Coletânea: Atualização em saúde coletiva

AVALIAÇÃO EM SAÚDE

ORGANIZAÇÃO

Paola Trindade Garcia
Rejane Christine de Sousa Queiroz
Silvia Cristina Viana Silva Lima
Deysianne Costa das Chagas
Cadidja Dayane Sousa do Carmo

EDUFMA

Coletânea: Atualização em saúde coletiva

AVALIAÇÃO EM SAÚDE

PAOLA TRINDADE GARCIA
REJANE CHRISTINE DE SOUSA QUEIROZ
SILVIA CRISTINA VIANA SILVA LIMA
DEYSIANNE COSTA DAS CHAGAS
CADIDJA DAYANE SOUSA DO CARMO
(Organizadores)

Coletânea: Atualização em saúde coletiva

AVALIAÇÃO EM SAÚDE

São Luís

EDUFMA

2021

Copyright © 2021 by EDUFMA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof. Dr. Natalino Salgado Filho
Reitor
Prof. Dr. Marcos Fábio Belo Matos
Vice-Reitor

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
Prof. Dr. Sanatiel de Jesus Pereira
Diretor

CONSELHO EDITORIAL
Prof. Dr. Luís Henrique Serra
Prof. Dr. Elídio Armando Exposto Guarçoni
Prof. Dr. André da Silva Freires
Prof. Dr. Jadir Machado Lessa
Profª. Dra. Diana Rocha da Silva
Profª. Dra. Gisélia Brito dos Santos
Prof. Dr. Marcus Túlio Borowiski Lavarda
Prof. Dr. Marcos Nicolau Santos da Silva
Prof. Dr. Márcio James Soares Guimarães
Profª. Dra. Rosane Cláudia Rodrigues
Prof. Dr. João Batista Garcia
Prof. Dr. Flávio Luiz de Castro Freitas
Bibliotecária Suênia Oliveira Mendes
Prof. Dr. José Ribamar Ferreira Junior

Revisão
Mizraim Nunes Mesquita

Revisão técnico-pedagógica
Paola Trindade Garcia

Projeto Gráfico
João Victor Marinho Figueiredo
Priscila Penha Coelho

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Avaliação em saúde [recurso eletrônico] / Organizadoras, Paola Trindade Garcia... [et al.]; autoras, Deysianne Costa das Chagas, Elisa Santos Magalhães Rodrigues. — São Luís: EDUFMA, 2021.

72 p. : il. (Coletânea: Atualização em saúde coletiva)
Modo de acesso: World Wide Web
<http://www.edufma.ufma.br/index.php/loja/

ISBN: 978-65-89823-55-1

Serviços de saúde - Avaliação. 2. SUS - Avaliação. I. Lima, Silvia Cristina Viana Silva. II. Garcia, Paola Trindade. III. Do Carmo, Cadidja Dayane Sousa. IV. Queiroz, Rejane Christine de Sousa. V. Chagas, Deysianne Costa das. VI. Rodrigues, Elisa Santos Magalhães. VII. Coletânea.

CDD 614
CDU 614

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Márcia Cristina da Cruz Pereira – CRB 13 / 418

Impresso no Brasil [2021]

Todos os diretos reservados. Nenhuma parte deste livro pode ser reproduzida, armazenada em um sistema de recuperação ou transmitida de qualquer forma ou por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia, microimagem, gravando ou outro, sem permissão do autor.

EDUFMA | Editora da UFMA
Av. dos Portugueses, 1966 – Vila Bacanga
CEP: 65080-805 | São Luís | MA | Brasil
Telefone: (98) 3272-8157
www.edufma.ufma.br edufma@ufma.br

INFORMAÇÕES SOBRE AUTORES/ ORGANIZADORES

DEYSIANNE COSTA DAS CHAGAS – AUTORA E ORGANIZADORA

Graduação em Nutrição. Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva (UFMA). Especialista em Docência em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Possui experiência na formação de profissionais de saúde como tutora do PET-Saúde/GraduaSUS e PET-Saúde/Interprofissionalidade. Possui experiência em Educação a Distância como tutora, orientadora de Trabalho de Conclusão de Curso e designer instrucional pela UNA-SUS/ UFMA. Docente do Curso de Nutrição da Universidade Federal do Maranhão. Professora Colaboradora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Renasf. Como pesquisadora, atua principalmente nos seguintes temas: Epidemiologia, Educação em Saúde e Educação a Distância.

ELISA SANTOS MAGALHÃES RODRIGUES – AUTORA

Possui graduação em Nutrição pela Universidade Federal do Maranhão (2008). Residência em Saúde Coletiva e Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará. Tem experiência em Nutrição Clínica com ênfase em Materno-Infantil e na área de Saúde Coletiva, com ênfase na população materno infantil. Tem experiência docente há mais de sete anos, atuou como coordenadora do curso de Nutrição, participou do Núcleo Docente estruturante e auxiliou na implantação de cursos de Nutrição em São Luís, MA.

SILVIA CRISTINA VIANA SILVA LIMA – ORGANIZADORA

Graduada em Enfermagem. Mestre e doutora em Políticas Públicas pela Universidade Federal do Maranhão. Docente do Departamento de Saúde Pública/UFMA, responsável pela disciplina Gestão e Gerência da Rede Básica do Curso de Enfermagem. Docente da disciplina Saúde Coletiva no Curso de Farmácia. Coordena o Curso de Especialização em Saúde Coletiva, com ênfase no trabalho interprofissional em saúde. Servidora pública da esfera estadual, do quadro estatutário no poder executivo na Secretaria de Estado da Saúde, lotada no Departamento de Atenção às IST/HIV/Aids/Hepatites Virais. Docente da Liga Acadêmica de Aids e IST. Conselheira de Saúde, membro do segmento gestor/prestador no Conselho Municipal de Saúde de São Luís-MA. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em interprofissionalização, atuando principalmente nos seguintes temas: Aids, Controle Social, Saúde Coletiva, Gestão, Gerência, Governança e Políticas Públicas.

PAOLA TRINDADE GARCIA – ORGANIZADORA

Graduação em Fisioterapia. Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva (UFMA). Residência Multiprofissional em Saúde (UFMA). Especialista em Processos Educacionais na Saúde (IEP-Sírio Libanês), Saúde da Família (CEST) e em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (UFMA). Possui experiência em Educação a Distância (EaD) e em Metodologias Ativas de Ensino (presencial e EaD). Docente da Universidade Federal do Maranhão do Departamento de Saúde Pública e coordenadora de Produção Pedagógica da UNA-SUS/UFMA. Professora Permanente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Renasf. Integrante do Grupo de Pesquisa SAITE – Tecnologia e Inovação em Educação na Saúde (CNPq/UFMA). Como pesquisadora, atua principalmente nos seguintes temas: Educação a Distância e Atenção Primária em Saúde.

CADIDJA DAYANE SOUSA DO CARMO – ORGANIZADORA

Graduação em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Mestrado e Doutorado em Odontologia (UFMA). Especialização em Saúde da Família: Planejamento e Gestão MBA em Gestão em Saúde (FAE) e em Odontopediatria (Faculdade São Leopoldo Mandic), Microbiologia Geral (Universidade CEUMA). Habilitação em Sedação Consciente com Óxido Nitroso pelo Instituto de Pós graduação Pós-Saúde (MA). Experiência na docência de ensino superior na modalidade de Educação a Distância (EaD), com atuação como tutora, supervisora de tutoria, orientadora de Trabalho de Conclusão de Curso em EaD pela Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS/ UFMA). Experiência no magistério superior presencial como docente das disciplinas de Fundamentos de Microbiologia, Imunologia e Parasitologia; Cariologia, Promoção de Saúde Bucal e Odontopediatria.

REJANE CHRISTINE DE SOUSA QUEIROZ – ORGANIZADORA

Graduação em Odontologia, pela Universidade Federal do Pará (1994-1999). Pós-doutorado em Saúde Global no Global Health Institute, Duke University, North Carolina, USA (2017-2018). Doutorado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil (2005-2009), linha de pesquisa em Avaliação de Serviços e tecnologia de Saúde. Mestrado em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz Rio de Janeiro, Brasil (2002-2004), linha de pesquisa em Epidemiologia. Especializações em: Gestão em Saúde, pela Universidade Federal do Maranhão (2003), e em Educação para Profissões da Saúde (FAIMER BRASIL), pela Universidade Federal do Ceará (2014-2015). Atualmente é Professora Adjunta do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão. Faz parte do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UFMA do qual foi vice-coordenadora (2018-19). Faz parte do Programa Profissional de Pós- Graduação em Saúde da Família (PPGSF) da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), atuando como coordenadora da UFMA. Foi professora da Universidade Federal do Pará, em Belém do Pará, e da Universidade CEUMA, em São Luís do Maranhão. Foi bolsista de produtividade da FAPEMA (2016-2018) e bolsista de Desenvolvimento Tecnológico e Industrial A (DTI-A) do CNPq (2018-2019). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase nas áreas de Epidemiologia, Avaliação de Serviços de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Atenção Materno Infantil, Vigilância em Saúde e Saúde Bucal.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 04

01 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE 06
Elisa Santos Magalhães Rodrigues

02 TIPOS DE AVALIAÇÃO 15
Elisa Santos Magalhães Rodrigues

03 ETAPAS DE AVALIAÇÃO 19
Elisa Santos Magalhães Rodrigues

04 INDICADORES DE SAÚDE E MATRIZ AVALIATIVA 24
Elisa Santos Magalhães Rodrigues e Deysiane Costa Chagas

05 AVALIAÇÃO DO SISTEMA DE ÚNICO DE SAÚDE 30
Elisa Santos Magalhães Rodrigues e Deysiane Costa Chagas

5.1 DigiSUS 33
5.2 Sistema de avaliação para qualificação do SUS 35

06 AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE 36
Deysiane Costa Chagas

07 PRÁTICA COLABORATIVA INTERPROFISSIONAL, TRABALHO EM EQUIPE E AVALIAÇÃO EM SAÚDE 42
Deysiane Costa Chagas

CONSIDERAÇÕES FINAIS 58

REFERÊNCIAS 60

APRESENTAÇÃO

A avaliação tem sido um assunto de interesse crescente por parte de governos e diferentes atores envolvidos na implementação de projetos e de ações. Em se tratando da organização e do funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), são exigidos cada vez mais o uso tecnologias e estratégias sanitárias para atender as necessidades de saúde das comunidades. Nesse sentido, as práticas avaliativas e de monitoramento se tornam indispensáveis para a melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde, a partir do apoio a uma gestão eficiente.

