permite comparações e complementaridades que ampliam a visibilidade do

sistema e fortalecem a implementação de uma cultura avaliativa nos serviços, um dos passos na direção de um modelo assistencial comprometido com a saúde como direito.

Referências

ANDRADE, M.C.; CASTANHEIRA, E.R.L.. Cooperação e Apoio Técnico entre Estado e Municípios: a experiência do Programa Articuladores da Atenção Básica em São Paulo. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.980-990, 2011.

ANVERSA, E.T.R. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n.4, p.789-800, Rio de Janeiro, abr., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400018&lng=pt&nrm=iso&tng=pt>. Acesso em 02 mai 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica – DAB. **Histórico de cobertura Saúde da Família**. [2015]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>. Acesso em 01 jun 2015.

_____. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: AMAQ**. Brasília, Ministério da Saúde, 2012a.

_____. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2011a.

_____. **Portaria nº 1.654, de 19 de julho de 2011.** Brasília, 2011b.

_____. **A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde:** conceitos, métodos e diretrizes. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2010.

_____. **Caderno de Auto-Avaliação n.3:** Unidade Saúde da Família. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família:** Guia de Implantação Municipal AMQ. Brasília, 2006.

BRASIL-PISSATTO, S.B.G. **Avaliação da qualidade da atenção básica nos municípios do Departamento Regional de Saúde de Sorocaba.** Tese [Doutorado] – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2011.

BRITO, T.A.; JESUS, C.S. Evaluación de servicios de salud: aspectos conceptuales y metodológicos, **Revista Lecturas, Educación Física y Deportes**, Revista Digital, v. 139, n. 14, p 1-7, 2009. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd139/avaliacao-de-servicos-de-saude.htm>>. Acesso em: 21 jun 2013.

BROUSSELLE, A. et al. (Org.). **Avaliação:** conceitos e métodos. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

BRUIN-KOOISTRA, M. et al. Finding the right indicators for assessing quality midwifery care. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 24, n. 3, p. 301–310. 2012.

CAMPOS, G.W.S. Suficiências e insuficiências da política para a Atenção Básica no Brasil. Debate sobre o artigo de Conill. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1, p. S7-S27, 2008

_____. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, supl. 1, p. s63-s69, dez. 2005.

CASSADY, C.E. et al. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**, v. 105, p. 998-1003, 2000.

CASTANHEIRA, E.R.L. et al. Avaliação de Serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no Estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 679-691, out.-dez., 2014. Disponível em: <http://cebes.com.br/site/wp-content/uploads/2015/01/RSD103_web.pdf>. Acesso em: 12 de jan 2015.

CASTANHEIRA, E.R.L. et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saude e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p.935-947, dez. 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400011>>. Acesso em: 27 fev 2014.

CASTANHEIRA, E.R.L. et al. Avaliação da qualidade da atenção básica em 37 municípios do centro-oeste paulista: características da organização da assistência. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, supl.2, abr./jun., 2009.

CONILL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1, p. S7-S27, 2008.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

_____. La dimension internacional de La evaluación y garantía de La calidad. **Salud Pública de México**, v.32, n.2, p. 113-117, 1990.

_____. Assessment of technology and quality. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**, v.4, p.487-496, 1988.

_____. Some issues in evaluating the quality of nursing care. **Measuring and Evaluating Nursing Care**, v. 59, n. 10, Oct. 1969.

DUNCAN, B.B. et al. Quality and effectiveness of different approaches to primary care delivery in Brazil. **BMC Health Services Research**, London, v. 6, n. 156, p. 1-13, Dec. 2000.

FACCHINI, L.A. et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, supl.1, 2008.

FURTADO, J.P.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, dez. 2014.

FURTADO, J.P.; LAPERRIÈRE, H. Parâmetros e paradigmas em meta-avaliação: uma revisão exploratória e reflexiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 695-705, 2012.

FURTADO, J.P. Avaliação de programas e serviços. In: GASTÃO W.S.C. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006.

GIL, C.R.R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006.

HAGGERTY, J.; MARTIN, C. M. Evaluating Primary Health Care in Canada AND The Right Questions to Ask! The National Evaluation Strategy for Primary Health Care. Ottawa: **Health Canada**; 2005. Disponível em: <http://www.academia.edu/233290/EVALUATING_PRIMARY_HEALTH_CARE_IN_CANADA_THE_RIGHT_QUESTIONS_TO_ASK>. Acesso em: 30 dez 2014.

HARTZ, Z.M.A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999.

HARZHEIM, E. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 274-84, out-dez. 2013.

HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e Confiabilidade da Versão em Português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para Serviços de Saúde Infantil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p.1649-1659, 2006.

PINTO, H.A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A.R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.6, n.2, Sup., Ago. 2012.

MARSIGLIA, R.M.G. et al. **Integralidade e atenção primária em saúde**: Avaliação da organização do processo de trabalho em unidades de saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. 2008. Disponível em: <<http://www.cealag.com.br/Trabalhos/INTEGRALIDADE%20E%20ATEN%C3%87%C3%83O%20PRIM%C3%81RIA%20EM%20SA%C3%9ADE/Relat%C3%B3rio.pdf>>. Acesso em: 18 nov 2014.

MELLO, G.A.; FONTANELLA, B.J.B.; DEMARZO, M.M.P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - origens e diferenças conceituais. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.

NEMES, M.I.B. **Avaliação em Saúde**: questões para os programas de DST/AIDS no Brasil. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. Rio de Janeiro, 2001.

NEMES, M.I.B.; CASTANHEIRA, E.R.L.; MELCHIOR, R.; ALVES, M.T.S.S.B.; BASSO, C. R. Avaliação da qualidade da assistência no programa de Aids: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.Supl. 2, p. S310-S321, 2004.

OLIVEIRA, M.M.C. **Presença e extensão dos atributos a atenção primária à saúde entre os serviços de atenção primária em Porto Alegre**: uma análise agregada. [Dissertação de mestrado]. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Organização Mundial de Saúde. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), 35 p., Washington: Mar. 2008. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renovacao_atencao_primaria_saude_americas.pdf>. Acesso em: 08 fev 2015.

PAIM, J. et al. O futuro do SUS. Editorial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 612-613, abr. 2012a.

PAIM, J. et al. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, jul./set. 2012b.

PASARÍN, M.I.; BERRA, S.; GONZÁLEZ, A.; SEGURA, A.; TEBÉ, C.; GARCÍA-ALTÉS, A.; VALLVERDÚ, I.; STARFIELD, B. Evaluation of primary care: The “Primary Care Assessment Tools – Facility version” for the Spanish health system. **RevistaGaceta Sanitaria**., v. 27, n. 1, p. 12-18, 2013.

PISCO, L.A. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.566-568, 2006.

SANINE, P.R. **Avaliação da atenção à saúde da criança em unidades básicas de saúde no Estado de São Paulo**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp, Botucatu, 2014.

SCHRAIBER, L.N. et al. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

SCHRAIBER, L.N.; MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.N.. **Saúde do adulto**: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 2000.

SCOTT, I.; CAMPBELL, D. Health services research: what is it and what does it offer? **Internal Medicine Journal**, v. 32, p. 91-99, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11885850>>. Acesso em: 22 jan 2015.

SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, v. 50, n. 161, 2001.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Ministério da Saúde – Unesco, 2002.

TEIXEIRA, S.M.F. Retomar o debate sobre a Reforma Sanitária para avançar o Sistema Único de Saúde (SUS). **RAE**, São Paulo, v. 49, n.4, 472-480, out./dez. 2009.

TANAKA, O.Y.; ESPIRITO SANTO, A.C.G. Avaliação da qualidade da atenção básica utilizando a doença respiratória da infância como traçador, em um distrito sanitário do município de São Paulo. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 8, n. 3, p. 325-332, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 01 mar 2015.

TSAI, J.; SHI, L.; YU, W. L.; HUNG, L. M.; LEBRUN, L. A. Physician specialty and the quality of medical care experiences in the context of the Taiwan national health insurance system. **J Am Board Fam Med.**, v. 23, n. 3, p. 402-12. 2010a.

TSAI, J.; SHI, L.; YU, W. L. LEBRUN, L. A. Usual source of care and the quality of medical care experiences: a cross-sectional survey of patients from a Taiwanese community. **Med Care**, v. 48, n.7, p. 628-34. 2010b.

WONG, S. Y.; KUNG, K.; GRIFFITHS, S. M. CARTHY, T.; WONG, M. C.; LO, S. V.; CHUNG, V. C.; GOGGINS, W. B.; STARFIELD, B. Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. **BMC Public Health**, v. 10, n. 397, 2010.

VAN DER MEER, F.B.; EDELENBOS, J. Evaluation in multi-actor policy processes: accountability, learning and co-operation. **Evaluation: The International Journal of Theory, Research and Practice**, London, v.12, n.2, p.201-218, 2006.

VASCONCELOS, R.A. **Avaliação da qualidade da atenção básica no município de Bauru: desafios para um processo de mudança.** Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2011. Disponível em: <http://www.athena.biblioteca.unesp.br/exlibris/bd/bbo/33004064078P9/2011/vasconcelos_ra_me_botfm.pdf>. Acesso em: 17 fev 2014.

VENÂNCIO, S.I. et al. **Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia Saúde da Família – AMQ: estudo de implantação no Estado de SP.** São Paulo, Instituto de Saúde, 2008.

VERAS, C.L.S.M.; VIANNA, R.P.T. Desempenho de Municípios paraibanos segundo avaliação de características da organização da atenção básica: 2005. **Epidemiol. serv. Saúde**. Vol.18, n.2, p. 133-140, 2009. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742009000200004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&tlng=>>. Acesso em: 14 mar 2014.

ZARILI, T.F.T. **Avaliação de serviços de atenção básica: atualização e validação do instrumento QualiAB.** Dissertação [Mestrado]. Faculdade de Medicina de Botucatu, Unesp, Botucatu, 2015.

CAPÍTULO 6

PMAQ SÃO PAULO: AVALIAÇÃO, ARTICULAÇÃO EM REDE E RESULTADOS PRELIMINARES

*Marco Akerman, Juarez Pereira Furtado,
Maria do Carmo Caccia Bava, Augusto
Mathias, Vânia Barbosa do Nascimento, Lúcia
Izumi, Lislaine Fracolli, Maria José Bistafa
Pereira, Lara Motta, Ione Ferreira Santos,
Elen Rose, Oziris Simões, Isa Trajtergetz,
Adriana Barbosa, Grace Noronha, Tereza
Nakagawa, Geovani Gurgel Aciole da Silva,
Laura Feuerwerker, Marcia Tuboni*

Introdução: algumas iniciativas de avaliação da Atenção Básica no Brasil

A Atenção Básica (AB) vem sendo propugnada como reordenadora da rede de atenção e cuidado à saúde, tendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como o principal dispositivo para o alcance de seus objetivos. Esta Estratégia tem suas ações centradas no território, ativadas por equipes de saúde em cooperação com os moradores de suas

respectivas áreas, apoiadas por outros setores de governo ou Organizações Não Governamentais. (TANAKA, 2011) A expansão e consolidação da Atenção Básica à Saúde no Brasil, à luz do processo de descentralização, não tem sido uma tarefa simples de ser alcançada. As dificuldades para implantá-la em todo o território nacional já foram muito debatidas e apontadas em artigos acadêmicos e documentos técnicos, demonstrando a complexidade do problema. (CARNEIRO JR. et al., 2011; ESCOREL et al., 2007; HEIMANN et al., 2011)

A amplitude das questões envolvidas relaciona-se ao pouco investimento financeiro que historicamente vem sendo destinado à atenção básica em contraposição aos recursos aplicados na média e alta complexidade; à herança de um modelo centrado no consumo de tecnologia médica como preferência terapêutica; a um sistema privado que pauta o modo de organização do sistema público de saúde; à diversidade territorial brasileira, que exige estratégias distintas de implantação da AB; à desigualdade na oferta de serviços, sendo sua distribuição concentrada nos grandes centros urbanos e de modo desarticulado; a municípios com pouca capacidade técnica e financeira para enfrentar a gestão de uma rede de atenção à saúde e à modalidade complexa de cuidados em saúde como a AB; à tímida cooperação das instâncias estaduais; à precária institucionalidade para dar conta de alternativas gerenciais capazes de solucionar entraves e proporcionar a agilidade necessária ao desempenho dos serviços; às instituições formadoras de profissionais de saúde que oferecem resistência às mudanças em seus currículos, evitando o compromisso de ampliar o ensino voltado para a Atenção Primária em Saúde (APS) pautada nos princípios da Política Nacional de Atenção Básica; (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) poucos profissionais disponíveis e qualificados para exercerem suas atividades em unidades

de atenção primária à saúde, na perspectiva citada, entre outras dificuldades.

Sem dúvida, a complexidade dos diferentes aspectos apontados compromete o modo como a atenção à saúde deve ser organizada na direção da expansão, cobertura e qualidade dos serviços de AB. O ritmo de implantação e melhoria da atenção e dos cuidados oferecidos à população ainda não é o desejável.

Mas são constatações que se apresentam em um contexto geral de ampliação dos mecanismos de avaliação da AB que têm contribuído para conceber estratégias e macropolíticas que procuram reverter a realidade apresentada. Não obstante, há que dimensionar se essas estratégias têm provocado melhorias ou se é possível identificar novos desafios.

Apesar do crescente interesse pela avaliação de programas e políticas em saúde no Brasil, seja nas universidades, no terceiro setor ou no interior do Ministério da Saúde, o Brasil tem ainda muito a avançar no estabelecimento de práticas avaliativas incorporadas às iniciativas públicas, tanto como forma de apoio à gestão como para a transparência e prestação de contas à sociedade das ações de políticas públicas no âmbito social.

O campo da avaliação tem uma dimensão pragmática muito presente que o faz um campo de “conhecimentos e práticas”, no qual cientificidade e compromisso com a realidade mais imediata mantêm-se em permanente tensão. Nesse sentido, Dubois e Marceau (2005) apontam grande cisão entre prática e teoria, conseqüentemente havendo pouca contribuição das formulações acadêmicas às práticas avaliativas e, por outro lado, poucos subsídios dessas mesmas práticas ao pensamento na área. Assim, polarmente consideradas, as formulações teóricas não se beneficiam das questões oriundas da implementação

concreta de processos avaliativos em uma realidade que sempre resiste aos nossos intentos, por mais planejados que sejam, suscitando novos e inesperados desafios. Por seu turno, as práticas avaliativas ficam privadas de reflexões e análises que potencialmente permitiriam aprofundar e avançar suas estratégias e ferramentas. (FURTADO; LAPERRIÈRE, 2012)

Desde 1998, com o advento do Pacto de Gestão, muitos são os anúncios de propostas e projetos de pesquisas propondo a avaliação da AB/ESF no Brasil e que estão ancoradas em instrumentos e metodologias diversificados buscando a adoção de parâmetros de qualidade que sejam mensuráveis, comparáveis e que, idealmente, possam alcançar validade nacional. A título de ilustração, seguem alguns exemplos que merecem citação: (1) Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ); (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005) (2) *Primary Care Assessment Tool* (PCATool); (FIGUEIREDO et al., 2013) (3) *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care* (EUROPEP); (BRANDÃO et al., 2013) (4) iniciativas de monitoramento e avaliação ligados ao Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf). (IBAÑEZ et al., 2006)

A AMQ proposta pelo Ministério da Saúde como instrumento de autoavaliação, utilizado na ESF (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005), possui duas grandes categorias de análise, a gestão e a equipe de saúde, que são compostas por cinco dimensões: desenvolvimento da estratégia; coordenação técnica das equipes; unidade de Saúde da Família; consolidação do modelo de atenção; e atenção à saúde. Estas dimensões estão dispostas em instrumentos específicos, todos compostos por diversos padrões categorizados por estágios de qualidade, assim definidos: qualidade elementar (E), em desenvolvimento (D), consolidada (C), boa (B) e avançada (A). Citando Figueiredo et al. (2013), ele nos informa que desde sua implantação,

246 municípios finalizaram a primeira autoavaliação, sobre um total de 2.090 equipes da Estratégia Saúde da Família. Contudo, até o presente momento, não foram publicados estudos validando a AMQ como instrumento de avaliação da qualidade da AB. (FIGUEIREDO et al., 2013)

O PCATool foi desenhado com base nos atributos essenciais derivados da “atenção primária em saúde (APS)” e sistematizado por Almeida e Macinko (2006): acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde; longitudinalidade; integralidade; coordenação; orientação familiar; orientação comunitária; e competência cultural. A estes aspectos foram agregadas as proposições de estrutura e processo de Donabedian e associadas a cada um deles, o que possibilitou a avaliação da relação entre a utilização de serviços da AB e os resultados em saúde. (FIGUEIREDO et al., 2013)

Figueiredo et al. (2013) fizeram uma análise de concordância entre estes dois instrumentos na cidade de Curitiba em 2008 e tomando o PCATool como *gold standard* encontraram “elevada” concordância com os atributos de “integralidade” e “orientação familiar”, mas “baixa” concordância com “acesso do primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde”; “longitudinalidade”; “coordenação”; “orientação comunitária”; e “competência cultural.”

Já o EUROPEP trabalha com a dimensão da satisfação dos usuários com os cuidados em saúde e compreende: acesso, organização, interação usuário-profissional. O estudo de Brandão et al. (2013), que revisou, adaptou e aplicou o EUROPEP no município do Rio de Janeiro, mostrou que o instrumento é “de fácil aplicação, podendo ser utilizado rotineiramente para monitoramento da ESF, sendo importante ferramenta para a institucionalização da avaliação.” (BRANDÃO et al., 2013)

IBANEZ et al. (2006) incluiu em sua análise municípios paulistas com mais de 100.000 habitantes abordando oito dimensões da atenção básica avaliadas por usuários, acompanhantes e trabalhadores de saúde. Em grupos de municípios com melhores indicadores sociais houve melhor avaliação por parte dos usuários, mas naqueles com indicadores sociais mais desfavoráveis os trabalhadores avaliaram melhor a dimensões vínculo, elenco de serviços, enfoque familiar e orientação comunitária.

E aí veio o PMAQ

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) propõe: “buscar induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde em todo o Brasil.” (BRASL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Nesse sentido, o “PMAQ procura induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das Equipes de Atenção Básica, em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população.” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)

Em outras palavras, estimular que o clamor tão necessário por recursos se dê ancorado em processos avaliativos nacionais que possam ser parametrizados e monitorados com algum grau de continuidade.

O PMAQ está organizado em fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB. Num primeiro passo, o município faz adesão ao projeto por meio da

assinatura do Termo de Compromisso Municipal e a contratualização das equipes de saúde e os três entes de gestão (federal, estadual e municipal) assumem compromissos para a melhoria do acesso e qualidade no âmbito da atenção básica.

Daí seguem-se as seguintes etapas: Autoavaliação (ponto de partida do PMAQ), Monitoramento, Educação Permanente e Apoio Institucional. Na sequência, vem a Avaliação Externa, Certificação e Recontratualização.

Este capítulo trata especificamente da fase da Avaliação Externa, que obteve em campo um panorama das condições gerais de acesso e de qualidade da totalidade de municípios e equipes participantes.

Especificamente, vamos:

- 1) discutir os resultados obtidos pela avaliação externa do PMAQ no 1º ciclo (2011/ 2012), comparando os dados selecionados no banco nacional com dados do Estado de São Paulo;
- 2) descrever o arranjo organizativo dos participantes institucionais, Instituições de Ensino Superior, na avaliação externa do 2º ciclo do PMAQ (2013/2014) no Estado de São Paulo. Este desenho redundou em um arranjo original de coordenação colegiada estadual composta pelos seguintes participantes: Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo (SESSP), Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo (COSEMS-SP), a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e 10 instituições paulistas de Ensino Superior na avaliação externa.
- 3) apresentar as impressões e percepções extraídas de narrativas dos docentes das 10 IES participantes do 2º ciclo.

Resultados e discussão

O espaço da avaliação em saúde no Brasil, a partir do advento do SUS, na década de 1990, é produto de forças oriundas de três campos distintos (burocrático, científico e econômico). Dessa forma, podemos afirmar que o espaço da avaliação em saúde no Brasil, a partir dos anos 1990, é formado pela convergência e articulação entre agentes ligados aos campos burocráticos e agentes do campo científico, cuja resultante é o delineamento de novo espaço especializado no interior da Saúde Coletiva. (FURTADO; VIEIRA-DA-SILVA, 2014)

As influências do campo econômico e do campo burocrático determinarão especial compromisso do espaço da avaliação com a utilização dos resultados gerados pelos processos avaliativos, uma vez que esses dois campos citados se caracterizam por grande compromisso com a aplicação do conhecimento em suas próprias iniciativas. Esse compromisso com o uso e aplicação da informação e do conhecimento para subsidiar decisões irá impor desafios importantes ao campo científico, tradicionalmente detentor de autonomia e baixo compromisso com a aplicação pragmática de seus achados, (PRAIA; CACHAPUZ, 2005) o que aqui caracterizou importante desafio aos docentes e pesquisadores envolvidos, uma vez que a geração de informações e conhecimentos para subsidiar em decisões estava firmada desde os primórdios da preparação para os trabalhos de campo.

O 1º ciclo em São Paulo: para reconhecer localmente o projeto nacional

Como é do conhecimento público, o MS estabeleceu mecanismos de cooperação com IES Federais para a execução da avaliação externa: Universidades Federais da

Bahia, Pelotas, Rio Grande do Sul, Minas Gerais, FIOCRUZ. Cada uma destas Universidades estabeleceu conexões com IES dos estados que estavam sob sua responsabilidade. A cidade de São Paulo e sua Região Metropolitana foram o quinhão que coube à UFRGS; enquanto a avaliação externa no interior do Estado de São Paulo ficou a cargo da UFMG.

Para operar esta avaliação externa em São Paulo, a UFRGS estabeleceu cooperação com as Faculdades de Medicina do ABC e com a Faculdade de Saúde Pública da USP. Quarenta e quatro supervisores e avaliadores foram selecionados e se deslocaram para o campo, munidos de seus *tablets*, após um breve treinamento sobre o censo e os módulos que compunham a avaliação externa e após dialogarmos com as equipes de gestão dos municípios que seriam visitados.

Os supervisores e avaliadores foram bem-recebidos pelas equipes gestoras, profissionais de saúde e usuários. Entretanto, havia certa tensão no ar sobre a natureza da avaliação. Seria uma “fiscalização”? Uma “auditoria”? O que poderá acontecer se não formos bem-avaliados? Saberemos como fomos avaliados?

Em alguns municípios visitados, no 2º ciclo, muitos desses questionamentos ainda permaneceram entre as equipes. Esta tarefa de retorno qualificado dos resultados da avaliação externa para as equipes é extremamente importante e os gestores dos municípios com o apoio dos COSEMS, Secretarias Estaduais e Universidades poderiam se incumbir desta tarefa. E nesta “prestação de contas” dos resultados, contribuir com exercícios de autorreflexão e autoconhecimento sobre o processo de trabalho desenvolvido pelas equipes.

Uma pequena amostra destes dados é aqui apresentada no Quadro 1, onde 26 dimensões do cuidado e da satisfação dos usuários são apresentadas, comparando-

se os valores agregados em nível nacional com os encontrados no Estado de São Paulo. A escolha destas variáveis, a princípio, foi feita pela equipe de avaliação do DAB/MS como um “sorteio” amostral das possibilidades do banco para serem apresentados às equipes do Ministério, estados, municípios, universidades, etc., em apresentações públicas sobre o PMAQ.

O Quadro 1 mostra o resultado Nacional agregado para o 1º Ciclo do PMAQ (2011/2012), cotejado com os dados agregados do 1º ciclo em São Paulo.

Quadro 1 - Resultados agregados do PMAQ obtidos no 1º ciclo, Brasil e São Paulo, 2011-2012

CLASSIFICAÇÃO DAS EQUIPES CADASTRADAS NO PMAQ	São Paulo		Brasil	
	Nº equipes	(%)	Nº equipes	(%)
Desempenho muito acima da média	710	30,6	3.077	17,6
Desempenho acima da média	1.068	46	7.683	43,9
Desempenho mediano ou um pouco abaixo da média	473	20,4	6.078	34,8
Insatisfatória	34	1,5	365	2,1
Excluídas*	37	1,6	279	1,6
TOTAL	2.322	100	17.482	100

Fonte: Disponível em: <<http://www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/APRESENTACAO%20PMAQ%20VIDEO%20OUT%202013.pdf>> Acesso em 2014 e DAB/MS.

Os dados indicam que, no Brasil, aproximadamente, 2/3 das equipes alcançam algum padrão de qualidade bem acima da média em comparação com outro 1/3 na média ou pouco abaixo. Em São Paulo, 1/5 das equipes mostraram “desempenho mediano ou um pouco abaixo da média” e as equipes com “desempenho muito acima da média” é quase o dobro do Brasil.

Estes dados não deixam de ser um ponto de partida para a comparação nacional e criação de padrões de qualidade a serem alcançados, mas não nos convida de maneira absoluta a comemorá-los, pois há que se indagar quão distante, ou próximo, de padrões aceitáveis de qualidade se encontra a média nacional.

O Quadro 2 expande mais esta comparação colocando em questão 26 variáveis e, respectivos valores, do Brasil e do Estado de São Paulo.