Você compreende como a avaliação pode contribuir para qualificar os serviços de saúde?

A compreensão dos fundamentos teóricos e metodológicos que constituem o campo da avaliação são imprescindíveis para a melhoria do desempenho de equipes, para a qualidade dos serviços por ela prestados e para o aumento da satisfação de seus membros, com o seu trabalho. Constitui, também, uma atividade de prestação de contas a agentes externos, como órgãos financiadores e a própria comunidade.

Aqui, vamos discutir os conceitos e práticas da avaliação nos serviços de saúde. Ao final da leitura deste livro, você deve estar apto a compreender como a avaliação dos serviços de saúde pode contribuir para a gestão qualificada e eficiente no SUS.

Boa leitura!

1 AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Elisa Santos Magalhães Rodrigues

A Avaliação é um campo de investigação que vem somando interesses e se institucionalizando ao longo dos últimos 30 anos. Quando aplicada aos Serviços de Saúde, apresenta variadas concepções e metodologias que, se bem desenvolvidas, se tornam oportunas para as etapas de planejamento e gestão desses mesmos serviços. Considerando tal este potencial no âmbito das políticas públicas em saúde, pode-se acelerar o alcance de metas de desenvolvimento humano e social, de modo a garantir melhor qualidade de vida à população.

Para entendimento de como as práticas avaliativas se colocam como uma ferramenta de aprimoramentos dentro e para os serviços de saúde, é importante compreender seus conceitos fundamentais. Que tal conhecê-los?

Você já parou para se questionar o que é avaliar? E qual a sua importância prática para o campo da saúde?

No campo teórico e científico encontram-se muitas definições e metodologias para caracterizar o ato de avaliar, os quais apresentam enfoques e objetivos diferentes. Apesar dessa diversidade de conceitos, autores e especialistas concordam que avaliar implica na emissão de um juízo de valor ou um julgamento sobre algo. Para esse recurso educacional, será considerado o conceito de avaliação proposto por Champagne *et. al.* (2011, p.00):

> Avaliação consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre uma intervenção ou qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os seus diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individualmente ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

Essa definição é mais abrangente e nos permite observar as avaliações como práticas que não estão restritas apenas a identificar o cumprimento de metas e objetivos de uma intervenção. Para além disso, admite-se que a avalição se constitui uma ação sobre a ação que se deseja julgar, à medida que é capaz de identificar e compreender os seus porquês, assim como orientar as mudanças necessárias a uma dada intervenção. Além disso, esta concepção nos possibilita perceber a

importância do envolvimento de diversos atores no processo avaliativo e, mais especificamente, na definição dos critérios que serão utilizados para estabelecer um julgamento (CHAMPAGNE *et al.*, 2011; OLIVEIRA; REIS, 2016).

De modo geral, ao realizar uma avaliação, analisa-se uma intervenção ou os seus resultados gerados a partir de um parâmetro considerado ideal, denominado de referência. Deve-se estar atentos para o fato que os critérios e normas que comporão o julgamento são definidos pelos grupos que o definem, sejam gestores profissionais ou usuários (FURTADO, 2001). Arretche (1998) nos ensina que toda avaliação está fundamentada em um conjunto de noções, valores e princípios. Assim, não existe possibilidade de que qualquer modalidade de avaliação ou análise de políticas públicas ou serviços possa ser apenas instrumental, técnica ou neutra.

Foto de Christina Morillo no Pexels

Para que se possa compreender esse processo, é necessário delimitar o que é uma intervenção. Segundo Champagne *et al.* (2011, p. 00) **intervenção é um sistema organizado de ações que objetivam corrigir uma situação problema e modificar e melhorar uma realidade, em um período específico.** Dessa forma, pode-se considerar como intervenções em saúde: pode-se citar um protocolo, teste, equipamento, tratamento, técnica, organização ou sistema de cuidado direcionado à saúde pública.

Os autores ressaltam que uma intervenção é constituída a partir de três dimensões interdependentes, são elas (CHAMPAGNE *et al.*, 2011):

Dimensão física

Relacionada a toda estrutura e recursos (financeiros, humanos, imobiliários, técnicos, informacionais) mobilizados para sua execução.

Dimensão organizacional

Que engloba o conjunto de leis, regulamentos, convenções e regras de administação que definem o uso dos recursos.

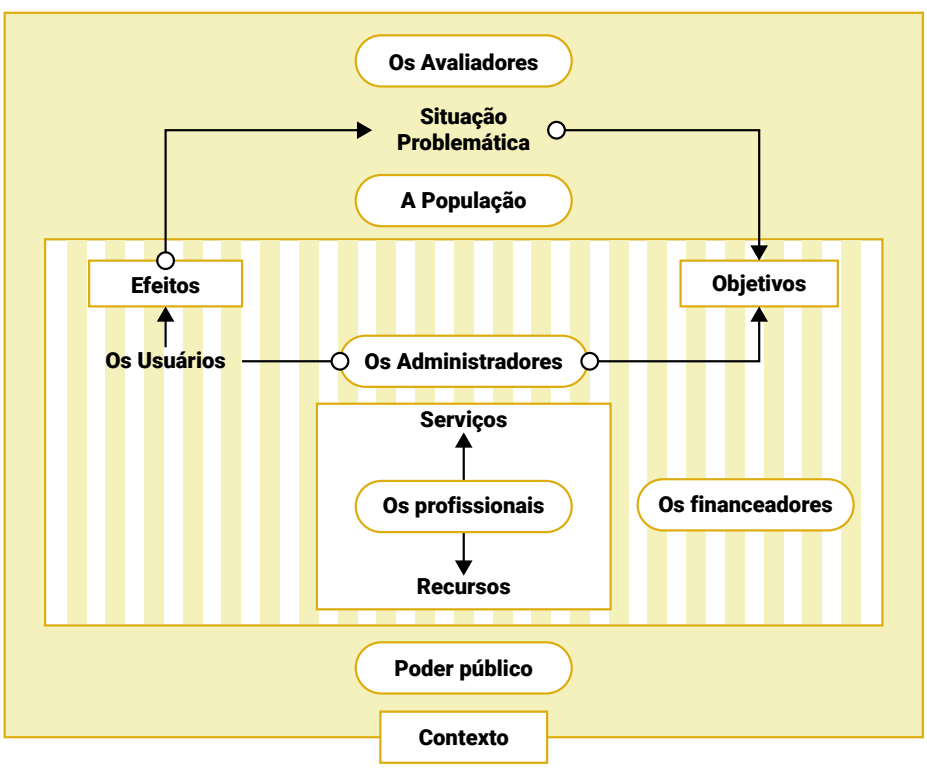
Dimensão simbólica

Correspondente ao conjunto de crenças, representações e valores que permitem aos diferentes atores envolvidos pela intervenção se comunicar entre si e dar sentidos as suas ações.

É importante pontuar que toda intervenção tem uma situação-problema a resolver, a partir da ação de atores com seus projetos, convicções e disposições diversas. Por isso, entende-se que toda intervenção em saúde tem uma finalidade, atores e um contexto específico, o que pode torná-la simples ou complexa.

Levando-se em consideração que uma intervenção é um objeto de avaliação, as abordagens e métodos avaliativos variarão de acordo com sua complexidade. Você pode observar a organização desses elementos em uma intervenção na Figura 1.

Figura 1: Componentes de uma intervenção.

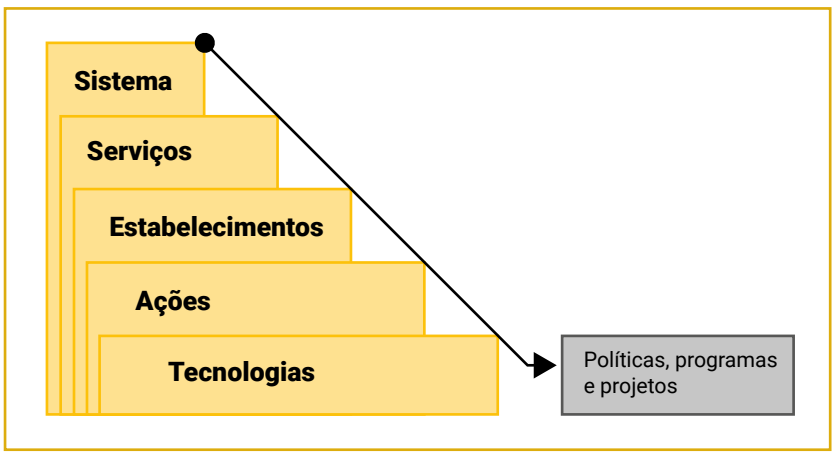


Fonte: Contandriopoulos *et al.* (2000).

Em relação aos serviços de saúde, você sabe como as práticas avaliativas podem contribuir com eles?

Segundo Paim (1993) e Silva (2010), a organização do campo saúde pode ser pensado em níveis, com instituições públicas e privadas que desenvolvem ações de promoção, prevenção e cura voltadas para a população. Como você pode ver na Figura 2, ele são definidos pelos sistemas de saúde os quais englobam estabelecimentos, serviços, ações e tecnologias, pensadas a partir das diretrizes de programas e políticas para seu funcionamento.

Figura 2: Níveis e objeto da avaliação.



Fonte: Silva (2010).

Deve-se sempre partir da premissa que qualquer intervenção em saúde é um fenômeno social. Portanto, dinâmica e contextualmente diversa, exigindo a produção de respostas, em contexto e em tempo oportuno, aos problemas que se deseja resolver (HARTZ *et al.*, 2017). Silva (2010) define os Serviços como ações de maior complexidade de organização, onde diversos agentes se articulam para desenvolver atividades (ações), coordenadas ou não, voltadas para um grupo etário ou problema de saúde. Nesse espaço, são utilizados vários tipos de tecnologias e, como exemplo, pode-se citar um serviço para o atendimento pediátrico ou por motivo ocupacional.

Os serviços de saúde devem ser compreendidos como locais de práticas e técnicas, desenvolvidas por pessoas (atores) em diversas posições: gestores, profissionais e usuários. Cada um deles é formado por experiências sociais, políticas e econômicas distintas que direcionam uma diversidade de concepções e prioridades de como esses serviços devem funcionar e ser organizados (COHEN; FRANCO,1993 apud DESLANDES, 1997). Partindo desse princípio, Deslandes (1997) coloca que cada serviço de saúde possui uma dinâmica própria e, por isso, são específicos, haja vista que, em muitas situações e contextos, tais atores podem divergir ou concordar entre si.

Somado a isso, a operacionalização de qualquer serviço de saúde está inserida no Sistema Único de Saúde (SUS), que apresenta uma organização sistêmica, robusta e complexa em sua estrutura e logística, de modo a garantir o direito à saúde da população, a partir dos princípios de universalidade, equidade e integralidade. Dessa forma, a elevada alocação de recursos, em razão da expressiva incorporação de novas tecnologias e modelos de intervenção na área da saúde coletiva, gera uma pressão por resultados efetivos (HARTZ *et al.*, 2016 CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Nesse cenário, os processos avaliativos e de monitoramento se tornam imprescindíveis para orientar os ajustes e a organização dos sistemas de saúde (HARTZ *et al.*, 2016), ao passo que possibilitam identificar problemas e reorientar ações e serviços (OLIVEIRA; REIS, 2016).

Você sabe qual a diferença entre avaliação e monitoramento?

O monitoramento e a avaliação podem ser definidos como faces, complementares entre si, de um mesmo processo (SILVA, 2010). Há um relativo consenso de que o monitoramento corresponde a um conjunto de análises longitudinais que produzem informações para revelar o curso ou desenvolvimento de algo no tempo.

Portanto, o monitoramento ocorre pelo acompanhamento frequente por meio de (BRASIL, 2015a):

Você pode pensar que enquanto o monitoramento acompanha, temporalmente, o desenvolvimento de determinadas atividades e formula hipóteses a respeito, a avaliação investiga tais hipóteses e aprofunda a compreensão sobre o fenômeno avaliado (SILVA, 2010; HARTZ, 1999). Portanto, o monitoramento pode produzir produzir informações para a realização de uma avaliação e, quando se resume ao registro contínuo de variáveis ao longo do tempo, superpõe-se à montagem de um sistema de informação (SILVA, 2010; HARTZ, 1999).

Por sua vez, **a avaliação tem como propósito reduzir as incertezas inerentes à tomada de decisão em saúde**. Os resultados gerados a partir de uma avaliação permitem gestores, profissionais e usuários qualificarem a eficiência, eficácia e efetividade de uma determinada intervenção em saúde, possibilitando intervir e melhorar o que foi definido previamente sobre os serviços prestados (MENDES,

2009), e seus impactos no estado de saúde da população (OLIVEIRA; REIS, 2016), além de permitir observar a participação e o grau de governabilidade dos diversos atores envolvidos em uma intervenção em saúde (BRASIL, 2010).

Pode-se considerar o processo avaliativo uma ferramenta indispensável para apoiar a atuação da gestão em saúde, em diversos níveis organizacionais e operacionais. De acordo com Miranda (2005), a prática da avaliação é fundamental para o cumprimento de Políticas Públicas voltadas para saúde, da qualificação, desenvolvimento logístico e tecnológico dos serviços de saúde no âmbito do SUS.

Outro aspecto que responde o porquê da importância da avaliação dos serviços se refere ao crescente interesse e reconhecimento das instituições acadêmicas e de saúde pela área, justificado por mudanças nos procedimentos legais e administrativos e pelo aumento na complexidade do perfil epidemiológico e demográfico no Brasil, exigindo novas formas de pensar políticas, programas e serviços de saúde, bem como cria a necessidade de controlar os gastos em saúde (FIGUEIRÓ, 2010).

Após entender a importância das práticas avaliativas, quais aspectos podem ser objetos de avaliação nos serviços de saúde?

Segundo Silva (2010), enquanto objeto, os serviços de saúde apresentam diversas possibilidades para os processos avaliativos. A autora denomina de características ou atributos, cada um dos aspectos passíveis de investigação ao se pensar a organização e composição dos serviços de saúde.

A Tabela 1 elenca as dimensões dos serviços de saúde a serem avaliadas, estabelecendo um paralelo com os tipos de abordagens possíveis em cada uma delas.

Quadro 1: Dimensões e tipos de abordagens possíveis para avaliação dos serviços de saúde.

DIMENSÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE A SER AVALIADA	TIPOS DE ABORDAGEM POSSÍVEIS
Disponibilidade e distribuição social dos recursos	• Cobertura. • Acessibilidade. • Equidade.
Efeito das ações	• Eficácia. • Efetividade. • Impacto.

Custos e produtividade das ações	• Eficiência.
Adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente	• Qualidade técnico-científica.
Adequação das ações aos objetivos e problemas de saúde	• Direcionalidade e consistência (análise estratégica).
Implantação das ações	• Avaliação do grau de implantação e/ou avaliação de processo. • Análise de implantação: estudos que investigam as relações entre o grau de implantação, o contexto e os efeitos das ações.
Características relacionais entre os agentes das ações	• Usuário x Profissional: percepção dos usuários sobre as práticas, satisfação dos usuários, aceitabilidade, acolhimento, respeito a privacidade e outros direitos cidadãos). • Profissional x Profissional: relações de trabalho e no trabalho. • Gestor x Profissional: relações sindicais e de gestão.

Fonte: Silva (2010)

No contexto das abordagens destacadas por Silva (2010), dar-se-á atenção àquelas relacionadas a eficiência, eficácia, efetividade e impacto mais comumente discutidas na literatura.

A avaliação da eficiência focaliza a investigação de custos em função do julgamento dos resultados. De modo geral, verifica-se que os mesmos resultados poderiam ser alcançados com menor custo e maior eficiência, possibilitando observar o desempenho dos serviços frente aos recursos financeiros utilizados e sua capacidade em atender às demandas sociais (WESTPHAL, MENDES; 2009).

A avaliação da eficácia analisa o processo da intervenção de interesse, por meio da adequação e coerência dos meios e instrumentos utilizados, assim como os resultados efetivos a curto, médio e longo prazo, em função de metas estabelecidas inicialmente. Esse tipo de informação se mostra importante, à medida que monitora e informa se os meios empregados estão adequados à consecução dos objetivos ou se a estratégia precisa ser revista (WESTPHAL; MENDES, 2009).

A avaliação da efetividade observa o alcance das metas e objetivos, priorizando a análise de implementação de uma intervenção e seus impactos por resultados em termos de mudança material nas condições de vida da população alvo (WESTPHAL, MENDES; 2009).

Já o conceito de impacto tem sido explorado no mesmo sentido de efetividade,

ou seja, averiguando o efeito de intervenções sobre a realidade, bem como para designar o efeito de uma intervenção em relação a grandes grupos populacionais ou amplos intervalos de tempo (SILVA, 2010).

Por exemplo, uma vacina que obtém elevada eficácia em ensaios experimentais pode ter baixa efetividade ao ser administrada em usuários de um Centro de Saúde devido a problemas da rede de frio. Por outro lado, o controle de viroses para as quais exista uma vacina eficaz, faz-se necessário que os serviços atinjam elevadas coberturas vacinais em todo o paísde modo efetivo e, consequentemente, possibilitar análise do impacto da medida.