Quadro 2 – Comparação entre indicadores/dimensões selecionadas dos bancos nacional e estadual (SP) coletados no 1º ciclo do PMAQ, 2011-2012

(continuação)

Indicadores		Brasil	São Paulo	Brasil	São Paulo
	Dimensões	%	%	média	média
Funcionamento da Saúde					
	Satisfação do horário de funcionamento das UBS	86	88		
	Visita do ACS	85	89		

Quadro 2 – Comparação entre indicadores/dimensões selecionadas dos bancos nacional e estadual (SP) coletados no 1º ciclo do PMAQ, 2011-2012

(continuação)

Indicadores		Brasil	São Paulo	Brasil	São Paulo
	Dimensões	%	%	média	média
Disponibilidade de Medicamento					
	Hipertensão	90	93		
	Retirada na própria UBS	69	80		
	Diabetes	94	96		
	Retirada na própria UBS	69	80		
Saúde da Mulher da Criança					
	Mulheres atendida no mesmo dia	56	52		
	Consultas para outro dia	44	30		
	Tempo de espera	-	-	13	30
	Realização do citopatológico	97	99		
	Dias para entrega dos resultados	-	-	37	14
	Consulta pós-parto na primeira semana	71	87		

(continuação)

	Visita do ACS	63	89		
	Maternidade para o parto	67	95		
Procedimentos Ofertados					
	Vacinas do calendário básico	82	84		
	Retirada de ponto	60	81		
	Aplicação de penicilina (benzetacil)	50	73		
	Lavagem de ouvido	35	39		
	Drenagem de abscesso	34	81		
	Sutura de ferimento	31	29		
	Extração de unha	25	22		
Satisfação do Usuário					
	Avalia a equipe como Boa ou Muito boa	79	83		
	Avalia a equipe como Regular	19	15		
	Avalia a equipe como Ruim ou Muito ruim	1,5	2		

Quadro 2 – Comparação entre indicadores/dimensões selecionadas dos bancos nacional e estadual (SP) coletados no 1º ciclo do PMAQ, 2011-2012

(conclusão)

Indicadores		Brasil	São Paulo	Brasil	São Paulo
	Dimensões	%	%	média	média
	Não mudariam de UBS	82	85		
	Recomendaria a UBS a um amigo ou familiar	86	87		

Fonte: Banco PMAQ 1º Ciclo - DAB/MS, 2013.

Não há uma diferença tão marcante entre as variáveis relacionadas com a satisfação dos usuários e “acesso” a medicamentos entre os dois bancos nacional e estadual, além de que em ambos os bancos seus valores ultrapassam os 80%, o que era de se esperar de usuários entrevistados dentro de UBSs e certamente naquele momento com acesso garantido.

Há variações importantes, entretanto, em algumas dimensões do cuidado, chamando atenção para a diferença no “tempo médio de espera para consulta de mulheres”, respectivamente 13 dias e 30 dias entre os bancos nacional e estadual ou “no tempo de espera para receber o resultado de um exame citopatológico” de 37 dias para o Brasil e 14 dias para o Estado de São Paulo, ou mesmo quando comparamos alguns procedimentos ofertados – retirada de ponto, aplicação de penicilina, drenagem de abscesso –, para citar alguns exemplos ilustrativos das possibilidades que a análise mais refinada e em diálogo com as equipes e usuários poderia proporcionar.

E o 2º ciclo?

Nesta continuidade do Programa, as IES Paulistas formataram outro arranjo para participarem da avaliação externa e de pesquisas a serem desenvolvidas nesta etapa.

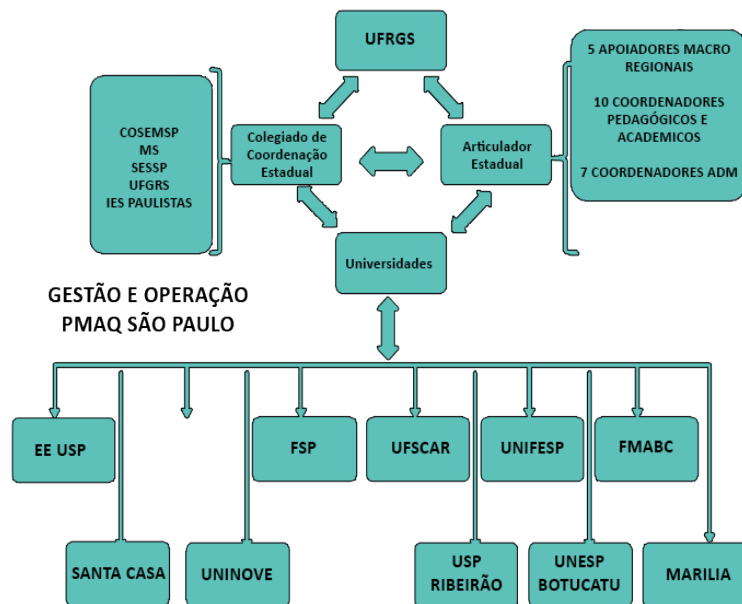
Ainda, como parte do consórcio liderado pela UFRGS, o Estado de São Paulo, neste 2º ciclo, não foi “fatiado” como no 1º, entre a UFRGS e a UFMG, mas assumido integralmente por 10 IES paulistas – Faculdade de Saúde Pública da USP, Escola de Enfermagem da USP, Faculdade de Medicina da Santa Casa de SP, Faculdade de Medicina do ABC, UNINOVE, UNIFESP Baixada Santista, UNESP Botucatu, USP Ribeirão Preto: FMRP e EERP, UFSCAR, Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) – subdivididas em três macrorregiões para efeito de planejamento do campo e operação de lógicas de matriciamento entre as Universidades, as Regiões de Saúde e os Municípios.

Definiu-se o critério de distribuição dessas equipes para as instituições acadêmicas a partir de inserções históricas das universidades nos territórios, o que seria elemento facilitador da sua desejada articulação com os Departamentos Regionais de Saúde e municípios integrantes dos Colegiados de Gestão e Redes de Atenção à Saúde.

Mais que um exercício técnico, este matriciamento se constituiu em um dispositivo político de coordenação colegiada do PMAQ no Estado de São Paulo, formado pelo MS, SESSP, COSEMS, UFRGS e as 10 IES paulistas.

Esta arquitetura da operação do PMAQ no Estado de São Paulo está estampada na Figura 1 e vem se caracterizando como instância de coordenação, acompanhamento e recomendação para o desenvolvimento do PMAQ em São Paulo.

Figura 1 – Arquitetura de Operação do PMAQ no Estado de São Paulo



Foi pactuado que os municípios seriam visitados depois de organizados diálogos pelos docentes com os gestores regionais e municipais para preparação e organização das visitas. Neste sentido, foram realizadas reuniões com o Conselho de Representantes do COSEMSSP, com a rede de apoiadores do COSEMS aos Colegiados de Gestão Regional, com os 94 articuladores da AB da SESSP, com CGRs e DRSs nas três macrorregiões, com os gestores de 19 municípios da região metropolitana de São Paulo, e com as cinco coordenações regionais e a Coordenadora de AB da Secretaria Municipal de Saúde de SP.

O processo de matriciamento, comunicação e fluxos técnicos administrativos neste arranjo de múltiplos atores: um articulador estadual, cinco apoiadores macrorregionais,

três coordenadores pedagógicos (referências para os tutores do Curso a Distância em Avaliação de Sistemas e Serviços de Saúde), sete coordenadores acadêmicos, sete apoios administrativos e 102 supervisores e avaliadores em articulação com a UFRGS/FAURGS têm sido trabalhoso e mediado por um conjunto de dispositivos de comunicação mais contemporâneos como o *Whatsapp*, *Facebook*, *emails*, bem como os tradicionais telefones e encontros presenciais na cidade de São Paulo e nas Macrorregiões.

E como isso tem ecoado em cada uma destas Macrorregiões do estado?

O Coordenador Estadual, buscando valorizar e dar voz aos participantes dos processos locorregionais, formulou aos docentes vinculados às dez instituições universitárias envolvidas na organização da avaliação externa um convite para que registrassem suas experiências a partir de uma única questão disparadora, que envolvia a descrição de sua vivência e de seu grupo nesse processo.

A seguir apresentamos suas impressões sobre essa operação no estado.

A voz dos colegas das IES

Macrorregião1 - São Paulo/Baixada Santista/ABC Paulista

A voz dos colegas da Escola de Enfermagem da USP – EEUSP

A proposta de parceria na execução do projeto PMAQ no Estado de São Paulo nos foi trazida como pauta em reunião do Comitê de Atenção Básica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Professores do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva optaram por participar

do PMAQ neste segundo ciclo, entendendo que este se constitui em importante ferramenta para qualificação da atenção e que seus resultados subsidiarão a produção de conhecimento na área da saúde coletiva, em particular, em estudos de avaliação de implementação da política de Atenção Básica no país e de avaliação da incorporação de ações no cotidiano dos serviços e das equipes de saúde, em particular com foco na Estratégia Saúde da Família.

A EEUSP vem participando de algumas fases do processo de seleção e composição das equipes de avaliadores e supervisores de campo e acompanhando o processo de qualificação das equipes de avaliadores e supervisores, tendo por coordenação e supervisão direta de pesquisadores e docentes da UFRGS no curso de Especialização.

Iniciamos a fase de avaliação externa no município de São Paulo. A EEUSP reuniu-se, compartilhando com os coordenadores macrorregionais e a Santa Casa de São Paulo, com os 5 Coordenadores Regionais de Saúde e respectivas 32 Supervisões de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo para apresentação do projeto, esclarecimento de dúvidas e estabelecimento de parcerias. Nestas reuniões foram estabelecidos com os interlocutores PMAQ de cada região a logística de avaliação externa (roteiro e trajeto, horários, etc.). A equipe de avaliadores e supervisores encerra a avaliação externa no município de São Paulo, que tem início em 10 de fevereiro e previsão de término em 4 de abril.

Neste segundo ciclo, percebemos que o início do PMAQ vinha sendo aguardado com ansiedade, desde seu anúncio, tanto por gestores quanto pelas equipes de modo geral que se prepararam para esta avaliação externa. Isto foi possível identificar no conhecimento geral dos técnicos quando da apresentação do projeto,

quanto aos esclarecimentos dos documentos exigidos na avaliação e nas respostas aos questionamentos realizados nas reuniões. Nas reuniões, alguns dos questionamentos dos gestores locais: como garantir que os recursos sejam revertidos diretamente às equipes e UBS avaliadas? Como garantir que os resultados da avaliação externa possam de fato servir ao monitoramento das ações nas equipes e UBS? Há expectativa quanto a alguma forma de devolutiva às equipes dos resultados de sua avaliação?

A voz dos colegas da UNINOVE

Foi a convite do Professor Marco Akerman que o grupo de pesquisa do Programa de Mestrado Profissional em Gestão de Sistemas de Saúde (MPGSS) iniciou a parceria com as IES na importante e desafiante tarefa da avaliação externa do PMAQ.

A UNINOVE não havia participado do 1º ciclo, mas observando a grande importância do PMAQ na qualificação da Atenção Básica e do valor da colaboração integrada entre as universidades participantes, a causa foi abraçada. Durante as reuniões de coordenação e planejamento das atividades, observamos o grande desafio enfrentado pelos supervisores do PMAQ no 1º ciclo para seleção de avaliadores comprometidos em participar por todo período da pesquisa de campo.

Nesse momento, a UNINOVE participou ativamente na divulgação e na seleção de supervisores e avaliadores e, após esta fase, segue acompanhando e supervisionando algumas equipes no município de São Paulo. Na fase da seleção, houve grande interesse, porém os profissionais tinham de ter disponibilidade de dedicação exclusiva, o que limitou o número de candidatos. Outro ponto que afetou o processo seletivo foi o alongamento na decisão para o início

do trabalho em campo e o encaminhamento do recurso financeiro, fazendo com que os candidatos optassem por outras oportunidades de trabalho. A rotatividade de componentes da equipe também compromete o processo, uma vez que o treinamento de novos componentes não se dá no mesmo momento dificultando a sinergia entre a equipe.

Foi possível perceber que o bom planejamento por parte do grupo das IES e COSEMS foi o grande responsável por despertar o engajamento tanto dos gestores locais, das equipes e dos avaliadores para o desenvolvimento do projeto. Algumas intercorrências, como já descritas pelas demais IES, dificultaram alguns trâmites, desencadearam perda de componentes das equipes e provocaram uma necessidade de adaptação do planejamento inicial por algumas vezes.

Observam-se no decorrer das atividades muitos desafios e dificuldade, no entanto também nota-se que a avaliação externa representa o complemento, com um olhar acadêmico e de reflexão, da avaliação da atenção básica. Acredita-se, então, que o trabalho conjunto e o compartilhamento das dificuldades e das ideias são fundamentais. As particularidades de cada região determinam dinâmicas diferentes e estas diferenças são observadas pelas universidades que estão em contato mais próximo com o serviço, tendo este contato e vínculo como um facilitador para a execução.

Apesar dos obstáculos ainda a serem vencidos neste ciclo, já se fazem valer algumas contendas que trazem reflexões em relação aos relatos dos avaliadores e supervisores que estão em contato direto com as equipes e usuários. Esta visão vem complementar o pensamento e as ponderações da academia acerca da avaliação da qualidade dos serviços do Sistema Único de Saúde. A partir

da experiência em conjunto, da rede de universidades, se acredita que o processo de avaliação externa tem grande valor não apenas para promover a melhora da qualidade dos serviços de saúde da atenção básica, como também para fortalecer a produção de conhecimento articulação da IES com o sistema de saúde de sua região, colaborando com o avanço da qualidade do Sistema Único de Saúde.

A voz dos colegas da UNIFESP Baixada Santista

A implementação de iniciativa como a do PMAQ, que comporta componentes tradicionalmente ligados à avaliação e ao monitoramento representa esforço de incorporar processos avaliativos perenes ao interior do principal foco do SUS na atualidade – a atenção básica – e aproximar pensamento e reflexão à prática avaliativa, por meio da inserção do campo acadêmico em parte dessa iniciativa.

O ingresso da UNIFESP, Campus Baixada Santista, por meio do laboratório de avaliação de programas e serviços em saúde, do Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, foi motivado justamente pelo intento em colaborar com uma iniciativa de consolidação da avaliação na atenção básica e “colocar a mão na massa”, como se diz, de modo a contribuir e, simultaneamente, compreender e analisar como é apreendido um processo avaliativo dessa magnitude pela sociedade brasileira, sobretudo os trabalhadores das equipes abordadas.

Nesse sentido, a colaboração crítica e o trabalho de campo sempre atentos deverão não só captar aquilo que está previsto nos questionários inseridos nos *tablets*, mas igualmente gerar subsídios para o pensamento e a elaboração de novas propostas em avaliação, que devem sobretudo considerar as especificidades nacionais, bem

distintas daquelas encontradas nos EUA e Canadá, que em muito influenciaram o espaço da avaliação de programas e serviços em saúde brasileiro.

A voz dos colegas do ABC Paulista

A compreensão acerca da dimensão que representa todo o trabalho proposto pelo PMAQ e a necessidade de envolver distintos agentes implicados com o êxito do sistema público de saúde, influenciaram a decisão de docentes da disciplina de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina do ABC de participarem do processo de avaliação externa do PMAQ com o compromisso de envolver a instituição. Influenciou esse interesse a possibilidade de colocar a disposição do projeto a experiência em pesquisa e o acúmulo teórico de docentes e pós-graduandos acerca do objeto em questão.

Partiu-se para o envolvimento de várias universidades de São Paulo para a execução da pesquisa, entendendo que isso favoreceria a avaliação proposta e os futuros desdobramentos no tocante à análise dos resultados para a necessária reflexão sobre a atenção primária à saúde no país. Na primeira fase de avaliação, em 2012, foram estabelecidas parcerias com a UNIFESP da Baixada Santista, a Faculdade do ABC e a Faculdade de Saúde Pública da USP. Na segunda fase de avaliação, em 2013, o processo envolveu outras universidades com potencial papel de articulação regional.

Ao final do processo, já vivenciado na primeira etapa, pode-se destacar o movimento gerado pela iniciativa de envolvimento da universidade no processo de avaliação externa do PMAQ. Incorporaram-se profissionais de saúde, alunos, docentes e pesquisadores, que se aproximaram da realidade local onde acontecem os cuidados em saúde. Isso

trouxe novas inspirações para o ambiente universitário, possibilitou vislumbrar identificar e diversificar os cenários de prática para o ensino. Permitiu a criação de vínculos entre serviço e instituição de ensino. Exercitou-se a capacidade de mediação e tolerância entre pesquisadores e gestores. Os profissionais de saúde e gestores-alvo das avaliações, inicialmente, sentiam-se ameaçados por uma possível avaliação de desempenho ruim, gerando tensão no processo, fato que levou os pesquisadores a reverem posturas e condução do processo. Certamente ganharam novas habilidades. Houve também a possibilidade de influenciar no que pese ao aprimoramento dos instrumentos de avaliação utilizados no projeto.

É importante ressaltar que o grande ganho na estratégia utilizada pela UFRGS de envolver as universidades de modo territorializado representou mais uma possibilidade para romper os “muros” da universidade, permitindo à instituição de ensino envolver-se com o cotidiano dos serviços na comunidade que está inserida, propiciando a aproximação entre gestores e educadores. Durante o processo foram realizados vários encontros com gestores, coordenadores de atenção básica, equipe de avaliadores e com pesquisadores de outras instituições. Destaca-se que a convivência com outras instituições de ensino no decorrer dos processos de avaliação externa tem favorecido a constituição de uma rede de pesquisadores interessados em refletir sobre os propósitos do Programa.

*Macrorregião 2 – Botucatu/Marília**A voz dos colegas da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA)*

A parceria na execução do segundo ciclo do projeto PMAQ, mais especificamente, na fase de avaliação externa, foi proposta à Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) por meio do professor da disciplina de Saúde Coletiva que compunha o Comitê de Atenção Básica do Estado de São Paulo.

Esta proposta foi apresentada aos gestores da academia, que desencadearam apresentação da proposta do PMAQ na instituição, convidando professores que poderiam ter interesse em desenvolver esse projeto, tendo-se a compreensão da relevância do mesmo na qualificação das ações de saúde e que seus resultados subsidiarão a produção de conhecimento na área da saúde coletiva, podendo sustentar a discussão/reflexão da prática profissional na Atenção Básica, destacando-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo como intenção a mudança do processo de trabalho no cotidiano dos serviços de saúde.

Ressalta-se que a FAMEMA não participou do primeiro ciclo e que assume este trabalho, com apoio importante da coordenação macrorregional, responsabilizando-se pela avaliação externa das regiões no Departamento Regional de Saúde X de Marília (DRS X) e no DRS XI de Presidente Prudente. Para este trabalho conta-se com um coordenador acadêmico, um apoio administrativo, um supervisor e doze avaliadoras.

Nas regiões de Marília e Presidente Prudente, 97 municípios aderiram ao segundo ciclo do PMAQ, somando um total de 343 equipes de AB, 260 equipes de Saúde Bucal e oito equipes NASF.

O trabalho teve início com a participação da coordenação acadêmica e apoio administrativo no processo seletivo e a composição das equipes de avaliadores e supervisor de campo.

Para o início das atividades de avaliação externa, a coordenação acadêmica, supervisora e coordenação macrorregional/SP trabalharam com os articuladores da Atenção Básica das regionais de Marília e Presidente Prudente, na construção da logística de avaliação externa. Os articuladores se propuseram a intermediar a comunicação entre o coordenador acadêmico local e as secretarias municipais. As negociações se deram de forma tranquila e flexível buscando atender as solicitações de gestores e equipes de saúde das regiões no que se refere a datas e horários das visitas.

A avaliação externa teve início pelo município de Marília no dia três de fevereiro, sendo desenvolvida por uma semana, interrompida por um período de cinco semanas e retomado no dia 17 de março. Ao contato entre as avaliadoras e equipes avaliadas tinha-se o cuidado de desconstruir a ideia da avaliação com caráter autoritário e punitivo e estimular a compreensão de um movimento construtivo que busca mudanças e melhorias para os serviços.

Semanalmente, a equipe de trabalho PMAQ Marília e Presidente Prudente reunia-se, as sextas-feiras à tarde, para fazer a avaliação do trabalho, do desempenho das avaliadoras e supervisora, capacitação da equipe para o trabalho e prestação de contas, junto ao apoio administrativo.

Essa avaliação do processo de trabalho resultou na recondução e reorganização das atividades para os próximos períodos, sendo necessário, em alguns

momentos, nova discussão entre articuladores da Atenção Básica, coordenadora acadêmica e supervisora sobre as condutas que ocorreram durante a coleta de dados, para que houvesse recondução do planejamento das ações e, dessa forma, o tornasse mais dinâmico e estratégico.

É importante considerar que do momento do processo seletivo até o início efetivo da avaliação externa, o trabalho foi muito denso em função da demora em se iniciarem as atividades, vários avaliadores desistiram em função de suas necessidades pessoais e profissionais, sendo necessária a realização do segundo processo seletivo. Por outro lado, considera-se também o quanto é prazeroso desenvolver este trabalho que contribui muito no aprendizado dos sujeitos do próprio processo, nas reflexões e compreensão da realidade da atenção à saúde. Ressalta-se que algumas equipes avaliadas referiram o interesse nos resultados da avaliação externa, o que nos remete a uma compreensão da necessidade da devolutiva ocorrer de forma mais sistematizada promovendo realmente a reflexão das mudanças necessárias.

A voz dos colegas da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

A FMB/UNESP passou a participar da avaliação externa do PMAQ em seu segundo ciclo assumindo o trabalho nas regiões em que desenvolve ações de apoio à gestão, marcadamente a partir da adesão do Estado de São Paulo ao Pacto pela Saúde em 2007, e que correspondem centralmente às Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) - 08 (Sorocaba) e 09 (Bauru).

Essas regiões contam em conjunto com um total de 116 municípios dos quais 89 (77%) participam da avaliação do PMAQ. São regiões com grande concentração

de municípios de pequeno e médio porte à exceção dos municípios-sede.

Aderiram à avaliação 265 equipes de Saúde da Família, 124 equipes de Saúde Bucal e cinco NASF, que vêm sendo avaliadas por três equipes com nove avaliadores, um supervisor de campo, dois coordenadores pedagógicos e dois coordenadores acadêmicos.

O trabalho foi desencadeado a partir de reuniões realizadas com a equipe de Planejamento dos Departamentos Regionais de Saúde da SES SP, que correspondem à mesma área das RRAS, com a participação da equipe de Articuladores da Atenção Básica de cada Regional. O apoio dos DRS, particularmente na figura das articuladoras, orientou o acesso e facilitou o contato com a gestão municipal.

Uma primeira avaliação geral da vivência no campo, feita com o conjunto dos avaliadores após dois meses de atuação, foi orientada pelas questões utilizadas no caderno de campo e divididas em: acesso aos serviços, contato com a gestão e coordenadores das unidades, posicionamento dos profissionais da equipe e posicionamento dos usuários, destacando-se em cada um desses aspectos pontos positivos e negativos e ilustrando com situações vivenciadas.

O acesso aos serviços tem sido tranquilo, facilitado pela van contratada pelo projeto e pela integração do motorista à equipe, um “quase avaliador” no dizer das avaliadoras de campo. Os gestores municipais e as equipes de gestão, na maioria dos casos, têm sido receptivos, facilitando o acesso às equipes da Atenção Básica.

O contato com os gestores municipais, em geral, também tem sido positivo. Os mais entusiastas querem mostrar não apenas a rede básica, mas outros serviços de saúde do município e os projetos para o sistema de saúde

local. A adesão dos gestores reflete-se bastante na forma como as equipes da rede básica recebem a avaliação, se mais participativos ou mais indiferentes, ou seja, com base na postura do gestor conferem maior ou menor importância e legitimidade ao processo de avaliação.

A falta de entendimento sobre o que é o PMAQ fez com que alguns gestores fizessem “pedidos ao Ministério” ou convidassem alguns avaliadores para trabalhar no município. Uma minoria ainda confundia a avaliação do PMAQ como uma avaliação de desempenho dos profissionais. Foi frequente a arguição sobre os resultados da avaliação, fator de maior expectativa entre os gestores.

Os profissionais já apresentaram uma postura um pouco diferente. Muitos se queixaram das dificuldades do dia a dia, inclusive da falta de contato e apoio da gestão municipal. Ainda que não para a maioria, mas com certa frequência, os avaliadores foram identificados como “fiscais do Ministério”; nesses casos, os profissionais manifestavam receio de punição pelas eventuais falhas evidenciadas nos serviços.

O contato com os usuários vem sendo a experiência mais rica para os avaliadores. Houve grande diversidade na postura dos usuários, mas em sua maioria foram considerados com uma boa percepção e visão crítica das unidades e preocupados em saber se a avaliação vai ajudar a melhorar a qualidade. Alguns contatos foram mais difíceis, com situações constrangedoras como no caso de usuários que queriam cobrar pela entrevista, ou que se recusaram a assinar o consentimento com receio e dificuldade de entender o significado desse documento. Nos serviços em que a equipe local não foi receptiva, os usuários também se mostraram mais reservados.

No conjunto, a experiência tem sido rica e produtiva para a equipe de avaliação. Para os serviços, abre um

conjunto de questões que precisam ser trabalhadas por meio da devolução dos resultados, de modo a fechar o ciclo avaliativo e propiciar processos de mudança e aprimoramento da qualidade das ações desenvolvidas.

Macrorregião 3 – Ribeirão Preto / São Carlos

A voz dos colegas da USP Ribeirão Preto

A aproximação do Departamento de Medicina Social com a etapa de Avaliação Externa do PMAQ - 2º ciclo ocorreu em 2013 a convite dos professores Marco Akerman e Laura Feuerwerker. A EERP-USP uma das IES integrantes do Comitê de Atenção Básica do Estado de São Paulo instalado em 30/03/2012, com a finalidade de assessorar tecnicamente a Secretaria de Estado da Saúde no fortalecimento e na qualificação da Atenção Básica do Estado de São Paulo recebeu o convite para participar do 2º Ciclo do PMAQ quando os citados professores convidaram, em 2013, os integrantes do Comitê da ABS/SP para esse trabalho junto ao PMAQ.