A partir das variadas possibilidades de avaliação nos serviços de saúde, necessita-se de um amplo espectro de técnicas e metodologias para alcançar objetivos específicos. Pode-se tipificar a avaliação de acordo com seu objetivo e recursos para sua realização, elementos que serão abordados na próxima seção.

PARA SABER MAIS

Para saber mais sobre as outras abordagens, recomenda-se a leitura do capítulo “Conceitos, abordagens e estratégias para a Avaliação em saúde” do livro “Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde” de Hartz e Silva (2005).

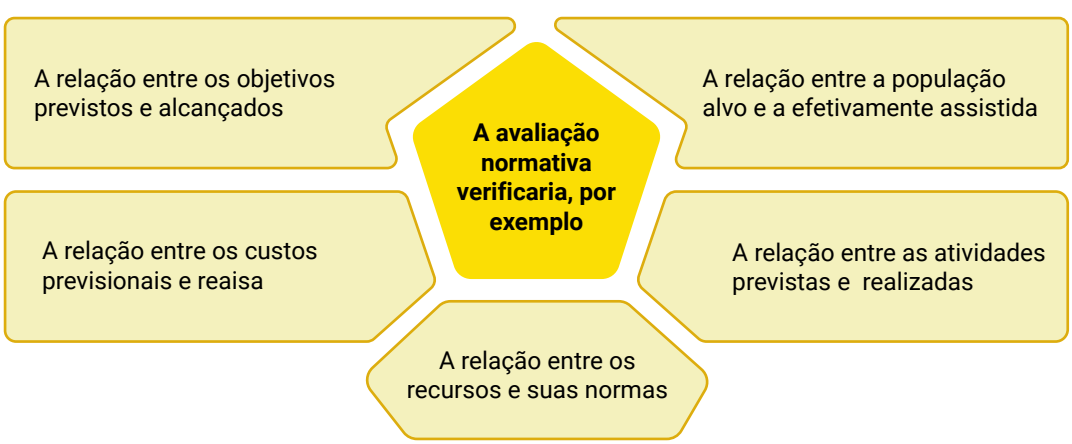
2 TIPOS DE AVALIAÇÃO

Elisa Santos Magalhães Rodrigues

Uma intervenção, qualquer que seja, pode sofrer dois tipos de avaliação: normativa ou pesquisa avaliativa. O que definirá a abordagem a ser utilizada é a sua natureza e a pergunta avaliativa que se deseja responder (HARTZ et al., 2016). Por um lado, pode-se estudar cada um dos componentes da intervenção em relação a normas e critérios, trata-se de uma avaliação normativa. Por outro, o exame por meio de um procedimento científico, as relações que existem entre os diversos componentes de uma intervenção, corresponde a uma pesquisa avaliativa (CONTANDRIOPOULOS *et al*., 2000).

A avaliação normativa é conduzida por uma comparação dos componentes de uma intervenção ao atendimento de critérios e normas, a partir da avaliação da sua estrutura (recursos empregados e sua organização), processo (serviços e bens produzidos) e os resultados obtidos. Nesse processo, mede-se o grau de conformidade da intervenção em relação a um ou mais referenciais técnicos (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

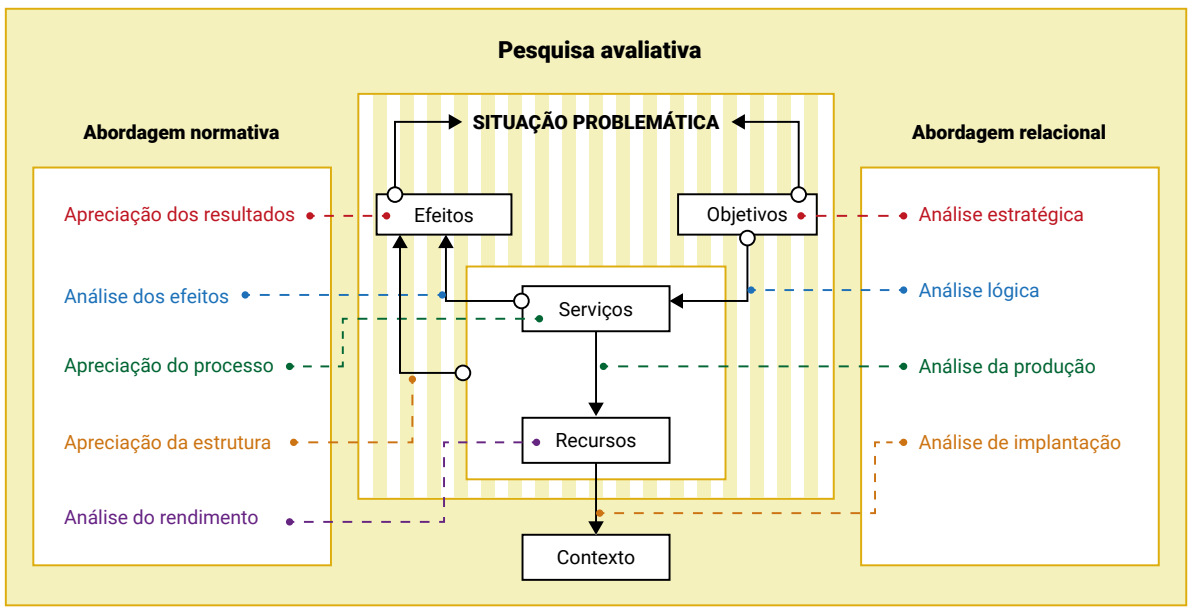
São exemplos de verificação da avaliação normativa:



De acordo com Champagne (2012, p. 00), o que se pretende com a pesquisa avaliativa é "[...] analisar a pertinência [...] os efeitos e as eficiências de uma intervenção [...]" e correlacionar os efeitos da intervenção no contexto do desenrolar dos fatos. A pesquisa avaliativa busca responder uma lacuna do conhecimento da literatura científica, por meio de metodologias e recortes teóricos específicos.

A Figura 3 apresenta um esquema dos tipos de avaliação de acordo com os componentes da intervenção.

Figura 3: Tipos de avaliação de acordo com os componentes da intervenção.



Fonte: Hartz *et al.* (2016).

Samico (2010) afirma que a pesquisa avaliativa avança em seis tipos de análises: estratégica, lógica, produtividade, rendimento, análise dos efeitos, e da implantação. Em adição, Hartz (2016) aponta que a pesquisa avaliativa tenta responder a uma pergunta específica, a depender da análise que se propõe operar. O Quadro 1 apresenta os tipos de análise da pesquisa avaliativa e suas questões norteadoras:

Quadro 1: Tipos de análises da pesquisa avaliativa.

TIPOS DE ANÁLISE DA PESQUISA AVALIATIVA	QUESTÃO NORTEADORA
Estratégica	A prioridade em relação aos problemas da população se justifica, e é pertinente que esse operador a assuma?
Lógica	A intervenção que se propõe pode alcançar os objetivos de forma satisfatória em relação aos modelos de estudos similares na literatura?
Produtividade	Os recursos são colocados de maneira que otimizem os serviços produzidos?

Rendimento	A que custo são obtidos os efeitos da intervenção?
Efeito	Quais efeitos podem ser atribuídos à intervenção (em laboratório, em situação experimental controlada, em situação clínica, ou junto a uma população vivendo no seu meio habitual)?
Implantação	Como e por que os efeitos variam entre os meios nos quais a intervenção é introduzida?

Fonte: Hartz *et al.*, 2016.

Apesar dos autores proporem essa divisão em função do objetivo e da metodologia de avaliação, é importante ressaltar que em muitas circunstâncias, na avaliação dos serviços de saúde, será necessário o uso das duas abordagens, tanto a normativa quanto a pesquisa avaliativa. Sobre isso, Chen (1990) evidencia que o processo avaliativo envolve tanto a dimensão causal quanto a normativa, para dar conta das investigações sobre as diversas realidades.

Outra classificação se refere aos tipos de avaliação somativa e formativa. A primeira é aquela conduzida após o término de uma intervenção e tem por objetivos prestar contas a uma audiência externa (órgão financiador) ou gestor. Esse tipo de avaliação se distingue da formativa, pois esta é frequentemente conduzida durante a implementação de uma intervenção e tem por objetivo apoiar o seu desenvolvimento (SCRIVEN, 1991).

A seleção das características ou atributos das práticas, serviços, programas, estabelecimentos ou do sistema de saúde a serem avaliadas contribui para o aprofundamento no processo de definição do foco da avaliação (HARTZ, 2016). Para que as informações geradas pelos processos avaliativos sejam confiáveis, válidas e potentes para a produção de análises e julgamentos, deve-se partir de critérios definidos e explícitos. Assim, pensa-se o processo avaliativo a partir da elaboração de algumas etapas, desenvolvidas no próximo capítulo.

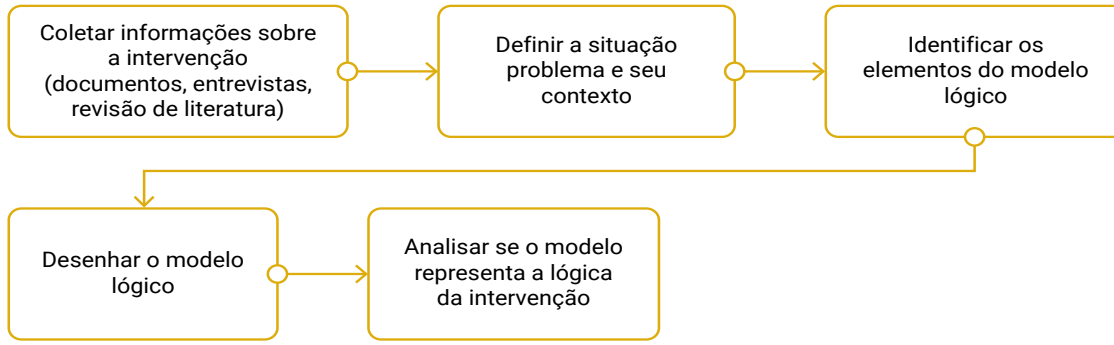
3 ETAPAS DE AVALIAÇÃO

Elisa Santos Magalhães Rodrigues

Para fins didáticos, este tópico se propõe a sistematizar um roteiro de como se pode elaborar um processo avaliativo. Em momentos anteriores, viu-se que a avaliação deseja responder uma pergunta, denominada pergunta avaliativa, que pode estar relacionada ao atendimento de uma norma ou referencial (avaliação normativa) ou a produção de conhecimento científico (pesquisa avaliativa).

Segundo Hartz *et al.* (2016), pode-se definir algumas etapas para nortear a avaliação de uma intervenção em saúde desde a sua necessidade passando pelo desenvolvimento, conclusão, até o compartilhamento dos resultados, conforme ilustrado na Figura 4:

Figura 4: Etapas da avaliação.



Fonte: Adaptado de Hartz *et al.* (2016).

Em princípio, a identificação dos interessados na avaliação permite a precisão para quem se está avaliando e sob que perspectiva o processo avaliativo será realizado. É importante compreender que a avaliação traz consigo a carga de múltiplos interesses dos diversos atores envolvidos. Ao refletir sobre os serviços de saúde, o processo avaliativo implica na comunhão ou divergência de interesses de gestores, usuários e profissionais de saúde, além do interesse do pesquisador.

Sobre o tema, Hartz *et al.* (2016) exemplificam diferentes interesses na avaliação:

Os gestores	Os usuários
Podem objetivar e legitimar uma decisão já tomada, ampliar o poder e o controle sobre a intervenção ou apenas satisfazer as exigências dos organismos de financiamento.	Podem buscar benefícios com serviços diferentes dos disponíveis habitualmente, bem como reduzir sua dependência perante profissionais.

Os pesquisados
Podem ampliar seus conhecimentos, prestígio e promover uma ideia que lhes é cara.

Para Hartz *et al.* (2016), essas considerações devem ser analisadas para se pactuar os tipos de abordagens avaliativas mais adequadas. Outra etapa da avaliação é a Modelização, que consiste na construção de um modelo teórico e lógico da intervenção.

Você sabe como realizar a Modelização de uma Intervenção? Que tal discutirmos um pouco de como ocorre essa etapa do processo de avaliação?

Uma boa avaliação começa por reconhecer a intervenção de interesse, ou seja, toda a sua estrutura, no plano das ideias. Modelizar uma intervenção significa decompor seus componentes, fluxos, relações causais, pressupostos e expectativas, e como esses elementos se relacionam dentro de um período e contexto estabelecido (realidade). Esse processo se fundamenta nas concepções de **Modelo Teórico e Modelo Lógico**.

Segundo Contandriopoulos *et. al.* (2000), os modelos teóricos consistem em uma solução teórica para a questão de determinada pesquisa. O modelo teórico mostra que argumentações teóricas dão suporte à hipótese apresentada e que outras alternativas serão afastadas (MAYNE, 2000). Por sua vez, o modelo lógico é entendido enquanto um esquema visual que apresenta como uma intervenção deve ser implementada e quais resultados são esperados (ROWAN, 2000).

Ressalta-se que a elaboração de um modelo teórico/lógico deve ser convincente, apresentando plausibilidade das associações estabelecidas. Isto significa, necessariamente, que sua construção, orientadas pela teoria, podem contribuir significativamente para a redução das incertezas sobre os impactos ou estimativas atribuíveis à intervenção de interesse.

Tal definição no plano da avaliação dos serviços de saúde, a construção de um Modelo Teórico e Lógico, possibilita enxergar o serviço que se deseja avaliar e

fazer importantes escolhas técnicas e políticas para desenvolver uma avaliação, de maneira fundamentada. De forma prática, coloca-se esse processo como o desenvolvimento de **uma representação visual, desenhada para expor e explicar o funcionamento da intervenção e fornecer a base da relação causal entre seus elementos** (MEDINA *et al.*, 2005).

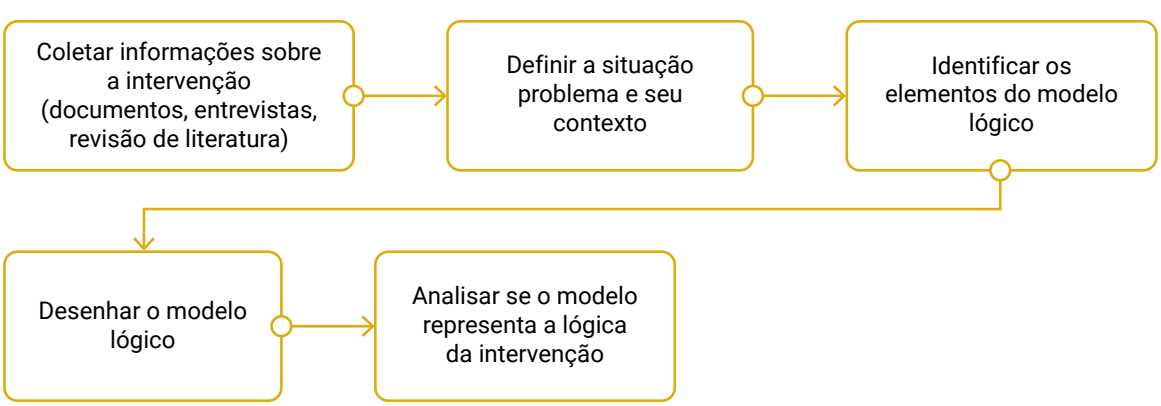
Para isso, é importante compreender a intervenção, por mais simples que pareça, como um sistema de interações. A Figura 1, apresentada apresentada no Capítulo 1, ilustra alguns elementos que compõem uma intervenção e, no processo de modelização, será demonstrado como esses elementos se conectam e quais possíveis determinantes atuam sobre o contexto que a intervenção deseja agir. Além disso, este capítulo irá abordar quais resultados são esperados e, a partir de ferramentas como estatística e epidemiologia, pode-se construir indicadores, prever resultados e, ainda, impactos sobre a realidade a ser modificada.

Ao construir um modelo teórico sobre uma intervenção em saúde, a avaliação poderá se construir na compreensão de em que medida tal modelo se sustenta na realidade, o que ele produz e não produz, alcança e não alcança. Em outras palavras, **uma avaliação irá identificar lacunas entre o que foi projetado e realizado, desejado e alcançado, e aquilo que era necessário e foi possível ser concretizado.**

Para tanto, a etapa da modelização deve expor os vínculos entre os efeitos esperados de uma intervenção e sua relação com os recursos e atividades empregados, orientando o processo de avaliação e monitoramento em qualquer fase da intervenção, desde o planejamento até a conquista dos resultados, passando pelo processo de implementação. Portanto, a modelização é uma etapa essencial para que sejam feitas as perguntas certas, bem como os efeitos sejam atribuídos a mecanismos específicos.

No decorrer do processo, alguns estágios devem ser vencidos, de acordo com a Figura 5:

Figura 5: Estágios do processo de modelização.



Fonte: Adaptado de Medina, Silva, Aquino, Hartz (2010).

Após a elaboração do modelo lógico da intervenção, pode-se ter elementos para realizar uma ou mais perguntas avaliativas. Segundo Tanaka e Melo (2008), para que o resultado da avaliação seja efetivo, a pergunta avaliativa deve gerar respostas de interesse aos envolvidos no processo, sejam usuários, gestores ou profissionais.

Tendo em vista a complexidade da atenção ao processo saúde-doença e a multiplicidade de fatores e atores envolvidos nas intervenções em saúde, é necessário partir 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 (AKERMAN; FURTADO, 2016).

O conhecimento 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 adequados para aferir o objeto de análise (CRESWELL, 2007; TANAKA; MELO, 2004; PATTON, 2002; HABICHT et al., 1999).

PARA SABER MAIS

Para aprofundar o estudo sobre Modelos Teóricos e Lógicos sugerimos a leitura do capítulo "Uso de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: aspectos conceituais e operacionais" do livro "Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde" de Hartz e Silva (2005).

Para entendimento do processo de modelização na prática, sugere-se a leitura do artigo "Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): modelização da política no âmbito nacional" (LEMOS; PRADO; MEDINA, 2018), o qual realizou a identificação dos elementos constituintes do arcabouço teórico do PMAQ-AB para, assim, sistematizar o modelo lógico deste programa.

4 INDICADORES DE SAÚDE E MATRIZ AVALIATIVA

Elisa Santos Magalhães Rodrigues e Deysiane Costa Chagas

Certamente o termo Indicadores de Saúde não é estranho para você. Mas você entende sua definição e como devemos propor indicadores em processos avaliativos?