À USP Ribeirão Preto, por meio do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina e do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESCO) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto coube o território da RAAS 13, que envolve os Departamentos Regionais de Saúde sediados em Araraquara, com quatro Colegiados de Gestão Regional (CGR); Barretos, com dois CGR; Franca, com três e Ribeirão Preto com três Colegiados e um total de 80 municípios contratualizados, dentre os 90 da região.

Em reunião ocorrida em Porto Alegre ainda em julho de 2013, participamos com os demais estados que têm a UFRGS como instituição líder para definir os editais da seleção de alunos para o Curso de Especialização em

Avaliação de Serviços de Saúde, voltados para avaliadores de campo e para supervisores/tutores.

Nesse encontro, também, foram debatidos alguns módulos temáticos, sendo sugerida pela representante de São Paulo a inclusão de conteúdos relativos à avaliação das Redes de Atenção à Saúde, a partir de seus atributos, para além da avaliação dos seus vários pontos isolados. Seguiram-se os encontros de estruturação tanto da seleção de candidatos quanto de organização do trabalho de campo. Em outubro de 2013 já havia sido definida a composição das equipes de campo, bem como a administrativa e pedagógica/acadêmica, e respectivas funções.

A USP Ribeirão iniciou o primeiro treinamento para seus avaliadores/supervisores nos dias 9 e 10 de janeiro de 2014, e, servindo de sede regional, também para os de Marília e São Carlos com cerca de 20 membros dentre os 36 esperados. No caso de Ribeirão Preto, findo o treinamento a equipe completa que deveria ter 12 integrantes contava com apenas cinco membros, sendo que a programação de campo a ser cumprida nas duas semanas seguintes fora organizada contando com o trabalho de nove pessoas, as disponíveis no momento da programação.

A agenda de cada região foi definida em reuniões específicas em cada um dos quatro Departamentos Regionais de Saúde, contando com técnicos da Atenção Básica dessas regionais e com os gestores/técnicos dos municípios contratualizados. Pelo conhecimento dos fluxos regionais e de outras informações da realidade local, além das relações de trabalho estabelecida, anteriormente por meio de outros projetos, colaboraram imensamente para a construção das melhores logísticas, como definir municípios para pernoite e continuidade das visitas sem necessidade de retorno à cidade sede. A colaboração também valeu na

disponibilização de veículos para deslocamento das equipes em municípios com muitas unidades a serem visitadas.

Conversas sistemáticas entre a Coordenação Estadual de São Paulo, UFRGS, FAURGS, Universidades e suas equipes têm ocorrido com frequência, buscando aperfeiçoar fluxos e agilizar processos. Vêm sendo trabalhadas, coletivamente, as formas de devolução dos dados obtidos na avaliação externa do PMAQ a equipes avaliadas, contando com a participação das universidades, secretarias estaduais e municipais de saúde, COSEMS na definição dessa logística, de forma a desencadear processos que revertam em melhorias no acesso e na qualidade da Atenção Básica, objetivo final desse projeto.

A título de conclusão provisória

A arquitetura de coordenação colegiada estruturada em SP tem sido de grande valia na pactuação entre os distintos atores quanto aos procedimentos de campo e aos futuros desdobramentos. É preciso aperfeiçoar o modo de operar a avaliação externa do PMAQ. Por ser um projeto de grande dimensão, entende-se que são necessários mecanismos mais ágeis para a disposição dos meios ao desenvolvimento do trabalho de campo.

O retorno dos resultados para as equipes e nos espaços colegiados com representação dos gestores, trabalhadores e usuários deve ser feito o mais rápido possível para ajudar na reflexão, análise e aperfeiçoamento dos serviços e estimular a rede de pesquisadores do projeto. Para os serviços, abre-se um conjunto de questões a serem trabalhadas para fechar o ciclo avaliativo e, talvez, propiciar processos de análise dos processos de trabalho.

Ressalta-se ainda a importância de criar incentivos às universidades para o desenvolvimento de análises e proposição que contribuirão com o fortalecimento e qualidade da atenção básica à saúde em nosso país.

Os dados apresentados não deixam de ser um ponto de partida importante para a comparação nacional e criação de padrões de qualidade a serem alcançados, mas seria precipitado já comemorá-los de maneira absoluta, pois há que se indagar quão distante, ou próximo, de padrões aceitáveis de qualidade se encontra a média nacional.

Não obstante, a peculiar proximidade entre os espaços de gestão e academia na avaliação realizada por meio do PMAQ relativiza fronteiras que se procurou estabelecer entre pesquisa, avaliação e gestão ou entre pesquisa acadêmica, pesquisa avaliativa e avaliação normativa. A minimização dessas fronteiras, se por um lado pode contribuir para aumentar a interação entre teoria e prática na avaliação, por outro lado expõe especialmente a área às influências dos campos burocrático e de poder, aos quais os processos avaliativos são especialmente sensíveis, situação que deverá ser considerada nas futuras produções.

O PMAQ pode ser considerado mais um modo de enfrentar o quadro de desgaste da atenção básica no contexto da assistência à saúde no país. A capacidade desse programa em identificar problemas relevantes, em captar questões segundo a perspectiva de distintos agentes, em auxiliar na reflexão para a tomada de decisões, ao mesmo tempo em que ressalta experiências exitosas e legítimos parâmetros de avaliação e monitoramento da AB, colaborando para sua consolidação, constitui algo a ser verificado a médio e longo prazo.

Nesse sentido, iniciativas de meta-avaliação (ou “avaliação da avaliação”) podem constituir caminho para

a obtenção de respostas dessa natureza, conforme já feito em relação a outras iniciativas de avaliação no interior do Ministério da Saúde, como foi o caso da meta-avaliação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf) realizado por Hartz et al. (2008).

Referências

ALMEIDA, P.F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 a 2006. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1727-1742, 2008.

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. **Serie Técnica – Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde – 10**, Brasília, Organização Pan-Americana de Saúde, 2006, 215 p.

BRANDAO, A.R.B.S; GIOVANELLA, L., CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 103-114, 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): manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 138 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).**

_____. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.110 p.:il. – (Série E. Legislação em Saúde).

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012.

CARNEIRO JR, N.; NASCIMENTO, V.B.; COSTA, I.M.C. Relação entre Público e Privado na Atenção Primária à Saúde: considerações preliminares. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 971-979, Dez. 2011.

CASTRO A.L.B. **A condução federal da política de atenção primária à saúde no Brasil**: continuidades e mudanças no período de 2003 a 2008. Dissertação de Mestrado. Apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2009. 215 p.

DENIS, J.L.; LEHOUX, P.; TRÉ, G. L' utilisation des connaissances produites. In: RIIDE, V.E.; DAGENAI, C. (orgs). **Approches et pratiques en évaluation de programme**. Montreal: Les Presses de l' Université de Montréal, 2009.

DUBOIS, N.; MARCEAU, R. Un état des lieux théoriques de l'évaluation: une discipline à la remorque d'une révolution scientifique qui n'en finit pas. **The Canadian Journal of Program Evaluation**, v. 20, n. 1, p. 1-36, 2005.

SCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; SENNA, M.C.M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am J Public Health**, 21(2/3), p. 164-173, 2007.

FERNANDES, F.M.B.; RIBEIRO, J.M.; MOREIRA, M.R. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 27, n. 9, p. 1667-1677, 2011.

FURTADO, J.P.; VIERIA-DA-SILVA, L.M.A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, 2014. (Aprovado para publicação).

FURTADO, J.P.; LAPERRIÈRE, H. Parâmetros e paradigmas em meta-avaliação: uma revisão exploratória e reflexiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 695-705, 2012.

HARTZ, Z.M.A.; FELISBERTO, E.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. **Meta-avaliação da atenção à saúde**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

HEIMANN, L.S.; IBANES, L.C.; BOARETO, R.C.; CASTRO, I.E.N.; TELES, Jr, E.; CORTIZO, C.T.; FAUSTO, M.C.R.; NASCIMENTO, V.B.; KAYANO, J. Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2877-2887, 2011.

IBANEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: jun 2015.

NEIROTTI, N. Evaluation in Latin America: Paradigms and Practices. In: KUSHNER, S.; ROTONDO, E. (orgs). **Evaluation voices from Latin America**. New Directions for Evaluation, 134, 7-16.

PATTON, M.Q. **Utilization-focused evaluation**. Thousand Oaks: Sage, 1997.

PRAIA, J.; CACHAPUZ, A. Ciência-Tecnologia-Sociedade: um compromisso ético. **Revista CTS**, v. 6, n. 2, p. 173-194, 2005.

REIS, A.T.; OLIVEIRA, P.T.; SELLERA, P.E. Sistema de avaliação para a qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. v.6, n. 2, Sup., Ago. 2012. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/622/1089>>. Acesso em: 10 mar 2014.

TANAKA, O.Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saúde e Sociedade**. v. 20, n. 4, p. 927-934, 2011.

CAPÍTULO 7

O PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO PMAQ-AB: O OLHAR DE UMA EQUIPE

*Margareth Aparecida Santini de Almeida,
Wilza Carla Spiri, Carmen Maria Casquel
Monti Juliani, Luceime Olívia Nunes, Nádia
Placideli, Elen Rose Lodeiro Castanheira*

Introdução

O crescimento da rede de serviços de Atenção Básica, ocorrido a partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como o compromisso de ampliar a capacidade de dar respostas efetivas às necessidades de saúde de modo coerente com as diretrizes estabelecidas e a busca pela definição de critérios que orientem políticas de financiamento e incentivo, tem impulsionado o desenvolvimento de iniciativas voltadas para a qualidade da Atenção Básica, tanto no sentido da institucionalização de processos avaliativos como a partir de pesquisas avaliativas

sob diferentes perspectivas teórico-metodológicas. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; 2006; 2012; CASTANHEIRA, 2009a; 2014; VERAS; VIANNA, 2009; FACCHINI, 2008; TANAKA; ESPIRITO SANTO, 2008; HARZHEIM, 2006; 2013; MARSIGLIA, 2008)

A principal iniciativa institucional de avaliação da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil é o Programa para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), implantado em 2011 pelo Ministério da Saúde (MS), com abrangência nacional, como parte da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). É composto por quatro fases: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e pactuação.

A necessidade de se avaliar um grande número de serviços de forma simultânea tem se desdobrado, no mais das vezes, em estudos de caráter quantitativo, com o uso de instrumentos estruturados que permitam consolidar dados e construir indicadores com representatividade para o conjunto avaliado. O uso de abordagens qualitativas tende a ser mais localizado e dirigido a recortes específicos, com bom poder explicativo a partir da análise de casos e situações particulares, mas que levantam questões de interesse geral.

A avaliação externa realizada pelo PMAQ tem sido feita em parceria com Instituições de Ensino Superior de diferentes regiões do país que se responsabilizam por selecionar, capacitar e dar suporte a equipes de avaliadores para visita aos serviços e avaliação de diferentes aspectos, como infraestrutura, disponibilidade de insumos e organização do trabalho, por meio da aplicação de instrumentos dirigidos a profissionais e usuários.

A juventude dessa experiência aponta para a importância em se avaliar o próprio processo que vem se desenvolvendo, a partir de abordagens que possam

discutir o interior do processo de avaliação externa, ou seja, estudar a experiência vivenciada pelos sujeitos que realizaram esse processo nas diferentes regiões brasileiras. (FAUSTO; FONSECA, 2014)

No presente texto, é apresentada uma análise do processo de avaliação externa realizada, a partir do olhar da equipe de avaliadores, sob a condução da Universidade Estadual Paulista Dr. Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Medicina de Botucatu UNESP, em 2014, como parte do segundo ciclo de avaliações do PMAQ.

Ao dar voz aos avaliadores externos do PMAQ, procura-se contribuir para o aprimoramento de processos futuros e refletir sobre as singularidades vivenciadas pela equipe de avaliadores em regiões de saúde do interior paulista, somando-se à análise dessa experiência em outras cidades e regiões do país.

Objetivo

Compreender a partir da vivência dos sujeitos que participaram do processo avaliativo, como se deu a construção do trabalho de avaliação externa e a relação com as equipes e usuários dos serviços avaliados.

Metodologia

Ao final do trabalho de campo, foi realizada uma avaliação do trabalho da equipe de avaliadores (nove supervisores), mediante a aplicação de um questionário com questões semiestruturadas e um grupo focal, cujo material produzido subsidia este texto que está dividido em duas partes, mas cujos conteúdos se articulam e se complementam.

A primeira consiste na avaliação do trabalho realizado tendo como foco as várias etapas do processo de avaliação do PMAQ. Teve por referência os dados do questionário aplicado composto por questões que abordavam o processo de seleção, treinamento, apoio administrativo e trabalho de campo, este último relativo aos seis módulos que compunham a avaliação externa – observação da unidade, entrevista com profissional, entrevista com usuário, NASF, infraestrutura do consultório dentário e entrevista com dentista; reservando-se ao final de cada bloco um espaço para observações em aberto. Uma última questão aberta era para relato da experiência do processo de avaliação. As respostas foram organizadas em escala *Likert*, em cinco níveis: concordo plenamente, concordo, indiferente, discordo e discordo plenamente, e as questões abertas foram agrupada.

Na segunda parte é apresentada a experiência da equipe no processo de avaliação. Baseou-se nos dados produzidos no grupo focal que foi organizado a partir de duas questões norteadoras: 1) Relatar a vivência do grupo na realização das atividades de avaliação do PMAQ, com foco no processo de trabalho desenvolvido pela equipe de avaliadores; 2) A percepção da equipe sobre os serviços de Atenção Básica, com foco na qualidade da atenção. O grupo foi gravado e seu conteúdo transcrito na íntegra. O material foi lido exaustivamente para extração dos trechos relevantes para a apreensão do vivido. Foram identificadas duas temáticas: a construção do trabalho em equipe e a relação e a percepção com as equipes de saúde e usuários.

Contexto do processo de avaliação: onde e como se deu a inserção dos avaliadores

A avaliação externa analisada ocorreu nos municípios que constituem as Redes de Atenção à Saúde equivalentes às regiões administrativas abrangidas pelos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) de Bauru e Sorocaba da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES SP).

Essas regiões, com 116 municípios ao todo, contaram com a adesão de 88 (77%) dos municípios no primeiro ciclo. A composição das equipes de avaliação externa do segundo ciclo foi projetada a partir desses dados, prevendo-se quatro grupos de avaliadores com três participantes e um supervisor, com um total de 13 componentes.

Foram selecionados profissionais de nível superior, preferencialmente com experiência prévia em Atenção Primária, e com disponibilidade de tempo integral, incluindo viagens e ausências do município de origem por períodos variados, durante aproximadamente quatro meses.

As exigências colocadas apontaram como candidatos com perfil mais adequado os alunos dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Enfermagem ou egressos desses programas e da residência multiprofissional na instituição, desde que não estivessem trabalhando e nem fossem bolsistas da pós-graduação. Os profissionais selecionados receberam bolsas e diárias e contavam com o apoio de um veículo contratado para o transporte na região avaliada.

A composição final da equipe, devido às exigências colocadas e à temporalidade do trabalho, nunca foi completa. O trabalho de campo foi realizado com sete a nove componentes e um supervisor, sem que se conseguisse completar o grupo com os treze avaliadores inicialmente

previstos. Em diferentes momentos do trabalho, ocorreram desistências de avaliadores que foram substituídos por outros, conforme disponibilidade entre os recrutados no processo inicial, inclusive de outras regiões do estado. Nesse contexto, a supervisora desempenhou um duplo papel: acompanhou diretamente todo o trabalho de campo e, muitas vezes, assumiu também o papel de avaliadora.

A equipe final, ou seja, a que permaneceu mais tempo no campo foi constituída por oito avaliadores e mais a supervisora, os quais a maior parte era de graduados em enfermagem, e também educadora física, psicóloga e gerontóloga, havendo alguns inseridos na pós-graduação. Os avaliadores no geral tinham experiência prévia quanto à atenção primária, principalmente em estágios curriculares desenvolvidos nesse nível da saúde, bem como atuação direta para coleta de dados de pesquisas.

As reuniões presenciais prévias ao trabalho de campo foram realizadas em dois dias para conhecimento e manuseio dos instrumentos de trabalho e do *software* do PMAQ. Foram abordados os seis módulos que compunham a avaliação externa, orientando-se que todos estudassem o material antes de ir a campo.

Num segundo momento, ocorreu a apresentação do curso de especialização em Avaliação de Serviços de Saúde, no formato de educação a distância, oferecido através da plataforma *moodle* pela UNA-SUS, por meio de parceria com a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSA). Foram apresentados os temas que seriam abordados ao longo do curso, a proposta do cronograma geral e o trabalho de conclusão de curso (construção de um portfólio).

A avaliação externa ocorreu no período de 3 de fevereiro a 23 de maio de 2014, nos oitenta e oito municípios,

abrindo 278 equipes de atenção básica, sendo que destas em 138 equipes foi realizada a avaliação de Saúde Bucal e seis Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Atrasos no repasse de recursos ocasionaram um período de suspensão das atividades, reduzindo a realização do campo para 51 dias úteis, com sobrecarga da equipe e restrição dos períodos de reuniões de supervisão geral para que fossem cumpridos os prazos previstos pelo Ministério da Saúde.

Ao longo do processo de avaliação externa foram realizadas três reuniões com toda a equipe, com o objetivo de dar suporte ao trabalho de campo – sanar dúvidas, discutir dificuldades e definir encaminhamentos – mas também, de fomentar a integração da equipe.

Avaliando o processo de avaliação

Mais do que quantificar a opinião dos membros da equipe, as respostas ao questionário permitem depreender as questões mais significativas do processo e representam um olhar dos avaliadores de campo em relação às várias etapas do processo de avaliação externa.

No processo gerencial, o treinamento é um dos aspectos do desenvolvimento das pessoas utilizado para se transmitir informações, melhorar as habilidades e o desempenho na função. (CHIAVENATO, 2010) Ele é importante para o sucesso da meta a ser alcançada, o objetivo a ser pretendido, no caso em análise a avaliação da AB.

Em relação ao treinamento recebido, os avaliadores consideraram que o mesmo esclareceu sobre a proposta de avaliação a ser realizada, ou seja, os objetivos do segundo ciclo PMAQ e como ocorreria o campo (quando, como e em quem aplicar/investigar).

Posicionamento contrário se deu em relação ao tempo de treinamento, considerado insuficiente, uma vez que não instrumentalizou adequadamente a resolução de problemas surgidos no campo. Alguns problemas recorrentes poderiam ser sanados, segundo os avaliadores, por um treinamento mais prático. Por exemplo, no início não se sentiram habilitados em lidar com o *tablet*, que travava e desligava, ou com muitas das dificuldades encontradas e que poderiam ter sido previstas.

A presença constante da supervisora durante o campo foi fundamental na superação desses problemas. Ela intermediava com o gestor local e, quando havia demanda de compreensão ou dúvida no processo como um todo, entrava em contato com a coordenação central do PMAQ.

No tocante à execução do campo, pode-se depreender que foi facilitada pelo bom acolhimento da maioria dos municípios e unidades de saúde, pela logística utilizada em agrupar os municípios por facilidade de acesso e o deslocamento entre os mesmos ser realizado por meio de veículo (VAN) contratado exclusivamente para esse fim.

O planejamento para a execução do campo foi facilitado pela atuação da coordenação da FMB/UNESP nas duas regiões desde 2007, com ações de apoio à gestão, a partir da adesão do Estado de São Paulo ao Pacto pela Saúde. (BIZELLI; PUTTINI; CASTANHEIRA, 2011; CASTANHEIRA, 2007; 2009b)

Existe uma relativa concordância por parte dos avaliadores em relação ao questionário, a organização das perguntas em módulos facilita o manuseio e aplicação do mesmo. Contudo, apresentava muitos erros gramaticais e de estruturação de questões, que foram corrigidos com constantes atualizações do sistema no *tablet*.

Apontaram que os profissionais das unidades de saúde e os usuários entrevistados tiveram diferentes compreensões sobre os questionários aplicados.

Alguns profissionais (enfermeiros, dentistas) não tinham conhecimento do que era o PMAQ, provavelmente pelo fato de muitos municípios não terem aderido no primeiro ciclo ou pela troca constante de gestores municipais ou de profissionais, conforme observado nos contatos que a supervisão fez com os municípios. No entanto, todos receberam bem os avaliadores e tinham total conhecimento a respeito das questões que estavam sendo investigadas.

Foi observado algum constrangimento pela equipe dos serviços quando o médico precisava responder a entrevista na ausência da enfermeira, provavelmente pelo posicionamento deste no dia a dia com a equipe local. Contudo, um total engajamento do profissional médico na equipe e vínculo com os usuários também foi observado.

Já em relação aos usuários, os avaliadores consideraram que a maioria aderiu com facilidade à entrevista e se sentiram à vontade em responder ao questionário. Poucos, mas é importante ressaltar, sentiram insegurança em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em função da dificuldade em compreender sua função, o que vem sendo observado em outros estudos, (RODRIGUES FILHO; PRADO; PRUDENTE, 2014) além do medo de ser identificado e com isso prejudicar seu atendimento na unidade.

Tal dificuldade talvez pudesse ser sanada por um distanciamento do serviço no momento da realização da entrevista, ocorrendo, por exemplo, no domicílio, ainda que essa sugestão acarrete um maior ônus ao processo.

Nem sempre os usuários tinham facilidade na compreensão do que estava sendo investigado. Muitas vezes os avaliadores liam a pergunta e depois precisavam adaptar palavras mais comuns, ou melhor, menos técnicas, para facilitar o entendimento.

A esse respeito Thiollent (1985) salienta que além do procedimento de “traduzir” para melhor compreensão, é necessário considerar também a motivação do respondente em relação ao que é perguntado. Um exemplo é que muitos usuários entrevistados consideravam o questionário muito longo, cansavam-se e não queriam mais responder, ou argumentavam que não tinham mais tempo para continuar a entrevista. Vale lembrar que o tempo do usuário e o funcionamento da unidade eram respeitados, se no meio da entrevista o usuário era chamado para a consulta, o avaliador dizia para ele ficar a vontade que continuaria a entrevista depois dela.

Quanto ao NASF, todos os profissionais que compunham a equipe estavam presentes por ocasião das entrevistas e participaram ativamente da mesma. Ressalta-se a existência de uma variedade muito grande de composição das equipes, embora isso seja previsto na Portaria nº 2488 ao regulamentar a definição da composição do NASF como uma atribuição do gestor local a partir de critérios de prioridade. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Em relação aos documentos que deveriam ser apresentados durante a avaliação, nem sempre os serviços tinham os mesmos organizados, o que poderia indicar tanto uma não divulgação pela gestão local da visita dos avaliadores como também a falta de acesso e utilização dos documentos na rotina do serviço. Por outro lado, a preparação prévia das unidades desdobrou-se na ocorrência de certa “maquiagem” em alguns serviços, com situações

como a chegada dos avaliadores no momento em que os totens e placas estavam sendo instalados, já que eram itens pontuados da avaliação.

Experiência da avaliação: olhar dos avaliadores

A construção do trabalho em equipe

Um processo de avaliação, como o estabelecido no segundo ciclo do PMAQ pressupõe que para o seu êxito seja fundamental o trabalho em equipe. Por mais que essa forma de trabalho já tenha sido definida no desenho inicial do processo, é no seu transcorrer que ele se efetiva. “... o processo de trabalho, ... não teve uma definição prévia, ... foi se formando, (...) foi bem flexível e a gente soube entender isso porque tinha situações que não tinha como planejar, (...) o máximo que conseguiu fazer foi a logística e deu certo.”

Os avaliadores compartilharam no exercício do trabalho, não apenas o mesmo objeto de trabalho, mas aspectos pessoais como costumes, problemas particulares, ao longo de uma rotina que, inclusive para quem dividia o quarto, chegava a ser de 24 horas, muitas vezes durante quinze dias contínuos. “... é claro que a gente vai convivendo, a gente ficou muito tempo junto, ...você vai começando ver as manias...”

O próprio cronograma da avaliação demandava uma intensificação do trabalho e convivência da equipe, considerado por uma das avaliadoras como uma imersão. “... o que eu tenho pra falar sobre o PMAQ é que eu achei que foi meio que uma imersão assim de... você só pensava em PMAQ, só falava em PMAQ.”

Conforme já observado nas respostas ao questionário, os avaliadores apontaram algumas dificuldades durante o processo de avaliação, como insuficiência de treinamento, necessidade de substituir membros da equipe ou mesmo por essa ser incompleta. Contudo, o trabalho em equipe foi sendo construído e fortalecido possibilitando a superação das dificuldades encontradas. “(...) eram novos e tinham dificuldade e não conseguiam acompanhar, mas (...) eles se saíram muito bem, o grupo no geral, porque todo mundo se ajudava (...)”

Segundo Peduzzi (2011, p.639), “O trabalho em equipe requer que os profissionais construam uma dinâmica de trabalho com interação, articulação e objetivos compartilhados.” A autora refere-se principalmente ao trabalho da equipe multiprofissional de saúde. Contudo, mesmo na equipe de avaliadores, constituída e atuando em um pequeno espaço de tempo, pode-se identificar esses elementos, sendo fundamentais para a execução do trabalho com êxito.

Nesse sentido, na própria dinâmica da avaliação por eles implementada, na forma como abordar as unidades, seus profissionais e usuários, observou-se uma articulação constante da equipe dos avaliadores,

(...) tinha que conversar porque a todo momento, assim, você tem que saber o que está acontecendo porque a unidade também é muito dinâmica, quantos usuários a gente já tinha conseguido fazer, quantos ainda precisaria ser feitos, como que ia resolver alguma questão que aparecia na hora.

União e cooperação, outros elementos fundamentais no trabalho em equipe (SANTOS, 2014) também estavam presentes, seja na resolução dos problemas inerentes ao

processo de avaliação como também na relação pessoal. “E sempre íamos juntas pra resolver qualquer problema, nunca deixava uma só, uma sempre apoiava a outra mesmo.” “... você estava sempre em contato com sua equipe e cada dia melhorava mais esse contato e, às vezes ... só de você ver a pessoa ‘ah, hoje (ele) não está tão bem, deixa ele quietinha’ então isso era legal, tem o seu limite ali (...)”

A relação e a percepção com as equipes de saúde e usuários

A experiência proporcionada pelo segundo ciclo do PMAQ-AB levou os avaliadores a terem uma visão que se aproxima da compreensão da atenção primária expressa na definição adotada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em suas duas dimensões, primeiramente vinculada à organização interna do trabalho, referente à gerência democrática, ao trabalho em equipe, à definição de território, à integralidade do cuidado, ao vínculo e à responsabilização com a comunidade e com cada usuário; e a outra, inclui o estabelecimento de relação com o sistema mediante o seu papel como principal porta de entrada, sua necessária interdependência com outros níveis do sistema de saúde, mas também, com outros setores de políticas sociais, e à sua capacidade de ordenar a rede de atenção à saúde. (CASTANHEIRA, 2011)

Destaca-se como primeiro ponto relevante quanto à percepção dos avaliadores, a organização dos serviços de atenção primária nos diferentes municípios e regiões de saúde do Estado de São Paulo, estabelecendo assim uma comparação entre as diferentes regiões referente ao acesso às unidades de saúde.

Dentre os princípios fundadores do SUS, destaca-se a universalidade do acesso para todos os brasileiros em todo o território nacional. (SARAH et al.,

2007) Todavia, em algumas regiões, o acesso do usuário à unidade de saúde é acompanhado por dificuldades, como, por exemplo, problemas do percurso da residência até a unidade de saúde. O acesso aos serviços de atenção básica e o acolhimento são elementos essenciais no atendimento para a assistência efetiva sobre as demandas de saúde do indivíduo e da coletividade. (RAMOS; LIMA, 2003)

Ah, em torno de uma hora e meia, mas a estrada é boa', quando vai 'nossa...', eles não sabem o que é estrada boa, porque o referencial... eram três senhoras, senhoras mesmos de idade, mais de 60 anos e levando sacolas e tudo, 6 km na terra, elas iam a pé e era fácil.

Foi o que me chamou mais atenção, só que por outro lado eu achei que aquele pessoal lá, a própria população e tudo mais, os profissionais eu achei eles muito acolhedores perto de algumas cidades.

Quanto aos contatos com as equipes de saúde nas diferentes regiões de avaliação externa, podem-se destacar as dificuldades presenciadas mediante à integração dos profissionais que compõem a equipe de saúde da família.

Segundo Puntel de Almeida e Mishima (2001), com a implantação do modelo saúde da família na atenção primária emerge o desafio aos profissionais para o trabalho em equipe de maneira integrada, de forma que os trabalhadores possuem maior poder e autonomia em busca do fornecimento da atenção em saúde de qualidade à população. Porém, se a integração não acontecer, corre-se o risco de reproduzir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado no curativismo individual, com a rigorosa divisão do trabalho e a desigualdade na valorização social dos diversos trabalhos. Em relação ao profissional médico, observou-se diferentes posicionamentos:

Ele foi embora (O médico) (...) gritou lá na frente de todo mundo com todo mundo e foi embora, e assim, eu não vi nada disso eu estava dentro da sala com a enfermeira e a enfermeira comprometida mostrando as ações de toda a equipe, de tudo mais, e 'cadê esse médico nessas ações?

(...) eu entrevistei o médico (...), uma graça, ele sabia tudo do território, de todos os pacientes, a enfermeira tinha passado na residência ai ele 'vai mesmo. Nós vamos ficar sem enfermeira, mas eu dou conta aqui', ele fazia de tudo, totalmente o oposto, mas eu acho que a maioria das unidades que nós fomos, essa questão ainda é muita marcada no Brasil, nessa do médico só chegar e fazer o atendimento e não se engajar nessa estratégia (...).

Ainda nessa temática quanto à integração das equipes de saúde, foca-se nas observações levantadas pelos avaliadores quanto à dificuldade visualizada da equipe de saúde bucal para o alcance e desenvolvimento do trabalho integrado à equipe mínima da Estratégia Saúde da Família (ESF). No Brasil, a partir de 2000 houve a inserção do profissional cirurgião-dentista na atenção primária, com a efetiva incorporação da equipe de saúde bucal no modelo saúde da família. (SOUZA; RONCALLI, 2007) Todavia um dos maiores desafios nesse processo é a integração da equipe de saúde bucal para a realização de um trabalho em conjunto.

Eles estão trabalhando literalmente isolados e até dentro da unidade, a própria saúde bucal eu acho que está muito isolada da equipe da atenção básica (...).

Eles estão trabalhando, parece que é assim: é um consultório que montaram lá pro dentista ficar, ele não faz parte da Estratégia da Saúde da Família.

Muitas saúde bucais não eram articuladas com a unidade, nem em participação na reunião de equipe elas tinham.

Mediante à avaliação externa com as equipes de saúde bucal, os avaliadores vivenciaram maiores dificuldades com o profissional respondente cirurgião-dentista quanto sua compreensão perante a participação no processo do segundo ciclo do PMAQ-AB.

(...) Os dentista não tinham tanto assim... os enfermeiros sabiam mais, agora... a gente encontrou, eu pelo menos, encontrei mais os dentista que não sabiam o que era o PMAQ (...).

A saúde bucal foi a mais problemática. (Para a avaliação)

Sobre a motivação dos profissionais das equipes de saúde e a relação com a adequação do local de trabalho (infraestrutura das unidades de saúde), em alguns momentos foi observado uma inversão entre esses fatores pelos avaliadores externos, como, por exemplo, o fato da infraestrutura satisfatória não estar diretamente relacionada com profissionais motivados ao trabalho na unidade de saúde. De acordo com Mendes et al. (2013), a motivação do profissional em saúde é um dos componentes contribuintes para o alcance da atenção de qualidade. “E uma cidade super bem-estruturada, super bonita, a cidade, as unidades básicas também muito assim, tinha tudo, a infraestrutura, mas você vê que as pessoas estavam desmotivadas, os profissionais (...), até os usuários (...).”

Diante das percepções das equipes de saúde e a relação com o trabalho desenvolvido de forma adequada com qualidade, destacam-se como pontos centrais a formação profissional satisfatória e a importância da

educação complementar, como treinamentos, capacitações e especializações (pós-graduação) em saúde da família.

De acordo com Ministério da Saúde, para o alcance dos princípios contidos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o novo arranjo do modelo de atenção primária impõe visivelmente a necessidade de transformação permanente no funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes. Destaca-se ainda a importância de cada município reconhecer suas reais demandas de saúde na atenção primária e articular as propostas de educação permanente em saúde diante delas. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) “Em relação à qualidade, eu acho que o profissional que está ali deve ser capacitado é a chave do... É onde começa, eu acredito nisso, pra ele desenvolver um bom trabalho, então me chocou bastante esse ponto, e é de uma forma geral mesmo.”

Sobre as diversas experiências colocadas pelos avaliadores quanto à aplicação do questionário direcionado aos usuários dos serviços avaliados, destaca-se a percepção do usuário possuir uma visão reduzida diante das diversas finalidades da atenção primária, dentre elas a promoção e prevenção em saúde. O modelo de saúde da família avançou no desenvolvimento de práticas de prevenção e promoção em saúde, contudo os serviços de saúde ainda sofrem forte influência do modelo curativo (individual) que consequentemente repercute nas percepções de usuários e profissionais. (ALVES; BOHES; HEIDEMANN, 2012)

Eu sempre via mais, em vez no micro, assim no macro, a diferença mesmo nem só da gestão, mas da população mesmo, da cultura do povo, têm umas que usam mais tem outras que usam menos a atenção básica, as vezes nem gostam de ir, vão mais pra sanar, como que fala, sem ser prevenção (...).

Pode ser isso, essa cultura de não procurar o profissional e em outras cidades a gente já viu 'ah, não, eu faço prevenção, venho aqui sempre, to sempre por ai', então é uma coisa de também de povo, de cultura que eu vi.

Para além da percepção dos usuários entrevistados sobre a atenção primária em saúde, os avaliadores se depararam com opiniões da população local sobre a importância da avaliação das unidades de saúde.

Como cidadão brasileiro, o princípio do SUS, a universalidade, prevê a assistência à saúde para todos; diante disso, de acordo Moimazet al. (2010), o julgamento dos usuários quanto à qualidade da atenção em saúde é considerado de suma importância quando se pretende avaliar os serviços de saúde do SUS, não podendo deixar de considerar sua percepção, com objetivo de contribuir para a melhoria do sistema de saúde.

No hotel que a gente ficou (...), um senhor lá que estava hospedado me viu de manhã lá com a blusa, falou assim: 'ah você tem que chegar nos postos...'; já sabia tudo que a gente fazia, 'é de surpresa'.

Ele falou 'nossa mas aqui tá uma porcaria, você já foi na unidade' (...).

Teve uma cidade que eu fui na rodoviária esperando o ônibus, ai eu entrei a moça perguntou 'ah...'; viu o uniforme, eu falei 'é avaliação, tal', 'nossa, o postão daqui tá horrível menina, você tem que ir lá avaliar', sempre eles queriam que a gente fosse [risos], ou algum usuário 'coloca ai que isso aqui tá ruim', tipo anota ai, não tem como, mas tudo bem.

Considerações finais

Compreender como se deu a vivência dos sujeitos que participaram do processo avaliativo, o processo de trabalho da equipe de avaliação, a relação entre os sujeitos da equipe e dela com os profissionais e usuários dos serviços avaliados, ao lado da percepção acerca dos serviços de saúde em diferentes contextos, aponta para a complexidade, e ao mesmo tempo importância, desse processo e nos proporciona elementos para aprimorar o planejamento de outras avaliações externas.

Ressalta-se que nesse processo houve fortalezas, especialmente relacionadas com a interação da equipe no desenvolvimento do processo de trabalho e apoio da supervisora de forma contínua e resolutiva, e também ocorreram desafios referentes ao pouco tempo de capacitação, a pluralidade de fatores relacionados à convivência estreita de pessoas que previamente não se conheciam, as diferenças das unidades de saúde de uma mesma região, no que tange as condições e aos profissionais e ao desconhecido.

No entanto, principalmente pelos desafios vivenciados, potencializou-se a integração da equipe por meio de uma comunicação dialógica, respeitosa, solidária e com ações colaborativas, permitindo a conclusão do trabalho no tempo oportuno e com metas alcançadas.

Assim, depreende-se que o processo avaliativo do PMAQ engendrou mais que a avaliação propriamente dita, mas o desenvolvimento de uma equipe na modalidade integração.

Referências

ALVES, L.H.S.; BOEHS, A.E.; HEIDEMANN, I.T.S.B. A percepção dos profissionais e usuários da estratégia de saúde da família sobre os grupos de promoção da saúde. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 401-408, jun. 2012.

BIZELLI, S.K.; PUTTINI, R.F.; CASTANHEIRA, E.R.L. **Regionalização tecendo redes entre a gestão e o cuidado**. São Paulo: Unesp, 2011. Vídeo Educativo. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=uK6zYFI1Bfg>>. Acesso em: 04 jun2015.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família (AMQ)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. (Série B. Textos Básicos de Saúde, v. 6).

_____. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família: guia de implantação municipal AMQ**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 21 de outubro de 2011.

_____. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/geral/pmaq_manual_instrutivo.pdf>. Acesso em: 26 mar 2015.

CASTANHEIRA, E.R.L. et al. **Projeto de Apoio Institucional aos Departamentos Regionais de Saúde e Nível Central da SES/SP na Construção do Plano Estadual de Saúde e Pacto**

pela Saúde. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, 2007.

CASTANHEIRA, E.R.L. et al. Avaliação da Qualidade da Atenção Básica em 37 Municípios do Centro-Oeste Paulista: características da organização da assistência. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 81-88, 2009a.

CASTANHEIRA, E.R.L. et al. **Projeto de Apoio Institucional para o desenvolvimento do Sistema de Saúde Regional, visando o apoio e o fortalecimento da capacidade de gestão dos DRS de Bauru, Marília, Sorocaba e Registro**. Botucatu: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista 2009b.

CASTANHEIRA, E.R.L. et al. QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 935-947, 2011.

CASTANHEIRA, E.R.L. et al. Avaliação de serviços de Atenção Básica em municípios de pequeno e médio porte no Estado de São Paulo: resultados da primeira aplicação do instrumento QualiAB. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 679-691, dez. 2014.

CHIAVENTATO, I. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

FACCHINI, L.A. et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, v.24, supl.1, Rio de Janeiro, 2008.

FAUSTO, M.C.R.; FONSECA, H.M.S. (orgs.). **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB**. Rio de Janeiro: Saberes Editora, 2013.

HARZHEIM, E. et al. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.8, p.1649-1659, ago. 2006.

HARZHEIM, E. et al. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 274-84, out-dez. 2013.

MARSIGLIA, R.M.G. et al. **Integralidade e atenção primária em saúde**: Avaliação da organização do processo de trabalho em unidades de saúde da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. 2008. Disponível em: <<http://www.cealag.com.br/Trabalhos/INTEGRALIDADE%20E%20ATEN%C3%87%C3%83O%20PRIM%C3%81RIA%20EM%20SA%C3%9ADE/Relat%C3%B3rio.pdf>>. Acesso em: 18 nov 2014.

MOIMAZ, SAS et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS: sobre o serviço público de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1419-1440, 2010.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 629-646, 2011.

PUNTEL DE ALMEIDA, M.C.; MISHIMA, SILVANA, M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 5, n. 9, p. 150-153, Ago. 2001.

RAMOS D.D.; LIMA M.A.D.S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio

Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.

RODRIGUES FILHO, E.; PRADO, M. M.; PRUDENTE, C. O. M. Compreensão e legibilidade do termo de consentimento livre e esclarecido em pesquisas clínicas. **Rev. Bioét.**, Brasília, v. 22, n. 2, ago. 2014.

SANTOS, D.A.F.; MOURAO, L.; NAIFF, L.A.M. Representações Sociais acerca do Trabalho em Equipe. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 34, n. 3, p. 643-659, set. 2014.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Divisão Política Administrativa da RRAS**. São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/mapas-de-saude-2012/mapas-tematicos/condicoes-geograficas-demograficas-e-socio-economicas/divisao-politico-administrativa-da-rras>>. Acesso em: 20 mai 2015.

SCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2007.

SOUZA, T.M.S.; RONCALLI, A.G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2727-2739, 2007.

TANAKA, O.Y.; ESPIRITO SANTO, A.C.G. Avaliação da qualidade da atenção básica utilizando a doença respiratória da infância como traçador, em um distrito sanitário do município de São Paulo. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v.8, n.3, p.325-332, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 01 mar 2015.

THIOLLENT, M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. 5. ed. São Paulo: Polis, 1987.

VERAS, C.L.S.M.; VIANNA, R.P.T. Desempenho de municípios paraibanos segundo avaliação de características da organização da atenção básica. **Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 133-140, abr./jun. 2009.

CAPÍTULO 8

PMAQ: CONSIDERAÇÕES CRÍTICAS PARA TRANSFORMA-LÓ EM UM DISPOSITIVO PARA A PRODUÇÃO DE MUDANÇAS NO RUMO DA MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

*Maria do Carmo Guimarães Caccia Bava;
Maria Jose Bistafa Pereira; Lucila Brandão
Hirooka; Guilherme Vinícius Catanante;
Hélio Souza Porto*

As reflexões trazidas no presente artigo e a motivação para sua elaboração se deram no contexto do desenvolvimento dos trabalhos do segundo ciclo do Programa para Melhoria da Qualidade e Acesso à Atenção Básica (PMAQ), do Ministério da Saúde, em 2014, tendo sua primeira versão ocorrido dos anos de 2011 e 2012. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Em 2014, pela primeira vez reuniram-se, sistematicamente, universidades – dez paulistas e a

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), e representantes dos gestores das três esferas: Coordenação de Atenção Básica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e do Ministério da Saúde, em torno do planejamento, desenvolvimento e produção de conhecimentos relativos à avaliação externa do PMAQ no Estado de São Paulo. Nessa articulação compõe-se o Colegiado Estadual do PMAQ, não formalizado, mas operativamente ativo, desde as experiências do Colegiado Estadual da Atenção Básica constituído pelo Secretário Estadual da Saúde de São Paulo, esse sim criado por uma resolução do Secretário Estadual no ano de 2012 e que envolvia a maioria dos integrantes do presente grupo.

No Estado de São Paulo, dos 645 municípios, 542 (84,0%) aderiram ao segundo ciclo do PMAQ, sendo que das suas 4.678 equipes de atenção básica, 3.610 (77,2%) participaram e de suas 2.018 equipes de saúde bucal 1.703 (84,4%) aderiram ao programa. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)

Um dos aspectos mais reiterados durante o desenvolvimento do trabalho de campo das avaliações externas foi o questionamento das equipes quanto aos resultados do primeiro ciclo e a explicitação clara de sua expectativa de que, por ocasião do segundo ciclo, esses resultados apresentados pudessem ser discutidos e talvez superados em algumas das dificuldades mais urgentes, de forma pontual e não generalizada.

Essa demanda ética, técnica e política motivou as instituições acadêmicas e gestoras envolvidas a refletirem sobre a relevância do processo de restituição das avaliações às equipes avaliadas e nas melhores estratégias para seu empreendimento.

As referências que pautaram o grupo para a estruturação do processo de restituição foram:

- Superar o uso das medidas centrais, como a média, e estruturar de forma singularizar e contextualizada a análise dos resultados: frente à condição heterogênea das equipes, um mesmo dado colhido por ocasião da avaliação externa poderia representar realidades bastante diversas. Exemplo resgatado da prática cotidiana foi trazido à discussão, referente à estrutura física das unidades de Atenção Básica (AB), um dos aspectos avaliados pelo PMAQ. Trata-se de uma região coberta por sete unidades de saúde, das quais apenas uma possui sala de vacina. Um olhar mais generalizante poderia levar a inferir dificuldades de acesso, baixa cobertura vacinal, exposição a doenças imunopreveníveis. Uma análise contextualizada pode, entretanto, mostrar que a única sala de imunização tem funcionamento 24 horas, com vacinas de rotina e de urgência, pessoal muito bem-treinado, trabalho articulado com as equipes das seis unidades de saúde da família de seu território de adscrição. A cobertura vacinal está alta e não há registro de doenças imunopreveníveis. Em outro contexto, esse dado poderia traduzir uma realidade bem diferente.

- Outro exemplo no âmbito dos indicadores de saúde dos municípios avaliados, que apontam situações bastante preocupantes em relação à assistência materno e infantil, é o aumento na incidência da sífilis congênita, da mortalidade materna e infantil, enquanto que, paradoxalmente, a avaliação do PMAQ identifica que grande parte das unidades realiza sete ou mais consultas de pré-natal. Isso nos chama a refletir, coletivamente, sobre a qualidade da assistência que está sendo prestada e dos fatores ou combinação de fatores que interferem nesse processo. Alguns desses são intrínsecos às equipes e outros extrínsecos. Dentre esses,

os fluxos entre os serviços que compõem a rede assistencial é um dos elementos a ser considerado. Esses serviços são de diferentes densidades tecnológicas e estão dispostos na região de saúde composta por vários municípios, razão pela qual a segunda referência que pautou as reflexões do grupo foi a de valorizar e fortalecer os espaços coletivos de gestão regional, mais especificamente por Comissões Intergestores Regionais (CIR).

- A terceira referência, intimamente relacionada às anteriores, é a de que o processo de restituição deva superar a mera apresentação de dados coletados, tarefa facilmente cumprida mediante a mera distribuição aos municípios de um *pen drive* com o banco de dados do Ministério da Saúde, para, ao contrário, revestir-se da capacidade de gerar reflexões coletivas e mudanças que venham ao encontro da ampliação do acesso e da melhoria da qualidade da Atenção Básica, profecia inicial de todo esse trabalho. Nesse contexto, desenvolveram-se as presentes reflexões.

Avaliação em saúde

A literatura vinculada a essa temática aponta a estreita relação existente entre o tipo de avaliação, enquanto campo de investigação científica, que se escolhe levar a efeito, e o modelo conceitual que a embasa, considerando-se que este acolhe dimensões ética, estética, ideológica, política e técnico-operacional.

As diferentes necessidades geradas em diferentes momentos históricos, o tipo e procedência dos avaliadores, o objeto da avaliação, levaram a uma ampla diversidade de abordagens e modalidades classificatórias no campo da avaliação. (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994)

Contandriopoulos (2006), a despeito da variabilidade presente nesse campo do conhecimento, define que a

avaliação é a emissão de um julgamento de valor sobre uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões.

Estudiosos consideram a existência de quatro gerações dentro da história da avaliação. A primeira foi marcada pelo predomínio da medição ou verificação de acertos e erros. Na área da saúde, esse tipo de avaliação volta-se antes aos campos da epidemiologia e da estatística, verificando intervenções prioritariamente vinculadas à distribuição e ao controle das doenças infecciosas e à geração de sistemas informacionais dos países de primeiro mundo. O papel do pesquisador assumia um caráter predominantemente técnico, capaz de construir e usar instrumentos voltados à mensuração dos fenômenos estudados. (GUBA; LINCOLN, 1989; HARTZ, 2009)

Seu segundo momento, com forte influência até os anos 1950, centrou-se no ato de descrever: foi conferida prioridade às descrições mais elaboradas referentes aos processos de verificação do alcance dos objetivos, embora ainda pouco valorizados em sua qualidade. Passam a ser identificados e descritos os programas, compreendida sua estrutura, dificuldades e possibilidades, frente à consecução dos resultados esperados. Segundo Hartz (2009), a mensuração passou a colocar-se a serviço da avaliação.

Na terceira geração, que marcou o final dos anos de 1960, e estendeu-se por vinte anos, foi dada relevância à capacidade de julgamento agregada ao processo avaliativo. A competência maior do avaliador não se restringia a medir e descrever, mas a avançar na direção de emissão de um juízo de valor sobre o objeto avaliado, relevante para que a avaliação pudesse desencadear as correções de rumo necessárias, configurando-se como campo de conhecimento específico, como ficou evidenciado pelas publicações afins, pelo crescimento das associações de

avaliadores internacionais e dos padrões de qualidade. (HARTZ, 2009)

Essas três gerações de referências teóricas e metodológicas e os papéis precípuos esperados dos avaliadores em cada modelo apresentaram avanços e limitações no campo da produção dos saberes e práticas avaliativas. Segundo esses autores, a extrema valorização da visão gerencial, a inflexibilidade frente a diferentes visões e valores, a exacerbação da visão positivista; a não relativização dos dados frente a diferentes contextos, a valorização absoluta das medições quantitativas e a desconsideração de outros percursos para se pensar o objeto da avaliação, a pseudoneutralidade e a ausência de responsabilização moral e ética do avaliador, visto que nenhuma delas implica o avaliador e o que emerge da avaliação realizada ou de seu uso, são algumas de suas principais limitações. (GUBA; LINCOLN, 1989) A impossibilidade de aprofundamento na interpretação dos resultados foi, igualmente, apontada como fragilidade. (MEIRELLES et al., 2012)

A avaliação de Quarta Geração apresentou-se, assim, como uma nova possibilidade ética, política e técnica, forjada a partir de novos paradigmas. Nela, o contexto, a finalidade, os objetivos, os saberes operantes e os agentes envolvidos interagem dentro e a partir dos distintos grupos de interesses presentes no processo avaliativo. Nessa concepção, as informações não são importantes *a priori*, mas tornam-se assim à medida que forem pactuadas entre os atores sociais, integrantes de grupos de interesse implicados. Os autores classificam três diferentes grupos de interesse: dos agentes, que são os que produzem e implementam os serviços; dos beneficiários e das vítimas, que são as negativamente afetadas pelo serviço prestado pelos agentes. (GUBA; LINCOLN, 1989) Ao adotar um

caráter participativo e uma dimensão formativa, possibilita intervenções mais favoráveis no sentido da qualificação de serviços de saúde avaliados sob essa perspectiva. (KANTORSKI et al., 2009)

Como ponto forte, revela-se a possibilidade de estabelecerem-se negociações, de integrar reflexões, métodos e atores do processo avaliativo, na qual a própria avaliação possibilite uma aprendizagem permanente, que revele uma posição crítica e respeitosa frente e com os agentes do processo avaliativo. Nessa concepção, a reflexão crítica sobre os dados colhidos pode permitir mais do que auferir os benefícios imediatos de bons resultados do processo avaliativo, que, se descontextualizado, pode ser equivocado. Essa mudança atinge também o papel dos avaliadores, ainda tidos como interventores ou auditores externos de um processo a que estão e continuarão alheios.

Para Hartz (2009), a quarta geração não exclui os referenciais anteriores, mas abre espaço para que os atores sociais envolvidos, incluindo os avaliadores, entrem em processo de negociação como parte desse processo e não como juiz deste. Ao encontro dessas referências teórico-metodológicas, apresenta-se a Investigação Apreciativa (IA). Esta é entendida como um método centrado na detecção dos pontos fortes e capacidades presentes nos processos gerenciais, em lugar da busca exclusiva de suas fragilidades. Pressupõe a existência de potências a serem conhecidas e desenvolvidas a partir do diálogo e da existência de espaços onde ideias e projetos possam ser expostos de forma verdadeira, induzindo ao sucesso pelo comprometimento coletivo. Igualmente não descarta os indicadores de natureza quantitativa, mas defende a superação dos limites de considerá-los isoladamente. (COOPERRIDER; WHITNEY, 2005; MCNAMEE, 2002)

No desenvolvimento desse processo de produção teórico-prático houve uma aproximação com as referências do construcionismo social, particularmente no que se refere à compreensão de que a realidade é construída a partir do que as pessoas fazem juntas, bem como de que este fazer e seus resultados estão sempre contextualizados cultural e historicamente. (GERGEN, 1985; SOUZA et al., 2010)

Gergen (1985) considera o discurso do construcionismo social como uma teoria em ação ou uma teoria prática, justamente por dar ênfase nas ações produzidas pelas pessoas ao estabelecerem relações. Outros o tomam como um movimento. (MÉLLO et al., 2007) McNamee (2002) concebe-o como uma postura filosófica sobre o mundo. Esta perspectiva afasta-se da sustentação teórica modernista que centra seu foco no indivíduo como uma entidade ou objeto operando práticas linguísticas focadas em apreender a realidade.