Indicadores são informações que demonstram o estado de determinada situação. Na saúde, devem oferecer subsídios sobre suas características e dimensões de saúde, assim como o desempenho dos sistemas e refletir as condições de uma determinada população (BERNARDO; WALDRICH, ?).

Muitas vezesse coloca os indicadores como conceitos quantitativos, definidos como um valor absoluto ou por meio de proporções, índices, e outras formas de cálculos mais ampliadas (MEDINA, 2010), tais como a mortalidade proporcional, o número de casos de HIV positivo e a taxa de homicídios.

Contudo, pode-se trabalhar com indicadores qualitativos que ajudam a compreender o universo simbólico e as interações que ocorrem dentro de uma intervenção. Considerando que cada intervenção ocorre em um contexto particular, os indicadores qualitativos tendem a fazer mais sentido quando construídos para situações específicas (JOPPERT; SILVA, 2012).

Neste sentido, considera-se um indicador como uma ferramenta essencial para verificar o progresso em direção a uma determinada meta, assim como seu uso permite visualizar tendências de fenômeno não imediatamente detectável por meio dos dados isolados. Dessa forma, seu uso nas práticas avaliativas sobre as condições de saúde da população auxilia no planejamento das ações e intervenções necessárias. Veja a seguir um exemplo de como a utilização dos indicadores de saúde podem auxiliar as práticas avaliativas:

A Taxa de Mortalidade Infantil avalia o número de óbitos de menores de um ano de idade por mil nascidos vivos, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado (BRASIL, 2008). Ao ser tomada como um indicador da condição de saúde de uma população de um Município, se o resultado é alto (como 50 óbitos por mil nascidos vivos) supõe-se que há graves problemas no sistema de saúde, pois não é comum ou esperado, com as condições do século XXI que, a cada mil nascimentos, 50 crianças venham a óbito até o primeiro ano de vida, de acordo com parâmetros médios observados em diferentes países.

Entretanto, não serão todos os indicadores que poderão auxiliar as práticas avaliativas. No processo de avaliação dos serviços de saúde, é importante definir quais indicadores serão os mais adequados. Vamos conhecer como ocorre essa definição?

A definição dos indicadores que serão utilizados no processo avaliativo se insere no que alguns autores denominam de construção da matriz de avaliação, que consiste na identificação de critérios que servirão para monitorar e/ou julgar componentes da intervenção, a fim de conduzir a uma conclusão no processo avaliativo. Pretende-se identificar com clareza quais variáveis fornecerão informações para se obter uma resposta à pergunta avaliativa, bem como potencialize a utilização da avaliação no processo de tomada de decisão (AKERMAN; FURTADO, 2016).

Para definir um indicador é preciso ir fundo em algo que está na base de todo bom processo de monitoramento e avaliação: formular boas perguntas e focar no necessário para respondê-las. Quando há perguntas que se quer responder, passa-se, imediatamente, a buscar meios de respondê-las, direcionando para a utilização de indicadores (JOPPERT, SILVA; 2012).

Nos processos de monitoramento, os indicadores em geral estão mais relacionados às metas que foram compromissadas ou a alguns aspectos da programação do projeto, programa ou política que se quer investigar. Enquanto nos processos de avaliação, eles emergem das perguntas de avaliação construídas e pactuadas pelos atores interessados. Nesse sentido, os indicadores são tão passíveis de pactuação quanto as próprias perguntas, pois serão complementos fundamentais às perguntas de avaliação (JOPPERT, SILVA; 2012). O Quadro 5 demonstra alguns exemplos de indicadores de monitoramento, em função da pergunta avaliativa:

Figura 5: Estágios a serem percorridos ao longo do processo de modelização.

Perguntas de Monitoramento	Indicadores de Monitoramento
Em que medida as metas financeiras são cumpridas conforme o cronograma estabelecido no início do Programa?	1. Porcentual do investimento realizado em relação ao previsto; 2. Cumprimento dos prazos de envio dos realatórios de prestação de contas; 3. Cumprimento dos prazos de desembolso por parte da fonte pagadora.
As educadoras têm frequentado as atividades de supervisão oferecidas nos centros de educação infantil?	1. Frequência das professoras nos encontros de supervisão; 2. Qualidade da relação estabelecida entre as supervisoras e as educadoras.
Qual a qualidade da presença da comunidade nas reuniões mensais das associações rurais?	1.Número de participantes por reunião; 2. Presença das principais lideranças das regiões foco; 3. Capacidade da comunidade de influenciar a agenda das reuniões; 4. Influência da comunidade nas decisões tomadas nas reuniões.
Em que medida os centros de saúde têm sido reformados com qualidade e em conformidade com o cronograma pactuado no Programa?	1. Número de centros de saúde com obras em andamento; 2. Cumprimento do cronograma específico para cada centro social em reforma; 3. Qualidade das obras sendo realizadas nos centros sociais.

Fonte: Joppert e Silva (2012).

O Quadro 5 demonstra quão importantes podem ser as práticas de monitoramento para dar transparência aos processos e corrigir eventuais falhas capazes de comprometer tudo aquilo que está compromissado. Não haverá gestão por resultado que não se ancore em um forte processo de monitoramento (JOPPET; SILVA, 2012).

No contexto da avaliação de programas e serviços de saúde, os indicadores representam medidas do impacto dos serviços as populações, por isso, precisam considerar a mensuração da adequação, da infraestrutura dos serviços e da efetividade dos processos (HARTZ *et al.*, 2010). Para eleição de critérios/indicadores de avaliação devem ser adotados critérios bem definidos. Tradicionalmente, os seguintes critérios de seleção têm sido recomendados:

Simplicidade
Para que haja facilidade de cálculo.

Validade
Em função da característica que se desejar medir.

Disponibilidade
Utilização de dados disponíveis.

Cobertura
Referir-se, se necessário, a cada país/território e não somente determinada área/grupo.

Robustez
Pouco sensível às deficiências dos dados necessários a suas construção.

Sinteticidade
Refletir o efeito do maior número possível de fatores.

Discriminatoriedade
Alto poder discriminatório espaço e tempo.

IMPORTANTE

Geralmente os indicadores em saúde se originam dos registros realizados dentro dos serviços e por meio dos sistemas de informações. Desta forma, a qualidade dos indicadores dependerá da consistência do banco de dados disponível. Se monitorados de forma regular, são valiosas ferramentas para a avaliação de qualidade das ações e serviços de saúde, possibilitando o estabelecimento de áreas prioritárias de intervenção.

Vale ressaltar que o uso isolado de indicadores não é suficiente para concluir sobre o desempenho dos serviços de saúde. Há um consenso acerca da necessidade de definir um conjunto de indicadores para conduzir uma determinada avaliação. Considerando o processo saúde-doença e as práticas dos serviços de saúde como fenômenos sociais, a compreensão destes fenômenos perpassam pela identificação das vulnerabilidades populacionais (SILVA, 2010).

Assim, faz-se necessário que as equipes de saúde trabalhem com indicadores que possam refletir características sociais relacionadas às desigualdades e iniquidades, de determinantes da saúde, de ações intersetoriais, culturais, ambientais e de participação social, entre outros que sirvam ao trabalho local e à aferição e mudança permanente das práticas (SCHNEIDER apud CRUZ, 2011),

juntamente com indicadores tradicionais a fim de que o processo possa apresentar corretamente a efetividade dos trabalhos executados.

Em geral a avaliação no SUS é baseada em indicadores pré-estabelecidos e genéricos, calculados para apresentar como resultados números absolutos, o que pode limitar o diagnóstico e a avaliação dos resultados. Contudo, ao proceder uma avaliação, em muitas ocasiões em função da especificidade do objeto avaliado, faz-se necessário que a gestão procure desenvolver indicadores específicos, capazes de traduzir aos interessados as informações necessárias de forma clara, precisa e coesa (ALBUQUERQUE, MARTINS; 2017).

De todo modo, a escolha dos indicadores que comporão uma matriz de avaliação deverá gerar resultados que respondam a investigação avaliativa de interesse, que sejam possíveis de serem mensurados e representem, de forma sistemática, a realidade observada (SILVA, 2010).

REFLETINDO

No seu processo de trabalho, você conhece os indicadores que são utilizados para monitorar os resultados da sua prática?
Como vimos, os indicadores nos permitem o monitoramento e podem ser utilizados em processos avaliativos para determinar a qualidade de uma determinada situação, bem como observar se metas e objetivos estão sendo cumpridos. Assim, no âmbito do seu processo de trabalho deve haver indicadores pactuados para qualificar o desempenho da sua equipe ou setor de atuação, dentro dos serviços de saúde.

5 AVALIAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Elisa Santos Magalhães Rodrigues e Deysiane Costa Chagas

As práticas avaliativas, no contexto do SUS, acompanham a própria evolução histórica dos modelos de organização dos serviços. Em um modelo hierarquizado, hospitalocêntrico, a partir de uma concepção do processo saúde-doença fragmentada e focado na doença e na cura, observa-se, também, modelos avaliativos normativos, excessivamente objetivados e enquadrados na lógica quantitativa de estrutura, processo e resultados (FURTADO, 2001).

À medida que tem havido uma reorganização dos serviços ao longo dos anos, tentando avançar em uma concepção de saúde mais ampliada, retirando o foco da doença para a promoção da saúde, de modo a compartilhar o cuidado com o território, seus grupos e dinâmicas, por meio da Atenção Primária, realizou-se novas abordagens para dar conta da complexidade dos serviços de saúde, no contexto do SUS (FURTADO, 2001).