Em diferentes trabalhos, destaca-se a importância da linguagem “entendida em suas funções pragmáticas nas relações, em sua capacidade performativa, incluindo as ações verbais e não verbais, objetos e ambientes.”(GERGEN, apud SOUZA et al., 2010, p. 598) Dessa forma, entende-se que a realidade é construída pela linguagem e não que esta meramente represente uma realidade já preestabelecida. Nessa perspectiva, assume-se a existência de múltiplas verdades/realidades, crenças e valores, e que estas guardam estreita relação de produção com as circunstâncias contextuais em que se produzem.

Sobre o entendimento de que no construcionismo social há um relativismo exacerbado, McNamee (apud SOUZA et al., 2010, p.599) traz sua leitura:

No entanto, os limites culturais e históricos das práticas linguísticas das pessoas, assim como os limites de cada contexto de produção particular, delimitam as possibilidades de ação e significados coconstruídos. Em outras palavras, o movimento construcionista não propõe uma filosofia do “tudo é possível”, ou seja, que qualquer construção sobre o mundo pode ser feita, tendo em vista que as pessoas estão limitadas (bem como potencializadas) pelos aspectos históricos, contextuais e relacionais de suas interações. Para a proposta construcionista existe uma ética para a ação, sendo importante entendê-la como sendo situada localmente. Uma vez reconhecido dentro de seu contexto local de produção, o diálogo sobre a diversidade das comunidades éticas pode ocorrer e prosperar.

Assumir essa perspectiva significa comprometer-se com a ética das relações humanas, e, portanto, considerar os sujeitos envolvidos na produção dos sentidos, o contexto local, e o processo cultural e histórico que conformam os significados particulares e produzem as ações pertinentes à dinâmica das relações de um dado grupo de pessoas situado em um momento histórico. (GERGEN; GERGEN, 2008)

Essa produção afilia-se a tais preposições teóricas por acreditar-se que há espaços abertos para a construção de significados a partir dos dados obtidos na avaliação externa do PMAQ e as possibilidades podem se ampliar para a inclusão das formas alternativas de entendimento em cada situação. Nesta direção, os significados e as ações precisam se tornar objeto de diálogo e problematizados para a compreensão de como as diretrizes do SUS são operadas no cotidiano, além de também fomentar a elaboração/

construção de recursos em conjunto para o enfrentamento do cotidiano situado em um contexto de produção contínua, onde as práticas relacionais são inerentes.

McNamee (2006) reforça que o construcionismo social não desconsidera as estruturas físicas, o mundo material, bem como os seus limites, mas considera ser fundamental a maneira pela qual as pessoas falam sobre e se relacionam com o mundo físico. Isto posto, ressalta-se que a valorização nos sentidos construídos nas relações não significa assumir que as mudanças dependem somente dos trabalhadores e de suas ações, ou seja, não exclui de forma alguma o papel das macropolíticas e, conseqüentemente, do Estado, de suas responsabilidades no campo das políticas públicas. Franco e Merhy (2006) alinham-se a essa compreensão quando afirmam que, embora transformações profundas envolvam fatores macropolíticos, como questões sociais, econômicas e políticas, são os fatores micropolíticos, as relações estabelecidas no dia a dia que as tornam possíveis.

Reafirma-se, assim, a intenção dos autores do presente trabalho de imprimir ao processo de restituição das informações do PMAQ às equipes e gestores locais regionais a lógica de valorizar as capacidades presentes e ainda, de incentivar a potência de produzir o novo e reconstruir sentidos acerca dos elementos avaliados, superando a linearidade da avaliação na perspectiva da punição, da exclusão, da classificação, da identificação de erros e acertos, julgando para penalizar ou premiar, promovendo mais as disputas e menos a integração que possa impulsionar as mudanças requeridas.

A experiência paulista do PMAQ

Diferentemente do 1º ciclo de avaliação externa, desenvolvido por avaliadores ligados à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e à Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), no 2º optou-se por um novo formato no Estado de São Paulo, ao contar com a parceria de 10 Instituições de Ensino Superior (IES): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem da USP-SP, Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Faculdade de Medicina do ABC-SP, Universidade Nove de Julho-SP (UNINOVE), Universidade Federal de São Paulo Baixada Santista (UNIFESP Baixada Santista), Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de São Paulo (UNESP Botucatu), Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP e Núcleo de Pesquisa e Estudo em Saúde Coletiva (NUPESCO) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) e Universidade Federal de São Carlos, sendo que esta última não conseguiu aderir ao processo.

Criou-se uma estrutura coordenada por um articulador estadual, contando com coordenadores técnicos, administrativos, acadêmicos, pedagógicos. Estes últimos eram a referência para os tutores do Curso a Distância de Especialização em Avaliação de Serviços de Saúde da UNASUS/UFCSA. Essa estrutura articulava-se com a Fundação de Apoio da Universidade do Rio Grande do Sul (FAURGS) a partir da Coordenação Geral do Projeto, uma Coordenadora Técnica e uma Coordenadora Administrativa, encabeçando suas ramificações institucionais.

Uma das decisões iniciais, sugerida pelas instituições de ensino, foi agrupar o estado em três macrorregiões e distribuir as IES nas Redes Regionais de Atenção à Saúde

(RRAS) para efeito de planejamento do campo e operação de lógicas de matriciamento entre as Universidades, as Regiões de Saúde e os Municípios. A conformação dos agrupamentos se deu pelas relações históricas de trabalho, considerando que esta aproximação anterior das universidades e serviços regionais teria potência para facilitar o processo de trabalho junto aos Departamentos Regionais, com os respectivos municípios que compõem os Colegiados Intergestores e equipes contratualizadas.

Outra decisão desse grupo foi que nenhum município receberia a visita dos avaliadores do PMAQ sem antes ter se dado um encontro entre os representantes das IES de cada macrorregião e os representantes dos respectivos Departamentos Regionais de Saúde e representantes dos municípios para estabelecer a comunicação e os fluxos administrativos e técnicos.

Nesse movimento, os diretores dos respectivos Departamentos Regionais de Saúde e suas equipes, os secretários municipais ou seus representantes e as universidades responsáveis pela avaliação externa da região iniciaram as interações sobre o processo.

O percurso da USP/Ribeirão Preto

Da USP/Ribeirão Preto participaram como responsáveis pela avaliação externa das equipes da RRAS 13 uma coordenadora pedagógica macrorregional, docente do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina, e uma coordenadora acadêmica, membro do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESCO) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

A RRAS 13 é composta pelos Departamentos Regionais de Saúde de Barretos (DRS V), Araraquara (DRS

III), Franca (DRS VIII) e Ribeirão Preto (DRS XIII), situados na macrorregião nordeste do Estado de São Paulo. Neste conjunto, há 90 municípios agregados em 12 Regiões de Saúde: Central do DRS III, Centro-Oeste do DRS III, Norte do DRS III, Coração do DRS III, Norte Barretos, Sul Barretos, Três Colinas, Alta Anhanguera, Alta Mogiana, Horizonte Verde, Aquífero Guarani e Vale das Cachoeiras. Nessa região houve a adesão ao 1º ciclo do PMAQ de 183 equipes de 57 municípios. No 2º ciclo, aderiram 323 equipes de atenção básica, 147 equipes de saúde bucal e seis NASF, distribuídas nos 80 municípios envolvidos na contratualização.

Após seleção dos avaliadores e supervisores realizada por meio de chamada pública em setembro, com resultado final divulgado em outubro de 2013, a Rede Governo Colaborativo em Saúde, através de parceria com a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), disponibilizou o Curso de Especialização em Avaliação de Serviços de Saúde na Modalidade a Distância (EaD), com duração de 12 meses. Assim, para o trabalho na RRAS 13, foram selecionadas quatro equipes, compostas de um supervisor, 12 avaliadores e um apoio administrativo.

As coordenadoras pedagógica e acadêmica iniciaram um trabalho de sensibilização para o PMAQ, realizando as primeiras reuniões de esclarecimento da proposta, ressaltando que a valorização de aspectos como capacidade de cooperação e de trabalhar em equipe e desejo de proximidade com a Atenção Básica poderiam imprimir qualidade a todo o trabalho do PMAQ.

O treinamento dos avaliadores ocorreu em janeiro de 2014, em Ribeirão Preto, incorporando o uso dos *tablets* com as máscaras dos questionários a serem aplicados, contando com a presença de integrantes das equipes da UFRGS, do Coordenador Estadual do PMAQ e equipe de macroapoiadores, docentes, pesquisadores, supervisores e

membros das coordenações das macrorregiões de Ribeirão Preto e Marília, bem como de avaliadores da região de São Carlos. Devido a desistências, uma segunda seleção de avaliadores foi realizada em fevereiro, com treinamento realizado em março de 2014.

Foram realizadas reuniões em cada uma das quatro DRS com a finalidade de apresentar a equipe regional e expor como se deu o processo de inserção desta equipe no PMAQ. Os Articuladores¹ da Atenção Básica também foram convidados. Esses encontros tiveram por objetivo estimular que os participantes expusessem as suas experiências no 1º ciclo e os sentidos produzidos nesse processo, que se transformaram em objeto de diálogos. Relatos de desencontros e desencontros de diferentes naturezas entre a equipe local e avaliadores foram expostos. Com frequência bem menor, ouviram-se relatos do processo ter transcorrido sem dificuldades.

Houve unanimidade por parte dos municípios da necessidade de conhecerem melhor os instrumentos e as razões de determinadas exigências do PMAQ, bem como quanto à incipiência da devolutiva dos dados do 1º ciclo. Nesses encontros foram estabelecidos os percursos das visitas às equipes dos 80 municípios, contanto com a experiência dos presentes que conheciam detalhes das facilidades e dificuldades de acesso entre os municípios, além de peculiaridades das equipes que não estão elencadas em manuais. Enfim, no encontro pautado pela exposição

¹ Articuladores de Atenção Básica são profissionais de nível universitário, de carreira, selecionados para comporem Programa criado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2003, com a função de apoiar os gestores municipais nas atividades de planejamento e gestão da Atenção Básica. São definidos 97 articuladores para 63 Regiões de Saúde do estado, priorizando-se aqueles municípios com menos de 10 mil habitantes. Sua atuação desenvolve-se na esfera local, mantendo o horizonte das articulações e fortalecimento dos espaços regionais.

dos diversos sentidos já produzidos em experiências de trabalhos anteriores, foi possível dar andamento ao novo processo, identificando-se entendimentos e desencontros a serem trabalhados, constatando-se que as práticas relacionais do cotidiano situam-se em um contexto de construção contínuo.

Sem dúvida não foi totalmente livre de desencontros e necessidades de repactuação que este processo foi se dando, embora permeado por muito esforço de buscar o entendimento para o projeto comum: avaliação pelo PMAQ como recurso potencial para a mudança favorável na ampliação do acesso e na qualidade da produção em saúde na AB, valorizando a produção de um aprendizado conjunto dos participantes do processo avaliativo.

As primeiras visitas avaliativas do 2º ciclo se deram no início de fevereiro e concluíram-se na última semana de maio de 2014, cumprindo o cronograma pactuado com os gestores loco regionais, com a Coordenação Estadual do PMAQ e com a FAURGS. Em reuniões semanais, a equipe regional pode conversar sobre o andamento das atividades e sobre as experiências vivenciadas, sendo reiterado pela equipe de campo que a participação no PMAQ proporcionou a proximidade com realidades muito distintas e uma possibilidade intensa de trocas de experiências.

O processo de devolução dos resultados para os Colegiados Intergestores

Reafirmando-se o compromisso de coconstrução com os agentes envolvidos, entendeu-se que integrar os distintos grupos de interesses presentes no processo avaliativo seria o caminho, além de considerar que as informações não são importantes *a priori*, mas se tornam assim à medida que forem pactuadas entre os atores

sociais implicados. Embora ainda sem a participação direta do usuário nesse momento, é relevante considerar-se que a melhoria do acesso e da qualidade da atenção vinculadas às necessidades apresentadas por eles é o grande disparador desse processo.

Com essa mesma preocupação, no final do mês de julho de 2014 o Colegiado PMAQ/SP teve como pauta exclusiva de reunião: “Como devolver os dados do PMAQ às equipes locais”. Nesse espaço coletivo e pautado pela premissa de que a devolutiva deveria vir ao encontro da melhoria do acesso e da qualidade da AB, defendeu-se a relevância desses dados serem vistos de forma contextualizada e, ainda, que os Colegiados Intergestores Regionais seriam os espaços mais adequados para se fazer essas devolutivas, para serem fortalecidos politicamente e por serem estratégicos na configuração da região onde há fluxos assistenciais importantes e onde questões relevantes apontadas pelos indicadores poderiam ser trabalhadas e mesmo resolvidas naquele âmbito. Reforçou-se que nesse processo seria possível resgatar a singularidade de cada situação apresentada pelas respectivas regiões, permitindo superar a análise centrada exclusivamente nas medidas estatísticas centrais. Os exemplos já citados para ilustrar essa perspectiva possibilitaram agregar mais sentido à proposta.

Com essa motivação, o mesmo assunto foi levado ao debate havido em Porto Alegre com as seis universidades consorciadas com a UFRGS para desenvolvimento do PMAQ – 2º ciclo, sobre a produção gerada com os dados do PMAQ, quando foi apresentada pela USP Ribeirão a proposta de elaboração de fascículos organizados por CIR, trazendo outras informações e indicadores regionais que contextualizassem os dados do PMAQ levantados por ocasião da avaliação externa. Foi, assim, aberta essa

possibilidade pelo Coordenador Geral do Consórcio do PMAQ, Professor Alcindo Ferla.

Na sequência, o Colegiado PMAQ/SP obteve espaço para abrir discussão sobre a proposta na Oficina de Trabalho voltada aos 94 Articuladores da Atenção Básica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, ha vida em agosto de 2014. Muitas ideias foram dadas nesse momento, debatendo-se as expectativas identificadas pelos articuladores junto às equipes avaliadas, suficiências e insuficiências da proposta e sugestões para seu aprimoramento. Uma das expectativas mais comum a todos os presentes referiu-se à inclusão dos dados do 2º ciclo na produção desse material.

Avançando-se nessas definições, novos contatos com os diretores das Regionais e suas equipes foram disparados para delinear esse processo de restituição em conjunto com a equipe de avaliadores e coordenações Pedagógica e Acadêmica. Avançou-se, assim para reunião ocorrida no final do mês de setembro de 2014, sendo a conversa disparada pela questão norteadora: “O que pensamos que podemos produzir a partir dos resultados já apresentados pelo 1º e 2º ciclo do PMAQ?”. Apresentou-se a proposta de elaboração de um material agregando os dados do PMAQ de forma contextualizada por outros dados e/ou indicadores que ajudassem a atribuir sentido à análise.

Lembrava-se de que o compromisso seria de que a própria avaliação possibilitasse uma aprendizagem permanente, desde que pudesse realizar-se a partir do diálogo aberto sobre as experiências e ideias e projetos trazidos de forma genuína, em ambiência adequada, crítica, respeitosa, entre os diferentes grupos de interesse envolvidos no processo de devolutiva. Pactuou-se que as equipes dos DRS participariam dessa produção contribuindo com dados de contexto relevantes para a compreensão dos dados do PMAQ. À equipe de universidades, caberia

disparar a primeira seleção e análise das variáveis do PMAQ a comporem a matriz de análise e dados e indicadores de outras fontes.

Sendo assim, o grupo da USP Ribeirão Preto selecionou e discutiu as variáveis constantes nos módulos I, II e III dos questionários de avaliação externa do 1º ciclo do PMAQ. Buscou-se ainda identificar as variáveis comuns aos dois ciclos realizados, o que possibilitaria o acompanhamento ao longo do tempo, já que houve muitas mudanças do 1º para o 2º ciclo, como a inserção dos módulos IV, V e VI. Em 17 reuniões com essa finalidade, foram analisadas 1.619 variáveis do 1º ciclo, delas sendo escolhidas 247 para a composição final da matriz, considerando a relevância e a compatibilidade com as variáveis do 2º ciclo.

O resultado desse conjunto de ações foi a geração de uma matriz de análise composta por variáveis do PMAQ escolhidas a partir dos instrumentos de coleta do 1º e 2º ciclos, justificando a relevância da variável escolhida e sugerindo outros dados relevantes para contextualizá-las. O conjunto de itens que compõe essa matriz foi fruto da discussão do sentido que cada variável produziu em cada um. Em um movimento de escuta, de buscar esclarecimento sobre o comum e a distinção entre esses sentidos é que foi composta a matriz avaliativa, ainda debatida com os Articuladores de Atenção Básica e com o Coordenador Estadual da Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.

A proposta de matriz elaborada foi apresentada e discutida em reunião do colegiado PMAQ/SP em 12 de novembro de 2014 e disponibilizada para debate mais aprofundado e sugestões. Nesse momento, definiu-se que cada instituição de ensino envolvida com a avaliação externa do PMAQ escolheria um CIR para aplicá-la e avaliar sua adequação. Esse exercício deveria ser apresentado em Oficina ampliada desse grupo, ocorrida em 16 de

dezembro. O processo e o produto desse trabalho foram apresentados pela USP Ribeirão nesse evento, contando com 60 participantes, entre pesquisadores, representantes do nível central da SES e seus Articuladores da Atenção Básica, Ministério da Saúde e COSEMS/SP.

O uso dos dados e dos indicadores apontados pela Matriz de Análise foi organizado a partir do apresentador Prezi, na modalidade de acesso público. (COLEGIADO PMAQ, 2014) Informações de contexto retiradas de *sites* públicos e abertos a todos os cidadãos referentes aos municípios não preservaram o sigilo, mas os dados obtidos a partir da avaliação externa do PMAQ não identificam o município, mas o conjunto da CIR.

Essa apresentação aponta as premissas do trabalho desenvolvido na região de saúde Centro Oeste do DRS III, integrada por cinco municípios: Tabatinga e Borborema, ambos com cerca de 15 mil habitantes; Itápolis e Ibitinga, já maiores, com 40 e 53 mil, respectivamente; e Nova Europa, o menor, com 9 mil. O deslocamento entre os municípios dessa região apresenta dificuldades, e o PIB está acima do Estado de São Paulo, da RRAS 13 e do DRS III, conforme apontou o mapa da Saúde. (SÃO PAULO, 2012) Desses municípios, participaram do 1º ciclo do PMAQ 11 equipes de saúde da família, sendo que seis destas com equipes de saúde bucal. Em todas as unidades, o módulo II da avaliação externa foi respondido por profissionais da enfermagem, sendo que sete destes profissionais possuíam ou cursavam pós-graduação em Saúde da Família ou Saúde Coletiva. Responderam ao módulo III, 44 usuários, sendo 41 mulheres e três homens entre 18 e 83 anos.

Como principais causas de internação, excetuando-se os partos, estão as pneumonias e a insuficiência cardíaca para ambos os sexos e os problemas relacionados à gravidez para as mulheres.

Os usuários dessas unidades indagados na avaliação externa do PMAQ sobre haver ou não a abordagem de outras necessidades para além da queixa imediata, 28 deles referiram que sempre, cinco que na maioria das vezes e 11 que isso nunca ocorre. Quanto à qualidade da assistência recebida, 33 a consideraram boa ou muito boa e 11 regular ou ruim. Ainda segundo dados do PMAQ, 10 entre 11 equipes avaliadas ofereciam consultas médicas programáticas e exames subsidiários aos pacientes hipertensos assistidos. Por outras fontes, entretanto, pode-se identificar que as internações por condições sensíveis à Atenção Básica na região, nesse mesmo período, superaram os níveis do Estado de São Paulo, da RRAS 13 e do DRS III. Nesse mesmo contexto e período, identificou-se que a taxa de internação por acidente vascular cerebral (AVC) é mais do dobro do estado (6,31%), chegando a 22,64% em Tabatinga, o que reforça a premissa de olhar para os dados do PMAQ de forma contextualizada. Preocupante também é o número de pacientes em diálise, estando a taxa de prevalência anual da região em quase 30,61% e os municípios de Tabatinga e Itápolis com 40,15% e 54,5%, respectivamente.

Voltam-se agora as análises para outro segmento da população, os idosos, registrando-se um alinhamento claro entre os dados colhidos pelo PMAQ e os de outras fontes, o que revela uma situação preocupante, dadas as transições demográfica e epidemiológica. Os percentuais de internações por fratura de fêmur nessa população são altos e superam a região (28%) e o estado (24%), sendo que em Itápolis chega a 45,39%. Em consonância a isso, pelo PMAQ identificou-se que apenas uma unidade organiza trabalho em grupo para idosos. Considerando-se que o indicador, geralmente, aponta os resultados de um processo longo e complexo, e não apenas um momento mais pontual e recente, analisá-los no conjunto com as informações colhidas presentemente pelo PMAQ pode ajudar a apontar

tendências. Nesse caso, frente à fragilidade da assistência direcionada para esse segmento, pode-se dizer que esses indicadores ruins tenderiam a manter-se ou a piorar frente a um grupo vulnerável e crescente. A avaliação do 2º ciclo poderá oferecer elementos para essa análise.

No período de coleta da avaliação externa do PMAQ, o percentual de partos em mulheres menores de 20 anos nessa região era de 19%, superando a DRS e o estado, este com 14%. O município de Nova Europa diferenciava-se ao apresentar um percentual de 12,80%. Procurou-se identificar se houve mudanças mais recentes por outras fontes, o que se confirmou, mas para pior. Nova Europa subiu para 18,6% e a região se manteve perto dos 19%.

Quanto aos tipos de parto, registra-se uma inversão no que é preconizado pela Organização Mundial de Saúde, que o total de partos cesáreos em relação ao número total de partos realizados em um serviço de saúde seja de até 15% (OMS, 1996). A RRAS 13 estava em 56% e a região em 72% de partos cesáreos no momento de avaliação pelo PMAQ. Mais recentemente (2013), registrou-se uma piora nesta proporção: a região passou de 72 para 83%; Borborema de 78 para 84%; Ibatinga de 67 para 77%; Nova Europa de 55 para 82,7%; Tabatinga de 62 para 82,5% e Itápolis de 84 para 91,7%. Entretanto, o número desejável de consultas de pré-natal feito na região (sete ou mais consultas) chega a 79,47%, acima do estado e da RRAS 13.

Outro elemento importante para essa reflexão foi obtido com o auxílio dos Articuladores da Atenção Básica por meio do SIMWEB, (SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE, 2015) confirmando a intuição dos pesquisadores quanto à proporção que se configura entre os óbitos maternos derivados de pré-natal de alto risco e de pré-natal de baixo risco: dos 80 óbitos maternos havidos na região de 2011 a 2014, cinco deles (6%) eram de gestações

de alto risco e 94% eram de gestações de baixo risco. A inquietação que levou a se buscar esse dado veio sendo construída ao se identificar, sistematicamente, que os pré-natais de alto risco têm seus fluxos muito bem-definidos, agilizados e acatados. Essa informação não é o único fator envolvido nessa situação, mas pode ser considerada para futuras discussões.

Ainda sobre as fragilidades da assistência ao pré-natal, a taxa de incidência da sífilis congênita, bom indicador da qualidade do pré-natal oferecido, foi crescente na região ao ir de 2,44 para 5,15 a 7,17 nos anos de 2011 a 2013, respectivamente. Em Ibitinga foi de 3,16 para 7,04 para 13% no mesmo período. Que fatores estão envolvidos nesse fenômeno injustificável? Esses dados podem ser associados às respostas das 13 usuárias entrevistadas que possuíam filhos com até 2 anos no 1º ciclo do PMAQ, das quais quatro informaram terem feito seis ou menos consultas de pré-natal, número abaixo do recomendado, reforçando a necessidade de adequação e qualificação do cuidado pré e perinatal.

Associam-se a essa reflexão as informações dadas pelas mulheres entrevistadas pelo PMAQ, onde apenas 10 em 38 mulheres respondentes referiram ter as mamas avaliadas, num contexto de alta mortalidade feminina por esse tipo de câncer. Pode-se também identificar uma queda na cobertura dos exames citopatológicos do colo de útero em mulheres de 25 a 64 anos, embora esse tipo de neoplasia apresente uma evolução lenta e seja sensível aos cuidados adequados na Atenção Básica.

Quanto ao tempo de espera para realização de mamografia para diagnóstico de câncer de mama, o mapa da saúde indica não haver dificuldade de acesso a esse recurso por contar com dois mamógrafos. O 1º ciclo do PMAQ aponta uma realidade divergente, registrando que

em pelo menos três unidades a espera ultrapassa sessenta dias, com duas unidades podendo chegar a noventa dias. Há demanda reprimida para os exames ultrassom com Doppler, ultrassom E, endoscopia, colonoscopia e ressonância magnética, o que leva os gestores dessa região a comprarem serviço nos municípios de Ribeirão Preto, Araraquara e Matão.

O PMAQ indica que os registros quanto ao tempo de espera para o acesso a outras especialidades variam entre um a cento e oitenta dias, mas a maioria dos encaminhamentos para a assistência especializada requerida tem o tempo de espera desconhecido. Essa situação vem corroborar o registro da existência de grandes vazios assistenciais pelo mapa da saúde da região e, conceitualmente, a ausência da coordenação do cuidado, atributo essencial da Atenção Básica.