Foto de Free-Photos no Pixabay.

Apontou-se anteriormente que um dos objetivos da avaliação, no contexto dos serviços de saúde, é **oferecer elementos para apoiar a gestão e qualificar os atores envolvidos na dinâmica destes serviços.** Ao tratar de qualificação, refere-se à melhoria constante da atuação de gestores profissionais e usuários, a partir de uma ação-reflexão. Como resultado, percebe-se a melhora na prestação destes serviços, de acordo com as necessidades das comunidades, a fim de atingir objetivos de saúde mais amplo, como a universalidade, a integralidade e a equidade em saúde.

Em relação a atuação do gestor do SUS, o exercício das suas funções, nas três esferas de governo, é desenvolvido por meio da formulação de políticas, pelo planejamento, financiamento, coordenação, regulação, controle e avaliação do sistema/redes e dos prestadores públicos ou privados, além da prestação direta de serviços de saúde (SOUZA, 2002).

Neste ínterim, destaca-se **o planejamento e a avaliação como atribuições importantes que convergem para as outras funções da gestão.** Ainda que Planejamento e Avaliação sejam considerados etapas distintas de um mesmo

processo e, em uma visão funcionalista, componham sequências desejáveis do ciclo de políticas públicas, ambas guardam significativas diferenças entre si (FURTADO *et al.*, 2018).

Ao longo dessa leitura, muito se falou sobre os fundamentos teóricos da avaliação. Em adição, é importante dissertar brevemente sobre o planejamento e como essa atividade se organiza no âmbito do SUS.

O planejamento pode ser definido como o **processo pelo qual determinamos os caminhos para alcançar a situação que se deseja**. Significa, portanto, definir de antemão o que fazer para mudar as condições atuais para que se chegue à condição definida como desejável. A definição acerca de onde chegar e dos objetivos a serem alcançados não são únicas nem universais, e variam de acordo com quem planeja. Propósitos e objetivos diferenciados levam a modalidades distintas de planejamento, o qual, por exemplo, é o caso no setor governamental dos níveis federal, estadual e municipal, com suas distintas competências (CHORNY; KUSCHNIR; TAVEIRA, 2008).

Em linhas gerais, o processo de planejamento consiste em:

- Identificar problemas (atuais e futuros)
- Identificar os fatores que contribuem para a situação observada
- Identificar e definir prioridades de intervenção para implementar soluções
- Definir estratégias/cursos de ação que podem ser seguidos para solucionar os problemas
- Definir os responsáveis pelo desenvolvimento das ações
- Definir os procedimentos de **avaliação** que permitirão o monitoramento da implementação da ação de modo a avaliar se o que se propôs está adequado aos objetivos e se os resultados são os esperados

Observa-se que a avaliação, em última instância, serve para alimentar os processos de planejamento e de decisão nas instituições. Retroalimentam com informações que permitam os ajustes táticos necessários ao alcance dos objetivos pretendidos e/ou mudanças de caráter mais estratégico, de maior profundidade, nos projetos ou processos avaliados como, por exemplo, a expansão do projeto, mudanças dos objetivos inicialmente desenhados ou mesmo sua total interrupção (FARIAS; CAMPOS; SANTOS, 2018).

O SUS possui um ciclo de planejamento bem definido, a partir de instrumentos sólidos de gestão como o Plano de Saúde (PS), Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). O Quadro 2 apresenta uma breve descrição de cada um desses instrumentos:

Quadro 2. Instrumentos de gestão e suas funções no SUS.

INSTRUMENTO	FUNÇÃO
Plano de Saúde (PS)	Instrumento de referência de cada esfera que norteia a definição da programação anual das ações e serviços de saúde e das ações de gestão, expresso em diretrizes e metas. Constitui a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde.
Programação Anual de Saúde (PAS)	Instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde. Deve conter: a definição das ações que, no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; o estabelecimento das metas anuais relativas a cada uma das ações definidas; a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da Programação e a definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da Programação.
Relatório Anual de Gestão (RAG)	Instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde e orienta eventuais redirecionamentos necessários.

Fonte: Brasil (2016a).

Entende-se que para uma gestão efetiva, o planejamento, a avaliação e monitoramento devem ser implantados em todas as unidades federadas, estabelecendo a responsabilização dos estados e municípios e do gestor federal no âmbito do SUS, com vistas ao fortalecimento da capacidade de gestão pública da saúde (BRASIL, 2016a; SOUZA, 2002).

Se por um lado o planejamento encontra uma organização sólida no âmbito do SUS, a avaliação, enquanto prática, ainda passa por um processo de internalização na gestão e serviços de saúde, a partir de uma tentativa de institucionalização. Institucionalizar a avaliação significa incorporá-la ao sistema e inseri-la na cultura cotidiana de forma transversal a qualquer processo de planejamento e gestão. Isso possibilitaria monitorar a capacidade dos serviços em responder às necessidades em saúde, acompanhar os efeitos das intervenções, identificar e corrigir problemas. Enfim, retroalimentar equipes de saúde, gestores, políticos e comunidades (CARVALHO *et al.*, 2012; FELISBERTO, 2006).

Em resposta a isso, pode-se destacar dois mecanismos importantes de institucionalização das práticas avaliativas no âmbito dos sistemas de saúde: o DigiSUS e o Sistema de Avaliação para Qualificação do SUS. Nas subseções seguintes serão colocados os principais aspectos relacionados a essas ferramentas de avaliação, monitoramento e, consequentemente, de planejamento no SUS.

5.1 DigiSUS

Trata-se de uma ferramenta que dá apoio ao planejamento e avaliação no contexto da gestão e dos serviços de saúde. Discutiu-se anteriormente que o planejamento do SUS está alicerçado em instrumentos de gestão como o Plano de Saúde (PS), o Plano Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG), dentre outros, que definem metas, objetivos e indicadores para a execução dos serviços de saúde. Nesse sentido, tais instrumentos compõem referenciais para as abordagens avaliativas e de monitoramento do SUS, em níveis local, estadual e federal.

Diante disto, que tal discutirmos um pouco sobre como o DigiSUS funciona?

DigiSUS tem o objetivo de instrumentalizar os gestores públicos, pesquisadores e toda a sociedade, a obter e sistematizar informações e dados produzidos pelo Ministério da Saúde, por suas entidades vinculadas e por órgãos de pesquisa, e disponibilizá-los, por intermédio da internet, em forma de painéis, mapas, gráficos e tabelas de caráter executivo e gerencial.

A plataforma está dividida em três módulos: **Planejamento, Análise e Monitoramento**. O primeiro permite ao gestor sistematizar dados referentes ao planejamento em saúde dos estados e municípios. No segundo, os gestores podem organizar e interpretar uma grande massa de dados, aumentando a assertividade no processo decisório e a participação da sociedade. Além disso, nesse módulo é possível antecipar os riscos e identificar tendências para aprimorar, continuamente, o SUS. Por fim, no terceiro módulo é possível acompanhar as ações desenvolvidas durante a gestão.

O DigiSUS oferece aos gestores, profissionais de saúde e usuários ferramentas para monitorar os indicadores e metas pactuadas para a saúde. Para o cidadão, a plataforma permite o acesso a informações precisas e concisas, estimulando a participação social.

No âmbito da gestão, é possível tomar decisões estratégicas para cada região, por meio da disponibilização de informações acessíveis, qualificadas e georreferenciadas. A proposta é que o sistema operacional do DigiSUS organize e transforme o elevado volume de dados em informações confiáveis e acessíveis para análises e comparações a respeito das características de saúde de um serviço. A forma como a plataforma opera na produção das informações permite que os indicadores conversem entre si e ajudem técnicos e profissionais de saúde a identificar problemas, planejar ações e tomar decisões com mais segurança.

No contexto da gestão, vale destacar o **DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP)**, pois consiste em um sistema de informação para estados e municípios, inserido na lógica do ciclo de planejamento do SUS. Neste sistema são registrados e monitorados os instrumentos de planejamento em saúde, entre eles: o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde (PAS), o Relatório Detalhado do Quadrimestre Anterior (RDQA) e o Relatório Anual de Gestão (RAG), incluindo a Pactuação Interfederativa de Indicadores.

Dessa forma, reconhecendo o DigiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP) como norteador do planejamento da gestão no SUS, identifica-se os seguintes objetivos da estratégia, em consonância com os outros instrumentos de gestão:

I. Registrar as Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do Plano de Saúde, as metas anualizadas e a previsão orçamentária na Programação Anual de Saúde, e registrar a análise dos resultados obtidos nos RDQA e RAG, observando o que estabelece a legislação específica;

II. Dar transparência às metas definidas nos planos de saúde e nas programações anuais de saúde, assim como dos resultados dos indicadores apresentados pelos gestores nos RDQA e RAG, atendendo, assim, às cinco demandas dos órgãos de controle, de áreas técnicas e de demais interessados quanto ao monitoramento.