No período de 2000 a 2010, foi observado que a taxa de mortalidade infantil do CIR região Centro Oeste esteve acima da respectiva DRS, RRAS e também do Estado de São Paulo (DRS/RRAS Estado) com exceção apenas no ano de 2008. Ibitinga registrou o maior número de óbitos neonatais, com uma mortalidade crescente, atingindo um coeficiente de 25,39 por mil nascidos vivos.

No ano de 2010, o mapa da saúde acusou para a região Centro Oeste, o coeficiente de mortalidade neonatal de 9,19, superior à DRS/RRAS/Estado, esses com 7,90, 7,60 e 8,13, respectivamente. Ressalta-se o registro dos municípios de Ibitinga com 14,10 e de Itápolis com 8,81 para esse coeficiente. Desse contexto, associado aos dados da avaliação externa do PMAQ, emerge a indagação: quais poderiam ser os fatores que levariam três, dentre 11 unidades de saúde avaliadas na região, a não fazerem qualquer acompanhamento de puericultura para suas crianças abaixo de 2 anos? Igualmente o PMAQ revela que

os testes rápidos de gravidez e sífilis eram indisponíveis para todas as unidades pesquisadas. Dos testes dessa natureza, apenas o de HIV foi relatado como disponível em 10 das 11 unidades.

O acesso à imunização na região em análise, de cerca de 130 mil cidadãos, encontra-se comprometido pela inadequação da estrutura física e pela falta de profissionais capacitados. O município de Itápolis, com 40 mil habitantes, possui quatro das nove salas de vacina da região, e Ibitinga, com 53 mil moradores, dispõe de duas salas. Cada um dos outros três municípios conta com uma sala para sua cidade. Apenas duas unidades avaliadas no 1º ciclo responderam ter sempre disponíveis os imunobiológicos questionados no módulo I da avaliação externa. (COLEGIADO PMAQ, 2014)

Em relação à dispensação de medicamentos, os dados do PMAQ apontam que dentre 11 unidades avaliadas, três são dispensadoras, levando à indagação do que ocorre com os pacientes assistidos nas oito demais unidades de saúde da região e o quanto essa centralização estaria dificultando o seu acesso aos medicamentos prescritos. (COLEGIADO PMAQ, 2014)

De acordo com o mapa da saúde, as unidades dispensadoras possuem estrutura física inadequada, não apresentam uma padronização de medicamentos a serem dispensados pelos municípios e poucos profissionais farmacêuticos. Estes dados de contexto associados aos da avaliação do PMAQ oferecem elementos para uma análise mais ampla do que ocorre no âmbito da assistência farmacêutica na região: poucas unidades dispensadoras, estrutura física inadequada, ausência de padronização de medicamentos pelos municípios, escassez de farmacêuticos, revelando, assim, fragilidades que requerem atenção por parte dos gestores de todas as esferas.

Um dos vazios da atenção nesta região foi identificado na área de saúde mental, sendo registrada a existência de um ambulatório de saúde mental no município de Ibitinga e um CAPS em Itápolis. Segundo o PMAQ, 36,4% das unidades agendam consultas nessa área sem restrição de dia ou de horário, 36,4% agendam só com restrição de horário e 27,2% agendam apenas em dias específicos. Das unidades encaminhadoras para a assistência em saúde mental, de 11, apenas duas unidades registram seus pacientes graves, revelando um vazio assistencial e uma fragilidade tanto nos processos quanto na capacidade instalada da rede. Consta no Mapa da Saúde da região que a instalação de novos equipamentos está indicada na proposta de reorganização desse setor.

Ainda segundo o Mapa da Saúde, a saúde mental aparece no bojo dos dados de mortalidade, apontados a seguir para toda a região. A taxa de mortalidade por 10 mil, segundo grupos de causas (CID-10), registrou 132 óbitos por neoplasias (taxa de 100,1); 43 mortes por doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (taxa de 32,64). Seguem 31 óbitos por doenças infecciosas e parasitárias (taxa de 23,53) e nove mortes por transtornos mentais e comportamentais (taxa de 6,83), além de dois óbitos por doenças do sangue, órgãos hematológicos e transtornos imunitários (taxa de 1,53). Em 2011, o registro de internações dessas doenças citadas anteriormente foi, em números absolutos e respectivas taxas de internação por 10 mil: 666 - (50,56%); 257 (19,51%); 440 (33,40%); 242 (18,37%) e 72 (5,47%), respectivamente. A necessidade por atenção à saúde mental fica evidente e, frente aos equipamentos ofertados, tem explícito o déficit de acesso. Ressalta-se que para o cálculo da taxa foi usada população de 2010, segundo o IBGE (total e SUS dependente 2011).

A matriz de análise incluiu também aspectos relativos à atenção em saúde bucal. Apenas seis das 11 unidades de saúde avaliadas de dois municípios contavam com uma equipe de saúde bucal (54,5%), que segue o padrão de cobertura por equipes de saúde bucal na região, de 54,7% em 2013. Dos 24 usuários entrevistados nas unidades com equipe de saúde bucal, apenas 50% responderam que conseguem marcar atendimento com o dentista da unidade. O mapa da saúde aponta que no período de 2009 a 2012 a primeira consulta odontológica programática teve uma cobertura decrescente, indo de 22 para 17% na região. Nova Europa apresenta índices baixos (7%); Itápolis caindo de 31 para 24%; Ibitinga idem, indo de 19 para 13% e Tabatinga de 17,76 para 14,73%. (SÃO PAULO, 2012) Nas respostas do 1º ciclo do PMAQ, todas as seis equipes de saúde bucal responderam que garantem a continuidade do tratamento, mas a razão entre os tratamentos concluídos e as primeiras consultas programáticas, em 2014, foi de 0,21, o que indica dificuldades de conclusão dos tratamentos iniciados. Esses resultados precisam ser explorados em suas diversas dimensões com as equipes locais e os demais grupos de interesse para a formulação de estratégias de intervenção adequadas à realidade local.

As exodontias reduziram-se, indo de 10,05, em 2011, para 3,57, em 2013, mas ainda apresentando números absolutos altos em relação aos demais procedimentos. Em 2013, foram realizadas 5.583 exodontias e 156.519 procedimentos clínicos. Há por parte dos autores uma preocupação justificada gerada pela forma de cômputo quando se aprende que uma extração é tomada como um procedimento, enquanto que uma profilaxia equivale a seis procedimentos, considerando-se o sextante como unidade, o que pode levar a se superestimar o número dos demais procedimentos. Numa hipótese de que os 156.519 procedimentos fossem de limpeza, dividindo-os por seis

sextantes de um mesmo dente, daria uma proporção de 26 mil dentes limpos para 5.583 dentes extraídos, proporção inaceitável para uma política de saúde bucal que busca superar a lógica mutiladora.

Muitas das dificuldades e fragilidades aqui evidenciadas requerem processos de trabalho bem-estruturados, profissionais capazes de trabalho em equipe, de estabelecer cuidados longitudinais, vinculares, integralizadores, acessíveis, coordenados, o que requer equipes providas e profissionais fixados como requisito essencial. Entretanto, nenhum dos cinco municípios da região, mesmo aqueles com perto de 50 mil habitantes, possui Plano de Cargos, Carreiras e Salários e todos registram alta rotatividade e dificuldade de provimento e manutenção dos seus profissionais.

Considerações a meio caminho do processo de restituição da avaliação externa do PMAQ

A matriz de análise (MA) aqui apresentada ainda requer que sejam agregados os dados do 2º ciclo do PMAQ para cumprir uma parte de seu papel de monitoramento. Entretanto, frente aos objetivos de contribuir para ampliar acesso e qualificar a AB, as redes de atenção e o SUS, já aponta ser relevante:

1. A análise contextualizada para desencadear processos devolutivos reflexivos;
2. A participação dos Articuladores da Atenção Básica e do DRS III nesse processo;
3. A superação de que o PMAQ restrinja-se a ranqueamento, nota, recurso. Não se trata de negar a importância desses aspectos, mas de valorizar outros indicadores, como os óbitos evitáveis, as amputações

desnecessárias, a desassistência à saúde bucal e à saúde mental, os vazios assistenciais, a falta de imunobiológicos, por exemplo. Se outras informações de contexto ajudarem a expor essa realidade, que sejam mobilizadas e articuladas;

4. Superar a valorização do foco da avaliação na estrutura da rede (80%). Estrutura é necessária, mas por si só não garante a configuração de redes. Há que haver o fortalecimento dos fluxos de interação, articulação e troca entre parceiros que militam pela construção de um mesmo projeto;

5. A gestão da saúde é atravessada fortemente pela política, pela política partidária, por interesses pessoais. Compreender isso exige uma imersão no contexto. Exemplo a ser trazido diz respeito a todos os municípios da Região Centro Oeste do DRS III, onde se desenvolveu o exercício apresentado que têm um hospital. São cinco cidades e cinco hospitais. Que interesses levaram a construí-los, mesmo quando os estudos mostram que os piores desempenhos hospitalares, pior relação custo\benefício, piores indicadores estão nos hospitais pequenos? A quem interessa mantê-los? Quais são as consequências disso? No que isso afeta a construção das redes regionais solidárias, resolutivas, com economia de escala? Em que grau isso compromete a destinação de recursos para a Atenção Básica?

6. Saída para isso é fortalecer cada vez mais os espaços regionais de discussões e pactuação de intervenções coletivas. Onde os municípios estão mais isolados, mais atomizados, há os piores indicadores;

7. Os Contratos Organizativos da Ação Pública (COAP) e o Programa Geral de Atenção à Saúde (PGAS) devem ser estimulados para avancem, posto que têm potência para fortalecer o estabelecimento de compromissos e articulações regionais se levados a sério.

Apresentam-se, ainda, as proposições para debate:

1. Que parte da nota do PMAQ seja definida a partir dos indicadores pactuados e obtidos pela região de saúde em seu conjunto e não apenas isoladamente por município. Além de fortalecer a lógica do trabalho em redes assistenciais integradas e seus fluxos, mobilizaria gestores com maior poder político e financeiro a interferirem favoravelmente nas questões regionais para além de seu próprio município.

2. Recursos da Educação Permanente:

a. serem obrigatoriamente destinados a projetos que apresentem intervenções voltadas para a superação dos piores indicadores regionais;

b. Serem condicionado ao compromisso do gestor de viabilizar mudanças no processo de trabalho necessárias para se atingir os objetivos apresentados naquele projeto. Por exemplo, o aprimoramento do acolhimento da unidade de saúde: requer dimensionamento equipe-usuário, ambiência, gestão compartilhada entre as várias esferas de gestão e fortalecimento da rede de atenção, fortalecimento da rede assistencial, o que implica aceitação de mudanças no processo de trabalho de todos os envolvidos no processo;

3. Haver investimentos estaduais e federais aos municípios e às regiões que apresentem diagnósticos singularizados (fragilidades específicas requerem, para sua compreensão, respostas específicas a perguntas singulares: como? por quê? onde? quando? quem? como? quanto? Pode-se tomar como exemplo o aumento da sífilis congênita. Várias são as razões desse fenômeno: numa avalanche de ideias, pode-se pensar desde a falta de testes rápidos apontados pelo PMAQ, como a falta de pessoal qualificado, ou a falta de condições de fixação desses profissionais nas equipes por razões diversas, ou baixa cobertura de pré-

natal, ou baixa qualidade das muitas consultas de pré-natal realizadas, ou detecção tardia, ou captação tardia da gestante, ou não tratamento do parceiro, ou falta de monitoramento da paciente em tratamento que o encerra na primeira dose do medicamento, ou falta do medicamento, ou falta de verificação de resultado de exames, etc. Se não houver essa imersão a partir dessa busca e compreensão dialogável do processo, podem ser injetados recursos de toda ordem sem efetividade para os resultados buscados. Convida-se a que cessem os investimentos genéricos e homogeneizados e que se incrementem os investimentos singularizados.

Como desdobramento dessas discussões, pactuou-se o compromisso de haver nova Oficina de Trabalho quando todos os demais CIR ainda não analisados sob essa ótica serão trabalhados, mas já a partir da experiência acumulada e compartilhada pelo grupo da USP Ribeirão Preto. A esta caberá a aplicação da matriz e a análise dos dados no interior de seus 11 outros CIR, onde foram realizadas as avaliações externas. Nesse ínterim, serão disponibilizados pelo Ministério da Saúde os dados referentes ao 2º ciclo de Avaliação externa do PMAQ, a serem agregados, conforme solicitação das equipes avaliadas e trazidas pelos Articuladores.

Para que a matriz avaliativa proposta possa desempenhar o papel a que se propôs, deve ser flexível e dinâmica o suficiente para incorporar mudanças que permitam a cada região, a cada realidade identificar suas potências e dificuldades, expô-las e debatê-las abertamente. Deve ser flexível suficientemente para acolher e valorizar novos dados e variáveis e que estas possam provocar a construção de novos sentidos sobre a saúde e a vida que se desenvolve nos seus territórios.

Referências

AGUILAR, M.J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.

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, Brasília, DF, 20 jul. 2011.

_____. **Nota técnica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do PMAQ**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/images/smilies/Nota_Tecnica_PMAQ_-_SP.pdf>. Acesso em: jan 2015.

COLEGIADO PMAQ. São Paulo, 2014. Prezi. Disponível em: <<https://prezi.com/zf61fysiqrey/collegiado-pmaq-sp-2014/>>. Acesso em 30 out 2014.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n. 3, p. 705-712, 2006.

COOPERRIDER, D. L.; WHITNEY, D. **Investigação apreciativa: uma abordagem positiva para a gestão de mudanças** (N. Freire, Trad.). Rio de Janeiro: Qualitymark. 2005.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E., JUNIOR, H.M.M.; RIMOLI, J. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 55-133.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park; CA: Sage Publications, 1989.

GERGEN, K.J.; GERGEN, M.M. Social construction and psychological inquiry. In: HOLSTEIN, J.A.; GUBRIUM, J.F. (Orgs.). **Handbook of constructionist research**. New York: The Guilford Press, 2008. p. 171-188.

GERGEN, K.J. The social constructionist movement in modern Psychology. **American Psychologist**, v. 40, n. 3, p. 266-275, 1985.

HARTZ, Z.M.A. **Avaliação em saúde**. Diário de Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/avasau.html>>. Acesso em: 05 jan 2015.

KANTORSKI, L.P. et al. Avaliação de quarta geração – contribuições metodológicas para avaliação de serviços de saúde mental. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, n.31, p. 343-55, out./dez. 2009.

MCNAMEE, S. Appreciative inquiry: Social construction in practice. In: DALSGAARD, C.; MEISNER, T.; VOETMANN, K. (Orgs.). **A symphony of appreciation: Development and renewal in organizations through working with appreciative inquiry**. Copenhagen: Danish Psychology Press, 2010. p. 110-139.

_____. Connection among social construction, language and collaborative understanding. **AI Practitioner**, v. 34, p. 3-5, 2006.

MEIRELLES, M.C.P.; HYPOLITO, A.M.; KANTORSKI, L.P. Avaliação de quarta geração: reciclagem de dados. **J Nurs Health**, Pelotas (RS), v. 2, n. 1, p. 63-74, 2012.

MÉLLO, R.P.; SILVA, A.A.; LIMA, M.L.C.; DI PAOLO, A.F. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa em psicologia social. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. 3, p.26-32, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Saúde Materna e Neonatal. Unidade Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família. **Assistência ao parto normal: guia prático**. Genebra (SW): OMS; 1996.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Mapa de Saúde**, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/mapa-de-saude>>. Acesso em: 19 jan 2015.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Disponível em: <<http://sim.saude.gov.br/default.asp>>. Acesso em: 21 jan 2015.

SOUZA, L. V.; MCNAMEE, S.; SANTOS, M. A. Avaliação como construção social: investigação apreciativa. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 3, p. 598-607, 2010.

CAPÍTULO 9

SUBSÍDIOS A META - AVALIAÇÕES DO PMAQ

*Rogério Renato Silva, Juarez Pereira
Furtado, Marco Akerman, Max Gasparini*

Introdução

Em realidades marcadas por projetos antagônicos em forte disputa, como é o caso do SUS, atividades de monitoramento e avaliação podem cumprir importantes papéis, tais como implicar os atores nas mudanças, favorecer a pactuação de critérios de julgamento, adicionar densidade às arenas de formulações políticas e qualificar o debate público. Por outro lado, sabemos também que avaliações são práticas sociais tão sujeitas a falhas e manipulações quanto quaisquer outras, (MARTUCCELLI, 2011) o que legitima que os processos de avaliação sejam submetidos à rigorosa análise de seus valores e qualidades. O propósito deste capítulo é justamente apresentar elementos e ofertar subsídios para a avaliação de uma avaliação.

Na trilha do crescente apelo por melhorias SUS, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) é um dispositivo desenhado para induzir as capacidades dos gestores e das equipes de atenção básica a ampliarem o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a) em resposta à sociedade na qual é crescente a demanda por mais qualidade dos serviços públicos. Também na trilha do crescente apelo por mais recursos financeiros, a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) insere o PMAQ no âmbito do financiamento federal para atenção básica, (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012b) localizando-o no interior da estratégia de repasse de recursos.

Já a caminho de seu terceiro ciclo, a sustentação do PMAQ tem requerido operações e investimentos consideráveis, consequência do modelo de avaliação escolhido, das dimensões geográficas brasileiras e da abrangência dos serviços de atenção básica nos mais de 5.500 municípios do país, nos quais a cobertura das equipes de saúde da família alcança 62,5%. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015) Concluídos os dois ciclos iniciais de implementação e testagem do programa, faz-se oportuno lançar sobre ele um olhar avaliativo, passo importante na direção de reconhecer construções e acúmulos, mas também de apontar a necessidade de correções.

Se as práticas de monitoramento e avaliação de políticas públicas são cada vez mais necessárias no Brasil, elas se tornam ainda mais importantes em iniciativas como o PMAQ, programa essencialmente construído e reconhecido por suas tecnologias de monitoramento e avaliação. É bem provável que sua capacidade de estimular e apoiar transformações positivas na cultura de avaliação dos serviços de saúde, com vistas a ganhar qualidade, passe pela permeabilidade do programa a avaliações sobre sua

relevância e mérito. Em outras palavras, não cabe a uma iniciativa como o PMAQ a pecha de ser um espeto de pau na casa de exímios ferreiros.

Neste sentido, a hipótese que sustenta este ensaio é que a cuidadosa análise do PMAQ, de suas premissas e instrumentos, sentidos e uso estratégico no cotidiano dos serviços e na gestão das redes municipais, de suas operações e custos, poderá produzir informações e juízos úteis a gestores, equipes e controle social, de forma que tais atores possam aprimorar o programa e fortalecer as práticas de monitoramento e avaliação na gestão do SUS, determinantes para os ganhos de qualidade que a sociedade brasileira espera para o SUS, imperativo em tempos de poucos recursos e infundáveis pressões.

Contudo, deve ficar claro que não nos propusemos a apresentar aqui uma avaliação do PMAQ. Apresentaremos subsídios importantes para futuras avaliações do programa, como é o conceito de meta-avaliação, com vistas a elucidar possíveis caminhos para a implementação de tais estudos. Procuramos também lançar um olhar abrangente sobre o PMAQ, a fim de iluminar possíveis componentes que merecerão atenção de futuras meta-avaliações.

Desejamos que o capítulo que escrevemos, somado à diversa produção teórica e empírica advinda dos inúmeros pesquisadores que escreveram esta e outras publicações em torno do PMAQ, seja mais um elemento no campo da avaliação em saúde no Brasil, contribuindo para aprofundar pensamentos e práticas de alunos, pesquisadores, docentes, trabalhadores, gestores e usuários do SUS, ampliando assim seu compromisso com o SUS e a qualidade dos serviços.

Como, então, avaliar uma avaliação?

O conceito meta-avaliação foi primariamente formulado por Michael Scriven, ao final dos anos 1960, como resposta à necessidade de avaliar uma série de avaliações educacionais em curso naquele momento. (SCRIVEN, 1969) Daquele período em diante, Furtado et al. (2014) demonstram que inúmeros avaliadores e movimentos profissionais dedicaram-se a estudar o tema das “avaliações das avaliações”, resultando num robusto conjunto de teorias, padrões de qualidade e práticas sistemáticas de meta-avaliação, num convite para que os avaliadores provassem um pouco de seu próprio veneno.

Entre as diversas construções realizadas neste campo, ao menos duas merecem destaque. Primeiro, a consolidação dos cinco padrões de qualidade para a avaliação de programas educacionais, material patrocinado pelo *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation*. Em 2011, já na terceira edição dos *standards* que tornaram-se úteis para muitos campos além do educacional, aos padrões da Utilidade (*Utility*), Viabilidade (*Feasibility*), Propriedade (*Propriety*) e Precisão (*Accuracy*), reuniu-se a orientação para avaliações com maior *Accountability*, abrangendo a demanda por avaliações capazes documentar cuidadosamente seus processos e resultados e favorecer olhares meta-avaliativos, internos e externos, sobre ela. (YARBROUGH et al., 2011) Sem sombra de dúvidas, os padrões ofereceram ao campo referenciais necessários para que as avaliações também se tornassem objetos de análise.

Quadro 1. Síntese dos Cinco Padrões para Avaliação de Programas. Livre tradução a partir de Yarbrough et al. (2011).

(continuação)

Padrão (<i>Standard</i>)	Descrição resumida
<p>Utilidade Busca ampliar o valor e a utilidade dos processos e resultados avaliativos para os interessados em uma avaliação.</p>	<p>Implica (a) credibilidade dos avaliadores; (b) atenção aos interessados; (c) sentido dos propósitos de um estudo; (d) explicitação dos valores que sustentam possíveis juízos de valor; (e) relevância das informações recolhidas; (f) sentido e relevância dos estudos para apoiar os interessados a revisar, redescobrir e reinterpretar suas leituras e posições; (g) tempestividade das informações produzidas para os interessados; (h) promoção do uso consequente e responsável dos estudos.</p>
<p>Viabilidade Busca ampliar a efetividade e a eficiência das avaliações</p>	<p>Implica (a) gestão efetiva dos processos de avaliação; (b) adequação dos procedimentos e técnicas dos estudos ao contexto em que operam; (c) leitura e manejo dos diferentes interesses e necessidades dos sujeitos e grupos interessados; (d) uso eficiente dos recursos de um estudo.</p>

Quadro 1. Síntese dos Cinco Padrões para Avaliação de Programas. Livre tradução a partir de Yarbrough et al. (2011).

(continuação)

Padrão (<i>Standard</i>)	Descrição resumida
<p>Propriedade Busca ampliar a capacidade das avaliações serem apropriadas, equilibradas, legais, corretas e justas.</p>	<p>Implica (a) aderência dos estudos às particularidades dos interessados; (b) acordos formais entre avaliadores e interessados; (c) respeito aos direitos humanos; (d) clareza e equilíbrio dos estudos; (d) Transparência e discricionariedade dos estudos; (e) identificação e manejo explícito de conflitos de interesses; (f) responsabilidade fiscal dos estudos.</p>
<p>Precisão Busca ampliar a confiança e a lisura das representações, proposições e achados de um estudo, especialmente aqueles que embasam interpretações e julgamentos.</p>	<p>Implica (a) decisões e conclusões explicitamente justificadas; (b) validade das informações; (c) confiabilidade das informações; (d) descrição explícita do contexto do programa ou política avaliados; (e) coleta, revisão, verificação e armazenamento sistemáticos de informação; (f) emprego adequado de teorias e modelos de investigação e análise; (g) explicitação das bases que sustentam os argumentos e julgamentos de um estudo; (h) comunicação não distorcida e não enviesada dos resultados.</p>

(conclusão)

<p>Accountability Busca ampliar a adequada documentação de uma avaliação e a abertura dos estudos a meta-avaliações que melhorem seus processos e resultados.</p>	<p>Implica (a) documentação adequada dos estudos; (b) meta-avaliações internas; (c) meta-avaliações externas.</p>
--	---

O segundo destaque cabe à publicação de um conjunto de princípios para a prática de seus avaliadores pela Associação Americana de Avaliação. (AEA, 2015) Os princípios publicados pela AEA como investigação sistemática e rigorosa (*Systematic Inquire*), competência (*Competence*), integridade e honestidade (*Integrity/Honesty*), respeito às pessoas (*Respect for People*) e respeito pelo interesse público (*Responsibilities for General and Public Welfare*) trouxeram ao seio da agremiação a demanda por um olhar mais atento a seus membros.

Associando os padrões para a avaliação de programas publicados pela *Joint Committee* com os princípios da prática estabelecidos pela AEA, Stufflebeam definiu os estudos de meta-avaliação como a obtenção de informações capazes de descrever e julgar a utilidade, viabilidade, ética e precisão de uma avaliação bem como seu rigor metodológico, a competência empregada em sua condução, a honestidade de sua equipe e seu respeito pelo interesse público. (FURTADO et al., 2014) Em boa medida, um convite a mirar as avaliações com as mesmas intencionalidades crítica, rigor técnico e liberdade política esperadas para as avaliações, demovendo avaliações e avaliadores de pretensos pedestais.

No processo histórico que oferece o pano de fundo para o amadurecimento de tais referenciais de meta-avaliação, a relação dessas práticas com suas bases epistemológicas e políticas também sofreu mudanças. Enquanto a tradição avaliativa hegemônica em todo o Século XX desenhava uma avaliação tradicionalmente positivista, como bem ilustram Guba e Lincoln (2011), a efervescência política e a diversidade epistêmica pós-1960 favoreceu as correntes avaliativas mais permeáveis aos atores e às realidades sociais, inserindo valores democráticos no coração de uma prática historicamente pouco aberta ao contexto. Num certo sentido, foi o crescimento dos ideais participativos no núcleo das avaliações, aquilo que abriu as práticas avaliativas ao escrutínio de outros, o que veio a significar perda da autoridade simbólica e da neutralidade dos avaliadores.

Neste sentido, devemos destacar que qualquer meta-avaliação também estará sujeita aos dilemas que impregnam as práticas avaliativas, o que favorece um incessante movimento de criticar a crítica, e assim sucessivamente. Se, por exemplo, conduzimos um estudo meta-avaliativo fixado no rigor metodológico, poderemos nos deixar capturar pelo signo dos estudos experimentais, lançando aos leões avaliações erguidas em outros pilares epistemológicos. Por outro lado, se miramos exclusivamente a necessidade de submeter toda técnica ao jogo das forças políticas, esvaziaremos a possibilidade de agenciar teoria e prática, técnica e política, resultados e processos, desejos e limites, reduzindo assim as perspectivas críticas das meta-avaliações.

São dilemas desta ordem que nos levam a perguntar como então promover meta-avaliações que lancem mão do uso balanceado e transparente de critérios de julgamento? Como produzir estudos meta-avaliativos que propiciem

aprendizagens para os diferentes interessados em uma iniciativa? Como fazer das meta-avaliações dispositivos de enriquecimento técnico e político, que contribuam para decisões sobre a iniciativa avaliada? Que tipos de perguntas um estudo de meta-avaliação deve responder e como e com quem construí-las e respondê-las?

Para tratar de tais perguntas, olhemos primeiro para o desenho e fluxo geral do PMAQ, com vistas a reconhecer a problemática com a qual ele se depara e as apostas de transformação que a iniciativa sustenta, elementos-chave para pensar o programa numa perspectiva meta-avaliativa. Em seguida, concentraremos o olhar na produção de subsídios para futuras meta-avaliações do PMAQ.

Sobre o desenho geral do PMAQ

Lançado pelo Ministério da Saúde em julho de 2011, o PMAQ é um dos componentes da estratégia *Saúde Mais Perto de Você*, eixo organizador da atenção básica do SUS nas gestões dos ministros Alexandre Padilha e Arthur Chioro. Componente de uma série de ações de fortalecimento do SUS com prioridade estratégica para o Ministério da saúde, o PMAQ foi desenhado com a intenção de favorecer e induzir a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais ampliarem o acesso e a qualidade dos serviços da atenção básica em saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b) Tais objetivos correspondem ainda às mudanças na forma de financiamento federal deste nível de atenção, expressa na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). O chamado Componente de Qualidade é criado neste contexto como indutor do incremento de recursos associados ao alcance de resultados contratualizados com equipes e municípios, tendo como base padrões de acesso e qualidade. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012)

Organizado num ciclo de quatro fases, o PMAQ implica a adesão do município ao programa e a contratualização de compromissos em torno do acesso e qualidade dos serviços. Posteriormente, requer o desenvolvimento de ações de qualificação do processo de trabalho das equipes da atenção básica, incluindo autoavaliação, para alcançar a etapa de avaliação externa, que é seguida de uma etapa de pactuação comprometida a incrementar os padrões de qualidade e estimular o avanço dos serviços. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015b)

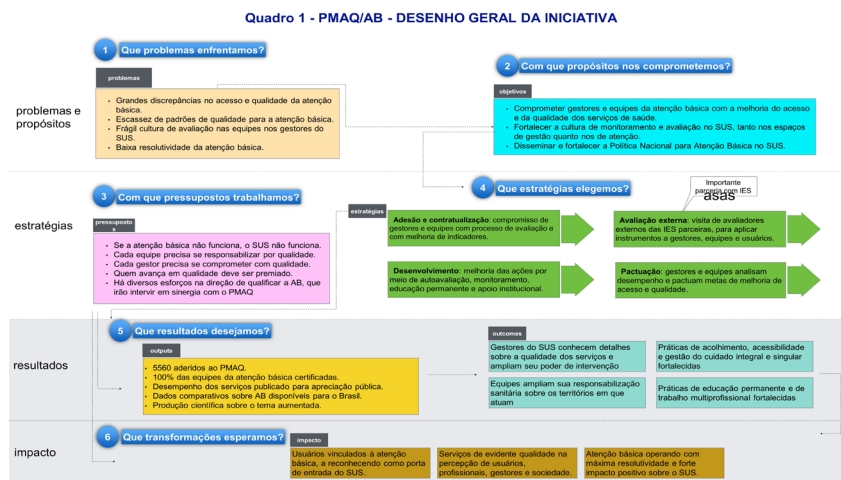
A construção do PMAQ é fruto não apenas de debate já histórico sobre a relevância da atenção básica no Brasil, mas também de um processo tripartite entre Ministério da Saúde, Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) para desenhar a certificação das equipes, além do apoio de 45 instituições de ensino e pesquisa brasileiras de reconhecida experiência acadêmica, inclusive no campo da avaliação em saúde.

Em resposta a alguns dos principais desafios do SUS no Brasil, tais como o aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas, as fortes desigualdades regionais no acesso e na qualidade dos serviços, e a perda de financiamentos ainda acirrada pelos ajustes fiscais de 2015, o Ministério da Saúde tem procurado valorizar o monitoramento e avaliação de processos e resultados com vistas a conferir maior transparência aos investimentos e a ampliar a eficácia das ações de saúde. O financiamento de estudos e pesquisas, a formação de avaliadores em parcerias com instituições de ensino e no âmbito da UNASUS, o uso de tecnologias para dar visibilidade e tempestividade às informações de saúde, entre outros, são esforços na direção de potencializar a comunidade de avaliação em saúde.

No caso particular do PMAQ, o Ministério da Saúde elaborou sete diretrizes para sua organização e implementação. Em síntese, tais diretrizes definem que o PMAQ deve (1) permitir comparação entre as equipes da atenção básica; (2) favorecer o incremento contínuo e progressivo dos padrões e indicadores de acesso e qualidade; (3) ser transparente com todos os atores envolvidos; (4) envolver e responsabilizar gestores dos três níveis de governo, além de equipes e usuários; (5) desenvolver cultura de gestão de recursos em função de compromissos e resultados; (6) estimular a qualificação dos serviços com base nas necessidades e satisfação dos usuários e no desenvolvimento dos profissionais; (7) permitir adesão voluntária dos gestores e equipes, valorizando sua liberdade, responsabilidade e motivação. (BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE, 2011)

A ênfase na atenção básica tem como premissa que tais serviços estão estruturados como o primeiro nível de atenção e porta de entrada do SUS, sendo assim decisivos para o sistema. As expectativas com o PMAQ navegam na direção de que a iniciativa favoreça a responsabilização sanitária das equipes, a adscrição dos usuários e o reforço a seu vínculo com os serviços, as práticas de acolhimento e acessibilidade, a gestão do cuidado integral e singular em rede e o trabalho em equipe multiprofissional, produzindo efeitos positivos na experiência dos usuários do SUS e em seus processos de saúde-doença. A Figura 1 procura resumir o desenho lógico da iniciativa.

Figura 1. Desenho lógico geral do PMAQ.



Fonte: Autoria do autor.

A construção e análise de desenhos lógicos ou teorias de mudança é condição importante para os chamados estudos de avaliabilidade. Concebidos para favorecer monitoramento e avaliação, a modelização favorece que uma iniciativa seja compreendida em sua racionalidade e encadeamento lógico, abrangendo componentes tais como problemas, pressupostos, objetivos, hipóteses, estratégias e resultados esperados. (CHAMPAGNE et al., 2011) Também denominados de modelo lógico ou teórico, seu uso na avaliação em saúde apoia-se na importância em se elucidar as ideias subjacentes das intervenções enquanto etapa essencial da avaliação, sustentada amplamente por meio da constatação dos limites da chamada avaliação de “caixa preta”.

Para Medina et al. (2005), a ausência da teoria na avaliação de programas resultou em avaliações do tipo insumos/produtos, tanto superficiais quanto insensíveis aos diferentes contextos políticos e organizacionais. Para o autor, tais avaliações estiveram também mais centradas na mensuração dos efeitos das iniciativas

do que na descrição dos vínculos complexos entre os recursos, as atividades e os efeitos esperados. (CHAMPAGNE et al., 2011) Desde a publicação dos primeiros artigos a respeito, datados do fim dos anos 1980, a modelização das intervenções tem ganhado nítida importância entre avaliadores, pesquisadores e gestores, atestando assim o valor da perspectiva teórica na avaliação de programas.

Assim como a modelização cumpre papel importante nos estudos de avaliabilidade, reconstruir o fio lógico de uma avaliação é de grande apoio para se implementar um estudo de meta-avaliação. Ao compreender o caminho percorrido pelos avaliadores, identificando suas intenções e pressupostos, teorias e posições políticas, suas estratégias de produção e análise de informações, bem como a produção de juízos e a comunicação dos resultados, traz-se à tona o principal conjunto de elementos que deverão ser objeto de uma meta-avaliação. Destacamos, por exemplo, que a forma como um avaliador sistematiza as ações de um programa para conhecer sua lógica de funcionamento é determinada por suas convicções ontológicas, enraizadas em tradições filosóficas, científicas e ideológicas. Esta questão está no cerne da reflexão proposta por Potvin et al. (2006), na qual três tradições são identificadas nas relações entre avaliadores e programas ou políticas.

Os autores destacam primeiro a tradição realista empírica, cujas raízes se encontram na lógica positivista originária no Século XVIII, na qual é estreita a compreensão sobre causalidade e quase inexistente a leitura dos objetos em seus contextos ético-políticos; a tradição idealista, que se associa às correntes fenomenológicas e ao psicologismo, desdobrando-se na tendência de compreender e acolher as realidades e de diminuir o debate em torno dos conceitos de causalidade e influência; e tradição ontológica do realismo crítico, defendida pelos autores como abordagem que

tem por pressuposto considerar a dinâmica e o papel dos atores sociais implicados em um determinado programa, a mútua relação entre os agentes de conhecimento e os objetos externos, bem como a leitura dos objetos em suas realidades sócio-históricas. (POTVIN et al., 2006)

É nesta direção que a Figura 1 cumpre seu papel, com elementos que merecem ser destacados. Primeiro, porque o desenho evidencia a intenção de que o PMAQ seja compreendido como uma operação em potencial sinergia com outros elementos componentes da política nacional de atenção básica. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) Se a política se propõe a dar à atenção básica a força necessária para que se enfrente as discrepâncias no acesso e na qualidade, as dificuldades de formar e fixar profissionais, o subfinanciamento e a baixa resolutividade dos serviços, a relevância do PMAQ deverá ser primariamente analisada sob esta perspectiva. Pinto e Souza (2012), por exemplo, argumentam sobre a forte característica indutora e mobilizadora presente nos pressupostos do programa, sem a qual os objetivos não teriam possibilidades de serem alcançados. Tanto a adesão voluntária quanto a necessária articulação entre vários agentes para consolidação das diferentes etapas do Programa explicitam essas características, marcando que os resultados do PMAQ passam por um complexo caminho de mediações, negociações, responsabilização e participação de diferentes agentes.

Segundo, porque o desenho evidencia o desejo de comprometer os gestores do SUS e as equipes da atenção básica com a melhoria do acesso e qualidade. A iniciativa carrega também o desejo de que gestores e equipes devem ser sensibilizados, estimulados e apoiados em fortalecer a presença do monitoramento e da avaliação em sua cultura de gestão dos serviços, o que pode enriquecer sua leitura

das condições e processos de trabalho, dos vínculos com os usuários e, sobretudo, dos efeitos dos serviços sobre os processos saúde-doença da população e dos territórios, o que uma vez mais remete às argumentações de Pinto e Souza (2012).

Terceiro, porque o desenho lógico evidencia premissas ou condições que tendem a ser determinante para viabilizar o PMAQ e permitir que os resultados esperados sejam alcançados. Aposta-se na qualidade da atenção básica para ampliar a potência do SUS e transformar a visão crítica depositada sobre o sistema, na responsabilidade finalística das equipes pela qualidade das intervenções nos usuários, na responsabilidade dos gestores pela priorização da atenção básica, na lógica meritocrática associada ao desempenho das equipes e, por fim, no preparo de um ambiente favorável a qualificar a atenção básica.

Quarto, porque o desenho também evidencia o robusto conjunto de estratégias utilizadas para colocar em pé o PMAQ, com adesão voluntária ao programa, com etapas preparatórias para as equipes, com a perspectiva de ampliar as ações de educação permanente e apoio, com autoavaliação que antecede a fase de avaliação externa e, por fim, com uma estratégia de pactuação das mudanças necessárias para ampliar acesso e qualificar os serviços, apostando frontalmente na responsabilização pública entre diferentes atores do SUS.

Por fim, porque o desenho evidencia ainda as expectativas de que o conjunto de ações desenvolvidas no âmbito do PMAQ, em articulação a outros componentes da política nacional de atenção básica, transforme as maneiras de pensar e fazer atenção básica no Brasil, com ganhos de compreensão da realidade e vínculo com os usuários, com educação permanente e articulação multiprofissional e interinstitucional, com energia investida na gestão do

cuidado singular aos usuários, de forma que a médio e longo prazos conquistem-se avanços na qualidade de vida dos usuários.

Como se pode depreender da Figura 1, a reconstrução e análise do desenho lógico de uma iniciativa, ou do fio lógico de uma avaliação, é capaz de produzir uma importante narrativa sobre o objeto, revelando fundamentos, compromissos, apostas e desejos que servirão de base a sua avaliação. É com a perspectiva de propor caminhos meta-avaliativos sobre o PMAQ, lançando luz sobre possíveis perguntas e estratégias de avaliação, que escrevemos os próximos parágrafos.

Possibilidades para meta-avaliações

A evidente juventude do PMAQ requer cuidado dos processos que se propuserem a analisar ou meta-avaliar a iniciativa. A dimensão operacional da iniciativa, reconhecida por Roland (2014) como o mais extenso programa de avaliação de atenção básica de que se tem notícia, a complexidade implicada no trabalho dos avaliadores externos, o amadurecimento dos instrumentos utilizados e os diferentes sentidos e usos do PMAQ por gestores, equipes, usuários e pesquisadores configuram múltiplas realidades para o programa.

O tempo relativamente pequeno desde o primeiro ciclo, somado a particularidades dos serviços de saúde, também requer atenção daqueles que se lançarem a medir seus efeitos no cotidiano dos serviços e na cultura de avaliação e qualidade de gestores e equipes. Entre as apostas de transformação abrigadas na Política Nacional de Atenção Básica e a contribuição particular do PMAQ em seus campos de incidência e influência, há um universo de

concepções e práticas a ser considerado, determinante para melhor compreender a relevância da iniciativa e os méritos que ela alcança ou promete alcançar.

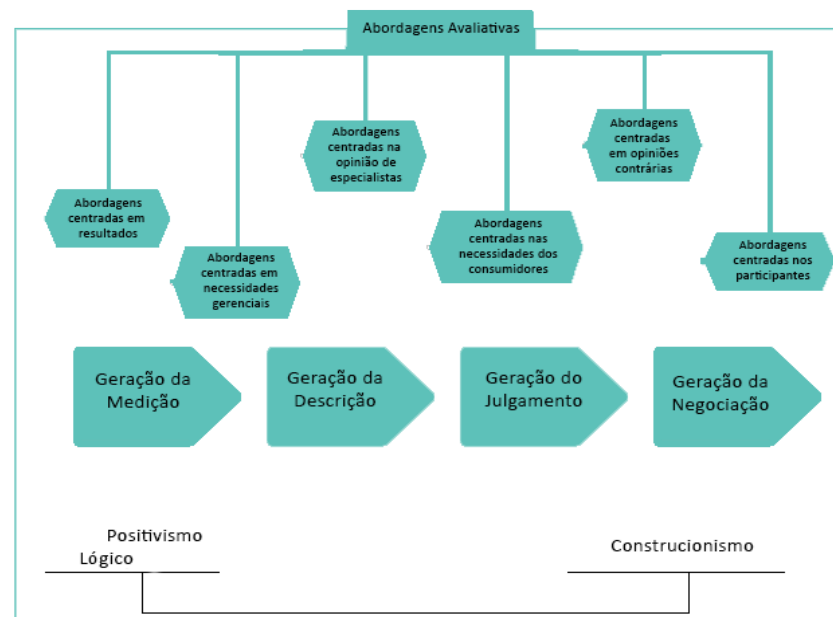
Feitas tais ressalvas e sustentada a importância de se investir no olhar crítico para políticas públicas, tais como o PMAQ, (SANTOS; FONSECA, 2013) abordaremos a seguir uma série de perguntas capazes de estimular a revisão do PMAQ em vários de seus aspectos. Para definir as perguntas aqui apresentadas, recorreremos primeiro a Donabedian para organizá-las conforme sua pertinência em relação aos aspectos de estrutura, processos e resultados do PMAQ, tríade consagrada na avaliação em saúde. Depois, tomamos os cinco padrões para avaliação de programas apresentados à introdução deste ensaio, com vistas a classificar cada uma das perguntas à luz de sua taxonomia: utilidade, viabilidade, propriedade, precisão e *accountability*. O quadro 2 apresenta as perguntas, que são posteriormente contextualizadas no texto que a precede.

Quadro 2. Possíveis perguntas para guiar estudos de meta-avaliação

ESTRUTURA	PROCESSOS	RESULTADOS
<ul style="list-style-type: none"> - As condições para dar operacionalidade ao PMAQ pactuadas entre o MS e as IES foram as mais adequadas às necessidades do programa? (VIA) (ACC) - As condições de trabalho dos avaliadores externos, incluindo sua formação e supervisão, foram adequadas às necessidades do programa, dos municípios e dos próprios avaliadores? (VIA) (ACC) - A tecnologia utilizada para coleta (instrumentos), ingresso, análise (indicadores) e publicação (quadros de saída, comunicações) dos dados contribuiu para produzir informações precisas, seguras, tempestivas e transparentes para os interessados no PMAQ? (PRE) (ACC) - Os recursos financeiros empregados no PMAQ pelo Ministério da Saúde foram utilizados das maneiras mais inteligentes e sustentáveis possíveis? (ACC) (PRO) 	<ul style="list-style-type: none"> - Em que medida o processo de adesão voluntária tem sido respeitado nos municípios? (PRO) (UTI) - Em que medida o processo de autoavaliação das equipes encontrou condições para ser realizado? (UTI) - Com que abertura e transparência os avaliadores externos foram recebidos? (PRE) (PRO) - Que qualidade tiveram as entrevistas realizadas pelos avaliadores externos com gestores, equipes e usuários? (PRE) (ACC) (UTI) - Que lugar efetivamente coube aos usuários nos primeiros ciclos do PMAQ? Há oportunidades para avançar na participação? - Que cuidados têm tido os gestores no uso das informações produzidas pelo PMAQ como bases para repactuar metas de acesso e qualidade e redefinir estratégias de educação permanente e apoio? 	<ul style="list-style-type: none"> - Em que medida o processo de autoavaliação das equipes favoreceu o olhar criterioso para suas concepções e práticas? (PRE) (UTI) - Em que medida o PMAQ fomentou conversas mobilizadoras dos gestores e equipes, fortalecendo a cultura de avaliação? (UTI) - Que efeitos o PMAQ teve sobre os gestores municipais em seus primeiros ciclos? (ACC) (UTI) - Em que medida as equipes e os municípios se reconhecem nos resultados? (UTI) - Que efeitos o PMAQ teve sobre a responsabilização sanitária das equipes pelos usuários e territórios? (UTI) - Que efeitos o PMAQ teve sobre a gestão do cuidado integral e singular aos usuários dos serviços? (UTI) - Que tipos de apropriação do PMAQ têm sido feitas pelo controle social? - Que efeitos o pagamento por <i>performance</i> tem produzido nas equipes e nos gestores? (UTI) - Em que medida o PMAQ influenciou debates e ações em torno da política nacional de atenção básica? (UTI)
Utilidade (UTI), viabilidade (VIA), propriedade (PRO), precisão (PRE) e <i>accountability</i> (ACC)		

Assim como se faz avaliação por muitos motivos distintos e lançando mão de modelos e de paradigmas também divergentes, o mesmo se aplica ao conceito de meta-avaliação. Sanders et al. (2004) detalham seis abordagens que, segundo eles, operavam com perspectivas éticas, teóricas e políticas bastante diferentes e agregavam miríades de autores e práticas, o que também fora abordada por Guba e Lincoln (2011) ao reconhecerem quatro gerações de avaliações e avaliadores. Das avaliações centradas em objetivos até as participativas, os autores revelam a importância de se ter e se comunicar com clareza o enquadre de cada avaliação, sob pena dos estudos naufragarem na frágil crença da homogeneidade epistemológica.

Figura 2. Abordagens avaliativas e seu contexto sócio-histórico. Adaptado de Sanders et al. (2004) e Guba e Lincoln (2011).



Neste sentido, compreendemos que ainda que futuros estudos de meta-avaliação do PMAQ se filiem a diferentes referenciais, será crucial que os mesmos levem em conta a perspectiva democrática que dá origem à Política Nacional de Atenção Básica, e busca valorizar o pluralismo de atores e a diversidade de práticas que compõem o SUS. É esta matriz a base ético-política que demandará dos estudos a interlocução ativa com os atores interessados no programa e na atenção básica, e a produção de saberes capazes de enriquecer a gestão da atenção básica e de ampliar o acesso e a qualidade dos serviços.

É esta a matriz que nos convida, por exemplo, a pensar que os efeitos esperados para o PMAQ são consequência da maneira como tal tecnologia foi apresentada e tomada (transformada) pelos gestores e equipes ou, recorrendo a Merhy (1997), entre tecnologia dura e tecnologia leve; em outras palavras, entre a tradição das avaliações normativas classificatórias e avaliações participativas emancipatórias. Para um programa com tais características, tem grande sentido identificar e avaliar de que maneira se dá o encaixe entre objeto planejado e realidade dos serviços, campo que guarda tanto a potência transformadora esperada para o programa, quanto a contradição indesejada de se reforçar o burocrático, o punitivo e o alienante.

Avaliar o PMAQ é, por isso mesmo, procurar convergências e divergências entre o que se procurou buscar com sua implementação e a resultante do encontro da iniciativa com realidade das unidades básicas. Ou, recorrendo a Safatle (2015), é trabalhar no campo relativamente amorfo daquilo que ainda não está pronto, na zona incerta entre o ato e sua potência. A falar do trabalho do artista plástico Nuno Ramos, o autor advoga pela singularidade de cada experiência particular (estética, naquele caso), lembrando a emblemática frase do artista ao

definir sua própria produção: “é no estado intermediário, antes da secagem, híbrido ainda de morte e promessa, que a vida guarda o seu segredo.”

Tomando os argumentos de Nicole (2014), ao PMAQ cabe lançar um olhar meta-avaliativo que possa reconhecer tanto seu potencial de operar como estratégia de mobilização social em prol do acesso e da qualidade, implicando gestores e equipes de saúde, quanto de reconhecer seus riscos de potencializar os aspectos cerceadores da burocracia institucional, assumindo lugar de tarefa formal para opor-se a movimentos instituintes de pensamento e aprendizagem nos serviços.

Transpondo o tema para a relação do PMAQ com os usuários, as oportunidades de análise também se multiplicam. Nos primeiros dois ciclos do programa, pode ser oportuno ter atenção aos mecanismos e instrumentos utilizados para captar percepções dos usuários e para os dispositivos utilizados para favorecer sua participação no coração da lógica avaliativa engendrada no PMAQ. Entre o usuário, tomado como fonte de informação nos corredores das unidades ou como potencial força de mobilização por acesso e qualidade, pode haver diferentes histórias, conquistas ou retrocessos na experiência do programa. Tomando uma vez mais Nicole (2014), é crucial analisar a natureza da inserção do usuário no PMAQ à luz da disputa de concepções que definem o usuário como cliente a ter sua satisfação garantida (ou seu dinheiro de volta), ou o tomam como cidadão de direitos, também responsável pela produção de saúde. Por fim, se as opiniões e percepções dos usuários não forem tomadas como efetivamente úteis para melhorar os serviços, por que sustentar sua escuta?

Outro conceito de importância capital para futuras meta-avaliações do PMAQ é o conceito de educação permanente, tema nuclear para as transformações

desejadas e sustentáveis na atenção básica. Se algumas das análises já realizadas sobre o PMAQ revelam um vetor positivo do programa na perspectiva das equipes de saúde, (FAUSTO; FONSECA, 2013) especialmente por induzir espaços de encontro, diálogo e revisão da prática, tal vetor merece atenção, tendo em vista a convergência de distintas correntes teóricas de que o compromisso e as capacidades técnicas dos profissionais de saúde são o principal determinante da qualidade dos serviços. (ROLAND, 2013) Para o autor, a necessidade de produzir profissionais de saúde mais implicados, e ao mesmo tempo não aprisionados em normas e procedimentos, pode ser um dos desejos e um dos efeitos do PMAQ. Neste sentido, a capacidade que o programa teve até aqui de fomentar o estudo de eventos-chave (falhas, mortes, recuperações, etc.), estimulando as equipes a enxergarem mais de seus próprios jeitos de pensar e fazer, pode ser uma conquista preciosa do PMAQ.

Às várias possibilidades de meta-avaliar processos e resultados, como argumentamos nos parágrafos anteriores, somam-se outras tantas portas para pensar componentes da estrutura do PMAQ, essencialmente sua vasta lista de indicadores e seus instrumentos de coleta, todos devidamente referidos a um amplo conjunto de teorias e políticas. Com a prerrogativa de não esgotar esta temática aqui, cabem alguns questionamentos sobre o volume total de indicadores no PMAQ e sobre algumas de suas características.

Parece relevante colocar em cheque o uso cada vez mais intenso de indicadores nos modelos de monitoramento e avaliação, como se fossem eles os remédios mais eficazes para “patologias” como incerteza ou imprecisão. Se informação disponível não significa avaliação e se variáveis sem parâmetros também não significam formação de juízo

de valor, é crucial colocar em cheque em que medida o grande volume de indicadores e a extensão dos instrumentos do PMAQ revela uma face da iniciativa muito mais centrada nas necessidades de gestores e pesquisadores do que centrada nas equipes e, em especial, nos usuários.

Em complemento, se nos dois primeiros ciclos o programa centrou-se muito mais em indicadores de infraestrutura do que em indicadores relacionados aos processos de trabalho e aos resultados na saúde dos usuários, cabe questionar o sentido e o potencial da escolha sustentada até agora, a fim de pensar sua manutenção para os próximos ciclos. Retomando Donabedian (2005), a capacidade de balancear o olhar entre estrutura, processos e resultados é característica fundamental de boas avaliações, buscando a associação inteligente de variáveis que permitam melhor compreender a complexidade dos serviços, formar bons juízos de valor sobre a realidade e apoiar a tomada de boas decisões.

Ainda sobre indicadores e instrumentos, merece atenção o fato de que nos primeiros ciclos havia por parte dos gestores do SUS uma grande lacuna de conhecimento a respeito da infraestrutura das unidades de atenção básica e dos insumos disponíveis para o trabalho das equipes de saúde, aspectos determinantes para serviços de qualidade. Conhecer agora os efeitos do saber acumulado pelo PMAQ pode favorecer o desenho de políticas especificamente voltadas ao tema e permitir que os novos ciclos do programa tenham seu olhar focado em outras dimensões.

Para Roland (2014), a quantidade de indicadores é sempre uma questão relevante nos processos de monitoramento e avaliação. Quando muito pequena, tende a excluir aspectos de grande relevância para os serviços. Se muito grande, pode diluir o olhar e dificultar que gestores, equipes e usuários compreendam a realidade com maior

precisão e segurança, ocasionando decisões incorreta, assunção de falsas premissas, erros estratégicos e, por fim, menos avanços. O autor lembra ainda que o excesso de variáveis muitas vezes impede ou dificulta concentrar os esforços de melhoria em pontos que de fato importam para ampliar acesso e qualidade. O que, de fato, será mais importante?

Como aspecto final desta argumentação em torno de possíveis portas pelas quais estudos de meta-avaliação do PMAQ podem ingressar, merece atenção o papel efetivamente desempenhado pelos avaliadores que visitaram milhares de unidades de saúde em todo o Brasil. Parece ter grande relevância questionar em que medida tais trabalhadores foram capazes de sustentar as premissas do programa, em especial na tarefa de retirar das sombras da burocracia suas repetitivas e agudas perguntas de “monitoramento e avaliação”, para relacioná-las a uma genuína escuta atenta, curiosidade vigorosa, formulação de juízo, aprendizagens, decisões compartilhadas e desejos de transformações.

Considerações finais

Um olhar mais atento às instituições tradicionais nos revela que vivemos tempos de marcante fluidez, entre desejáveis e arriscadas diluições de fronteiras. Os sentidos e os limites do poder estão em cheque, e a profusão de atores que a cada dia exigem seu quinhão de cidadania nos remete a um campo de disputas e incertezas, mas também de muitas possibilidades de transformação. Entre o pessimismo das manchetes e o ufanismo dos Messias, há matizes bem mais interessantes aos que topam caminhar pelas ruas com a escuta interessada. Os papéis reservados

ao monitoramento e à avaliação neste caldeirão são tão difíceis quanto promissores.

A tendência à horizontalidade nas relações entre os atores e a forte demanda por práticas mais republicanas no Brasil, conquistas pelas quais muitos tombaram, requer que as avaliações sejam construídas em ambientes de elevado nível de diálogo e com fortes padrões de negociação, sobre o que já nos abriram os olhos Guba e Lincoln (2011). A necessidade de formular perguntas em diálogo com os atores, em eleger variáveis e critérios de análise que lhes inspirem confiança e sentido e de debater resultados em ambientes de franqueza e abertura que fortaleçam a capacidade de refletir e agir em prol do interesse público são alguns dos imperativos a pesar nos ombros de quem deseja fazer avaliação.

Da mesma forma, o elevado volume de informações e a crescente demanda por elas, seja nos imponentes gabinetes ou na palma da mão dos cidadãos, requer elevada capacidade de eleger o que mais importa e de criar modelos que, ao lado de entregar gráficos, entregue também inteligência e senso de coletividade a gestores, equipes e usuários. Cada vez mais, o sucesso de uma avaliação terá relação com sua capacidade de elevar o grau de conhecimento de um sujeito a respeito dos objetos e suas realidades complexas, ampliando sua capacidade de análise, sua velocidade de decisão e sua potência de atuação em seus microespaços de ação política.

Frente a realidades sócio-institucionais também mais complexas e de difícil apreensão pelo exclusivismo paradigmático, será determinante que as avaliações ganhem capacidade de agenciar perspectivas distintas para ler a realidade, elevando a triangulação de fontes de informação à potência das triangulações epistêmicas capazes de reconstruir objetos de formas interdisciplinares.

O sucesso das avaliações também dependerá cada vez mais da flexibilidade dos métodos, da diversidade das aproximações e da produção de narrativas que enriqueçam a experiência dos sujeitos.

É frente a esses desafios que se posicionam os estudos de meta-avaliação. Se os romanos nomeavam *meta* as trilhas riscadas no chão, utilizadas para guiar suas carruagens, o desafio do contemporâneo é tomar o *meta* como um convite a despertar os sujeitos para enxergar a direção de suas práticas, sempre sujeitadas a adormecer ao ritmo da repetição apressada e das engrenagens institucionais. A aposta em meta-avaliar o PMAQ, de forma plural, densa e permanente, com transparência e implicação e, sobretudo, com profundo compromisso com a melhoria da atenção básica no Brasil, é o batuque ao qual lançamos um convite. Ele carrega a singela intenção de acordar os que dormem, animar os que dançam e despertar os sonolentos.

O que vimos discutindo até aqui aponta que iniciativas de natureza avaliativa, como é o PMAQ, devem estar elas próprias sujeitas a indagações sobre o seu valor, pertinência, *modus operandi* e quaisquer outros aspectos considerados relevantes para qualificá-las e torná-las mais aptas às necessidades e questões dos grupos de interesse nelas envolvidos. Significa também reconhecer que há importantes desafios a serem enfrentados e superados, por diferentes atores, nos futuros ciclos do PMAQ, sendo a avaliação dessa avaliação um dos caminhos mais adequados a produzir aprendizagens e a agenciar mudanças.

Referências

AMERICAN EVALUATION ASSOCIATION (AEA). **American Evaluation Association Guiding Principles For Evaluators**. Disponível em: <<http://www.eval.org/p/cm/ld/fid=51>>. Acesso em: 15 out 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.654**, de 19 de Julho de 2011. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/IOS55L>>. Acesso em: 30 out 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. DAB. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012b.

_____. **Histórico de cobertura Saúde da Família**. 2015. Disponível em: <<http://goo.gl/Lxu6Jm>>. Acesso em: 30 out 2015.

_____. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. 2015b. Disponível em: <<http://goo.gl/jiLni7>>. Acesso em: 30 out 2015.

CHAMPAGNE, F. et al. Modelizar as intervenções. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; HARTZ, Z. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 61-76.

DONABEDIAN, A. **Evaluating the quality of medical care**, 1966. The Milbank quarterly (United States). 2005; 83: 691-729.

FAUSTO, M.C.R.; FONSECA, H.M.S. (orgs.). **Rotas da atenção básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ**. AB. Rio de Janeiro: Saberes Editora, 2013.

FURTADO, J.P.; LAPERRIÈRE, H.; SILVA, R.R. Participação e interdisciplinaridade: uma abordagem inovadora de meta-avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 102, p. 468-481, Jul-Set 2014.

GUBA, E; LINCOLN, Y. **Avaliação de quarta geração**, Campinas: Editora da Unicamp, 2011.

MARTUCCELLI, D. Critique de la philosophie de l'évaluation. **Cahiers Internationaux de Sociologie**, v.128, p.27-52, 2011.

MEDINA, F.G. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. 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, 2005.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E; ONOCKO, R. **Práxis em salud um desafio para lo público**. São Paulo (SP): Hucitec; 1997.

NICOLE, M.A. **Instrumento avaliativo: satisfação do usuário**. Comunicação. Seminário de Validação Internacional do PMAQ. Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Departamento de Atenção Básica (DAB/MS). Brasília, 29 e 30 de Maio de 2014.

PINTO, H.A.; SOUZA, A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, Sup., Ago., 2012.

POTVIN, L.; GENDRON, S; BILODEAU, A. Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação. In: BOSI, M.L.M.;

MERCADO, F.J. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes, 2006.

ROLAND, M. **Pagamento por desempenho: revisão da experiência britânica e internacional**. Comunicação. Seminário de Validação Internacional do PMAQ. Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), Departamento de Atenção Básica (DAB/MS). Brasília, 29 e 30 de Maio de 2014.

SAFATLE, V. **Nuno Ramos e suas buscas. Yahoo não é apenas um dos mais conhecidos sites de busca da internet; antes, era o nome de uma raça**. Caderno Ilustrada. Folha de São Paulo, 11 de Setembro de 2015.

SANDERS, J.; FITZPATRICK, J.; WORTHEN, B. **Uma introdução a avaliação de Programas: conceitos e práticas**. São Paulo: Editora Gente/EDUSP, 2004.

SCRIVEN, M. An introduction to meta-evaluation. **Educational Product Report**, v. 2, p. 36-38, 1969.

YARBROUGH, D.B.; HOPSON, R.K.; SHULHA, L.M.; CARUTHERS, F.A. **The Program Evaluation Standards: a guide for evaluators and evaluation users**. 3. ed. Thousands Oaks: SAGE Publications, 2011.

PÓS-FACIO

PARA ONDE CAMINHAMOS
COM AVALIAÇÃO
NO BRASIL?

A avaliação do nosso Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido impulsionada com mais ênfase nestes últimos anos. Este processo decorre da preocupação dos distintos interessados em saber: como SUS está funcionando? Até onde avançamos na atenção à saúde? Em qual direção estamos indo? Quais as contradições ou tensões que estão sendo geradas na busca do princípio da universalidade? Quais desafios temos pela frente para alcançar os princípios da integralidade e equidade?

Propomos retomar, de forma conceitual, a avaliação como etapa essencial para o processo de tomada de decisão, tendo em vista contribuir para identificar caminhos alternativos no SUS e responder aos questionamentos anteriormente formulados. Compreendemos avaliação como um processo que inclui os seguintes componentes: produzir informações que permitam medir a realidade estudada, compará-las com parâmetros predefinidos e emitir um juízo de valor que permita embasar uma decisão. (TANAKA; MELO, 2004; CONTANDRIOPOULOS et al., 1997)

A avaliação é, a um só tempo, um processo político e técnico para apoiar e tornar mais racional a tomada de decisão pelos interessados na situação em foco. (TANAKA; TAMAKI, 2012; GUBA; LINCOLN, 1989) É importante realçar que entendemos decisão como a capacidade de mobilizar

recursos, de qualquer tipo e natureza, podendo ser desde um sorriso durante a interação até alocação de recursos humanos, financeiros e materiais.

Alguns pressupostos são fundamentais para que a avaliação seja utilizada pelos tomadores de decisão. É importante que seja identificado claramente desde o início o interessado principal no julgamento de valor emanado da avaliação, isto é, o ator social envolvido no processo com responsabilidade e que tenha condições de mobilizar o recurso necessário para a concretização da tomada de decisão.

Para que o resultado da avaliação seja efetivo é imprescindível que tenhamos uma pergunta avaliativa que seja algo sensível ao interessado e, portanto, tenha maior potencial de mobilizar o recurso esperado. (TANAKA; MELO, 2008) Há necessidade de se mapear o espaço político-técnico do interessado visando prever o seu grau de governabilidade para a possível mobilização destes recursos necessários para a efetivação da tomada de decisão. É recomendável que a pergunta avaliativa contemple um “incômodo” do interessado, sendo este a motivação principal para desencadear um processo de avaliação e posterior ajuste à realidade analisada.

No processo de identificação da origem do “incômodo” vale a pena ressaltar que este decorre, em grande parte, do conhecimento prévio da situação que se pretende avaliar. Tendo em vista a complexidade da atenção ao processo saúde-doença e a multiplicidade de variáveis envolvidas nas intervenções disponíveis, será necessário que se disponha de um diagnóstico adequado do objeto, seja este um serviço, um programa ou um subsistema do SUS, para que seja formulada a pergunta avaliativa além da clara identificação do interessado, destinatário principal da avaliação a ser realizada.

Só a partir da identificação do interessado, do conhecimento prévio (diagnóstico) do objeto e da pergunta avaliativa é que será possível elaborar o desenho da avaliação, contemplando uma metodologia, a escolha de abordagens, a identificação de fontes e a escolha dos indicadores. (CRESWELL, 2007; TANAKA; MELO, 2004; PATTON, 2002; HABICHT et al., 1999) Essa construção da matriz de avaliação permitirá a clara identificação de quais variáveis serão as essenciais para obter a resposta à pergunta avaliativa que levem em conta o mapeamento das motivações dos interessados e permitam potencializar a utilização da avaliação no processo de tomada de decisão. Outro elemento essencial da avaliação é a previa definição dos parâmetros que serão utilizados na avaliação, pois serão estes os balizadores que darão objetividade ao incômodo que está incorporado na pergunta avaliativa.

No entanto, o que temos observado como iniciativas de respostas para as questões formuladas no início deste texto têm sido o incentivo, a partir de editais públicos, para o desenvolvimento de projetos de pesquisas direcionados a encontrar resultados que auxiliem no processo de ajustes das políticas públicas em saúde. Os pesquisadores das instituições de ensino e pesquisa têm se organizado para atender a essa demanda formulando projetos com objetivos direcionados a analisar criticamente os limites e alcances das intervenções implementadas no SUS.

Além dos editais pelos órgãos de fomento, o gestor federal tem impulsionado, por meio de uma rede de colaboradores acadêmicos institucionais, a aplicação, em nível nacional, de instrumentos técnicos baseados em uma extensa coleta de dados com grande detalhe, visando uma descrição plena e completa de serviços, programas e sistemas de saúde. A parceria construída com as equipes acadêmicas garante a necessária validade e confiabilidade

no processo de coleta dos dados empíricos. Este tipo de iniciativa se apresenta mais como um amplo diagnóstico visando entender o que está ocorrendo do que um processo de avaliação destinado à tomada de decisão.

Ao impulsionar a avaliação para obter um diagnóstico não se completa o processo avaliativo, pois não há identificação prévia e clara do interessado e nem tampouco da pergunta avaliativa, o que dificulta a elaboração necessária da matriz de análise e, conseqüentemente, da definição de parâmetros e indicadores para que o processo de julgamento de valor resulte em apoio efetivo de um processo de decisão.

Uma das justificativas para desenvolver uma avaliação tipo diagnóstico, com detalhes extensos dos serviços, programas e sistemas de saúde parece decorrer do receio de que o resultado seja parcial, incompleto, frágil e subjetivo. Esse risco existe, é inerente à avaliação e não deveria ser evitado a todo custo. O julgamento de valor sempre terá alto grau de subjetividade e, mesmo com desenhos metodológicos abrangentes e robustos, é inevitável a interferência da subjetividade do avaliador quando da escolha dos métodos, instrumentos e abordagens necessários para realizar a avaliação.

Ao ofertar/resultar um diagnóstico amplo e nomeá-lo avaliação se está abrindo mão de participar/contribuir de forma objetiva para o processo de tomada de decisão. Nesta situação, a decisão acabará sendo assumida por um outro nível de poder que, ao não se prender a uma pergunta, a uma matriz de análise e a parâmetros prévios, utilizará os dados disponibilizados para mobilizar recursos para direcionalidade/finalidade distinta daquela que seria prevista por um processo avaliativo que recorta a realidade pela pergunta avaliativa e pela prévia identificação do interessado.

Portanto, no nosso entender, as avaliações que têm sido impulsionadas nos últimos anos propiciam que as tomadas de decisão sejam mais centralizadas, tendo em vista que o “diagnóstico” é rapidamente enviado para o gestor que emite o juízo de valor a partir de parâmetros próprios e mobiliza os recursos independentemente dos parceiros acadêmicos. Ao tomar a decisão, utilizando a análise do observado em relação a parâmetros centralizados e normatizados, haverá uma clara indução do processo de trabalho nos serviços, programas e sistemas de saúde que resultará em uma prática normativa e descontextualizada do nível local. Esta forma de executar a avaliação transformase, na prática, em um planejamento normativo centralizado, fragilizando o processo de descentralização tão caro para o SUS.

Como alternativa para esse processo avaliativo fortemente impulsionado pelo gestor do SUS, e buscando reforçar o processo de descentralização e de participação de distintos atores sociais envolvidos no SUS, será importante que as avaliações permitam contemplar as variáveis de contexto para identificar/testar ajustes na oferta de serviços e na organização dos programas e sistemas de saúde que contemplem as especificidades da construção das redes e regiões de saúde de acordo com as realidades locais.

Nas políticas públicas, em que há uma definição prévia de objetivos e a pactuação de distintos atores sociais, a avaliação é mais útil quando empregada para identificar alternativas para o processo de implementação que apontem a direção e a velocidade que seriam as mais pertinentes para se atingir esses objetivos.

Para que essa proposta se concretize será necessário que as avaliações se transformem em aproximações sucessivas deste objeto/processo complexo, levando em conta mais claramente os resultados obtidos no

processo saúde-doença do que na aplicação de normativas institucionais. A possibilidade de explicitar a pergunta avaliativa, os parâmetros e definir com clareza o interessado que tenha possibilidade de mobilizar recursos para realizar os ajustes de direção e velocidade de implementação visa fortalecer a busca da plena efetivação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS.

*Oswaldo Yoshimi Tanaka
Edith Lauridsen-Ribeiro*

Referências

CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE,F.; DENIS, J-L.; PINEAULT, R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. (org.). **Avaliação em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-47.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2007.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Fourth Generation Evaluation**. Newbury (California): Sage Publications, 1989.

HABICHT, 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**, v. 28, n. 1, p. 10-8, 1999.

PATTON, M.Q. **Qualitative research & evaluation methods**. Thousand Oaks (California): Sage Publication, 2002. 2ed.

TANAKA, O.Y.;MELO, C. **Avaliação de programas de saúde do adolescente**. São Paulo: Editora da USP; 2001.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. Avaliação de serviços e programas de saúde para a tomada de decisão. In: ROCHA, A.M.; CESAR, C.L.M. (eds.). **Saúde pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008. p. 119-31.

_____. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 121-36.

TANAKA, O.Y.; TAMAKI, E.M. O Papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821-8, 2012.



SOBRE OS ORGANIZADORES

Marco Akerman: Médico, Professor Titular do Departamento de Prática em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP. **E-mail:** marco.akerman@gmail.com.

Juarez Pereira Furtado: Docente da Unifesp, Instituto Saúde e Sociedade. Chefe do Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva. **E-mail:**juarezpfurtado@hotmail.com

SOBRE OS AUTORES

Adriana Barbosa: Assessora-Técnica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Aline Aparecida Monroe: Enfermeira e Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Profa. Dra. do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP.

Ana Maroso Alves: Geógrafa, Pesquisadora da Equipe Qualiaids da Faculdade de Medicina da USP.

Ana Paula Loch: Farmacêutica, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP.

Angela Aparecida Donini: Professora Adjunta Departamento de Filosofia/Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Pós-doutora em Medicina Social pela UERJ.

Augusto Mathias: Biólogo, Assessor-Técnico do Programa de AIDS da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Cáritas Relva Basso: Médica Sanitarista e infectologista, assistente da coordenação do Programa Municipal de DST-Aids de São Paulo.

Carmen Maria Casquel Monti Juliani: Docente do Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista. Botucatu, SP, Brasil.

Chizuru Minami Yokaichiya: Farmacêutica-bioquímica, Mestre em Saúde Coletiva, Especialista em Avaliação em Saúde.

Edith Lauridsen-Ribeiro: Médica. Mestre e Doutora em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Elen Rose Lodeiro Castanheira: Docente do Departamento de Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista, Botucatu, SP, Brasil.

Felipe Campos Vale: Farmacêutico, Mestre em Ciências.

Geovani Gurgel Aciole da Silva: Médico, Docente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Carlos.

Grace Noronha: Pesquisadora do CEPEDOC Cidades Saudáveis.

Guilherme Vinícius Catanante: Psicólogo, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Avaliador externo do PMAQ.

Hélio Souza Porto: Enfermeiro, mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Avaliador Externo do PMAQ.

Hillegonda Maria Dutilh Novaes: Docente pesquisadora, Professora Associada nível 3 da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Pesquisadora e membro do Conselho Gestor do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia do CNPq em Avaliação de Tecnologias da Saúde/ IATS desde Janeiro 2009.

Ione Ferreira Santos: Enfermeira, Docente da Faculdade de Medicina de Marília.

Isa Trajtergetz: Assessora-Técnica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Joselita Maria de Magalhães Caraciolo: Médica infectologista do Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids - SP. Responsável pela área de Monitoramento e Avaliação da Assistência do Programa Estadual de DST/Aids de São Paulo.

Juliana Mercuri: Geógrafa, Pesquisadora da Equipe Qualiaids.

Lara Motta: Programa de Mestrado Profissional Gestão em Sistemas de Saúde, Universidade Nove de Julho. Graduada em Odontologia (UMC), Doutorado em Saúde Coletiva (UNIFESP).

Laura Feuerwerker: Médica, professora associada da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Dep. de Práticas de Saúde Pública.

Lígia Maria Vieira da Silva: Médica, doutora em medicina preventiva pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; professora do programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Pesquisadora do CNPq.

Lislaine Fracoli: Enfermeira, doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, professora do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EEUSP. Pesquisadora do CNPq.

Luceime Olívia Nunes: Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista. Botucatu, SP, Brasil.

Lúcia Izumi: Enfermeira, Livre-Docente pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Lucila Brandão Hirooka: Cirurgiã-dentista, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Foi Supervisora de Campo no PMAQ.

Marcia Tuboni: Assessora-Técnica do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de São Paulo.

Margareth Aparecida Santini de Almeida: Graduada em Ciências Sociais, é Profa. Assistente doutora do Depto. de Saúde Pública da Faculdade de Medicina de Botucatu/ Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Ciências Sociais.

Maria Altenfelder Santos: Psicóloga, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP.

Maria Ines Battistella Nemes: Médica, Docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Mariana Arantes Nasser: Médica sanitarista. Diretora Técnica do Centro de Saúde Escola Prof. Samuel Barnsley

Pessoa, Faculdade de Medicina da USP. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP.

Maria do Carmo Guimarães Caccia Bava: Docente do Departamento de Medicina Social e membro do Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. (FMRP) – USP. Foi Diretora Técnica do Centro de Saúde.

Maria José Bistafa Pereira: Enfermeira, Docente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Campus Ribeirão Preto.

Max Felipe Vianna Gasparini: Assistente Social, Mestrando do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Nádia Placideli: Gerontóloga: Doutoranda da Faculdade de Medicina da UNESP de Botucatu.

Oziris Simões: Médico, Docente da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Oswaldo Yoshimi Tanaka: Médico, Professor titular do departamento de Prática em saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Patricia Rodrigues Sanine: Doutoranda, Faculdade de Medicina da UNESP Botucatu.

Rachel Baccarini: Médica Clínica Emergencista graduada pela Faculdade de Medicina da UFMG. Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz.

Regina Melchior: Enfermeira Sanitarista, Livre Docente em Saúde Pública, Professora Associada do Departamento de Saúde Coletiva da UEL.

Renata Bellenzani: Psicóloga Social, Doutora em Medicina Preventiva, Professora Adjunta do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Rogério Silva: Doutor em Saúde Pública pela FSP-USP e Diretor de Pesquisa na Move, Avaliação e Estratégia, estudou avaliação na *Western Michigan University (EUA)*. Há 20 anos no campo social, atua como consultor e pesquisador em planejamento estratégico e avaliação de programas e políticas sociais.

Ruth Terezinha Kehrig: Administradora Sanitarista, Doutora em Saúde Pública pela USP, Professora Adjunta do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso – UFMT.

Tatianna Meireles Dantas de Alencar: Cientista Social, Mestre em Medicina Preventiva, Analista Técnica de Políticas Sociais do Ministério da Saúde.

Tereza Nakagawa: Pesquisadora independente.

Thais Fernanda Tortorelli Zarili: Fisioterapeuta, Mestranda da Faculdade de Medicina da UNESP Botucatu.

Vânia Barbosa do Nascimento: Médica sanitaria, docente do departamento de saúde da coletividade e do curso de pós-graduação em ciências da saúde da Faculdade de Medicina do ABC, SP.

Wania Maria do Espírito Santo Carvalho: Assistente Social, docente e pesquisadora, diretora da Escola de Aperfeiçoamento do SUS/ Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - EAPSUS/FEPECS/SES/DF.

Wilza Carla Spiri: Docente do Departamento de Enfermagem; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista. Botucatu, SP, Brasil.



Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries

Clássicos da Saúde Coletiva

Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Arte Popular, Cultura e Poesia

Interloquções: Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Atenção Básica e Educação na Saúde

Saúde Coletiva e Cooperação Internacional

Vivências em Educação na Saúde

Cadernos da Saúde Coletiva

Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico

Saúde & Amazônia

Periódicos

Revista Saúde em Redes

Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia

editora



redeunida

NEPES

NÚCLEO DE ENSINO E PESQUISA EM
EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA FMABC
PROJETO CAPES PRÓ-ENSINO NA SAÚDE
Nº 2235/2010