III. Integrar a funcionalidade da Pactuação Interfederativa de Indicadores aos demais instrumentos de planejamento, apresentando a série histórica dos resultados a cada ano, observando o período de fechamento das bases nacionais;

IV. Integrar dados de outros sistemas de informação do SUS;

V. Subisidiar o monitoramento, a regulação, o controle e a avaliação das políticas de saúde por meio do acompanhamento da aplicação dos recursos financeiros transferidos ao fundo conforme disposto no Art. 1148 da Portaria n° 3.992/GM/MS, de 27 de dezembro de 2017, pelos órgãos e entidades finalísticos responsáveis pela gestão técnica das políticas de saúde.

O preenchimento do DGMP é restrito aos gestores e técnicos das secretarias municipais e estaduais de saúde, assim como para o acesso dos respectivos conselhos de saúde, quando couber. No entanto, todas as informações e

instrumentos inseridos no DGMP são disponibilizadas em acesso público na plataforma do DigiSUS Gestor, tanto os arquivos elaborados e anexados no sistema, quanto os painéis mostrando informações para o planejamento.

Desta forma, considera-se alguns benefícios da plataforma romover o aperfeiçoamento da gestão; o acompanhamento das políticas de saúde; o aprimoramento do uso dos recursos públicos; o aumento da eficiência da atenção e, por fim, a melhoria da saúde da população.

5.2. Sistema de avaliação para qualificação do SUS

Entendendo que os resultados de uma avaliação podem ser um instrumento para a qualificação da prática profissional e, consequentemente, do serviço, um passo importante para a consolidação do processo de institucionalização das práticas avaliativas foi a criação Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) que, segundo o Decreto nº 9.795/19, é responsável por:

I. Coordenar a formulação e execução da Política de Monitoramento e Avaliação do SUS;

II. Cooordenar os processos de elaboração, negociação, implantação e implementação de normas, instrumentos e métodos necessários ao fortalecimento das práticas de monitoramento e avaliação do SUS;

III. Articular e integrar as ações de monitoramento e avaliação executadas pelos órgãos e unidades do Ministério da Saúde;

IV. Desenvolver metodologias e apoiar iniciativas que qualifiquem o processo de monitoramento e avaliação do SUS;

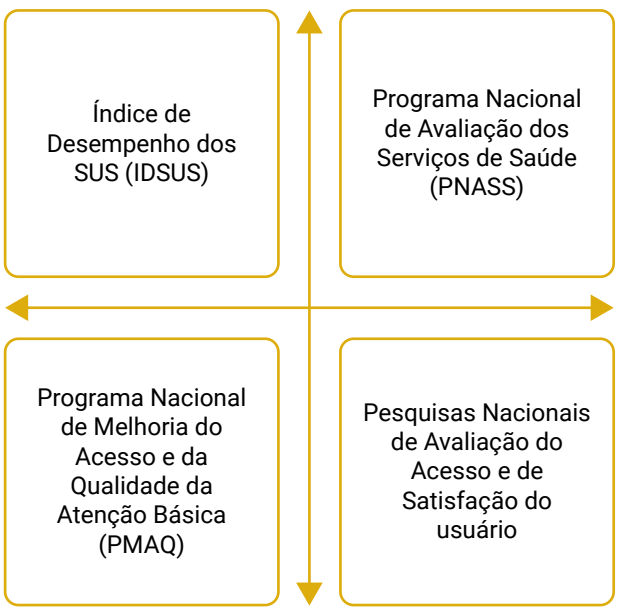
V. Viabilizar e coordenar a realização de estudos e pesquisas visando à procura do conhecimento no campo do monitoramento e avaliação do SUS;

VI. Desenvolver ações com órgão de controle interno e externo, com outros orgãos da Administração Federal e com entidades das áreas de informação e avaliação, visando ampliar a qualidade do monitoramento e avaliação do SUS.

O DEMAS definiu a criação de um **“Sistema de Avaliação para a Qualificação do SUS”**, constituído por um conjunto de programas de avaliação complementares entre si que buscam produzir informações necessárias e estratégicas ao desenvolvimento e qualificação do SUS, bem como ser utilizadas na prática de

planejamento em saúde (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012). A Figura 6 ilustra os componentes deste sistema:

Figura 6: Componente do Sistema de Avaliação para a Qualificação do SUS.



Fonte: Reis, Oliveira e Sellera (2012).

Que tal discutirmos brevemente cada desses componentes? Vamos lá!!

5.2.1. Índice de Desempenho dos SUS - IDSUS

O IDSUS é um conjunto de indicadores que executam uma aferição contextualizada do desempenho do SUS quanto ao cumprimento de seus princípios (universalidade do acesso, integralidade da atenção e equidade) e diretrizes (regionalização, hierarquização, comando único por esfera de gestão e responsabilidade tripartite), em cada município. Para tal, utiliza indicadores obtidos por meio dos Sistemas de Informações Nacionais que, ao serem avaliados, geram medidas que refletem a diferença entre o SUS real e o ideal.

O IDSUS avalia toda rede pública integrada e hierarquizada segundos os níveis de atenção, organizadas nas regiões de saúde e para além dessas, isto é, avalia o conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde, enquanto Rede de Atenção à Saúde (OLIVEIRA; SELLERA; REIS, 2013).

Em síntese, o IDSUS tem como finalidades:

- Avaliar o desempenho dos SUS nos municípios, regiões de saúde, estados e no país;
- Avaliar o acesso e a efetividade nos diferentes níveis de atenção: básica, especializada, ambulatorial e hospitalar, e urgência e emergência;
- Expressar essa avaliação por meio de indicadores simples e compostos;
- Fazer avaliação para detectar as deficiências, visando melhorias e não apenas classificação;
- Avaliação atrelada a um pacto de compromissos, pois os indicadores do IDSUS devem ter metas definidas no Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP).

5.2.2. Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - PNASS

O PNASS avalia os estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares, quanto a: estrutura, processo, resultado relacionados ao risco, acesso e satisfação dos cidadãos diante dos serviços e estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2015a). Vê-se na Figura 7, as quatro dimensões avaliadas no PNASS.

Figura 7: Dimensões avaliadas no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde.

Fonte: Brasil (2015a).

5.2.3. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)

O PMAQ consiste em um programa de melhoria de desempenho da Atenção Primária à Saúde (APS) que envolve análise, avaliação, intervenção e certificação, aliando o repasse de recursos conforme o desempenho alcançado (BRASIL, 2015b).

Ele pretende induzir a implementação de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das Equipes da APS, em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população.

O Programa busca induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da APS, 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 APS em todo o Brasil (BRASIL, 2015b).

5.2.4. Pesquisas Nacionais de Avaliação do Acesso e de Satisfação do usuário

Quanto à avaliação do acesso e satisfação aos serviços e ações de saúde no SUS, por meio de entrevista direta com os cidadãos brasileiros, conta-se com alguns dados periódicos (a cada cinco anos) da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – Suplemento Saúde (PNAD Saúde), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísca (IBGE), que está sendo reformulada para constituir a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e, também, por algumas pesquisas amostrais, ocasionais, como a realizada pelo IInstituto de Pesquisa Econômica Aolicada (IPEA), em novembro de 2010 (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012).

Apesar dos avanços na constituição de um sistema de avaliação, as práticas avaliativas, na realidade do SUS, encontram barreiras importantes para sua efetivação. Dificuldades como a reprodução de processos avaliativos incipientes, pouco incorporados às rotinas dos serviços e pouco explorados em relação ao potencial de suas funções, ainda se manifestam, quase sempre, com um caráter mais prescritivo e burocrático (ARKMAN; FURTADO, 2016).

Este cenário é explicado por alguns autores, pela ausência de uma cultura avaliativa e sistematizada, no âmbito dos serviços de saúde. Segundo Carvalho *et al.* (2012), muitos dos processos avaliativos nem sempre contribuem com o processo decisório e com a formação qualificada dos profissionais, necessitando, portanto, de investimentos de ordem técnica e política por parte da administração pública setorial.

O fomento dessa “cultura avaliativa” requer a qualificação da capacidade técnica nos diversos níveis do sistema de saúde, ou seja, os profissionais de saúde precisam estar prontos para avaliar e usar os resultados da avaliação no seu cotidiano de trabalho. Os usuários precisam ser capazes de compreender como a avaliação resulta a seu favor, e os gestores devem conseguir usar a avaliação como uma das principais ferramentas de trabalho (HARTZ *et al.*, 2016).

Para Almeida e Tanaka (2016), essas iniciativas se enquadram como parte de “macrossistemas de monitoramento e avaliação” voltadas à produção ampla de informações. Realizadas em nível federal, uma das dificuldades impostas por esse sistema consiste em estabelecer o mesmo formato de avaliação para todas as regiões do Brasil. Ao utilizar os mesmos critérios de julgamento, dificulta a tomada de decisão descentralizada, bem como a adequação dos serviços às diversas realidades em que se desenvolvem.

Nesse sentido, discute-se a necessidade de avaliações realizadas em nível local, que possam alcançar níveis mais profundos de compreensão da organização dos serviços. Além disso, a descentralização e municipalização, assim como a participação social, são princípios organizativos importantes para se pensar os serviços, de acordo com as necessidades de saúde e dinâmicas próprias das comunidades nos territórios em que vivem (ALMEIDA, TANAKA; 2016).

Somado a isso no campo da pesquisa, observa-se metodologias restritas ao enfoque mais positivista, além do fato de os envolvidos com avaliações terem dificuldade em se sensibilizar com seus resultados e, assim, não ficarem motivados para promover mudanças nos projetos e nos processos em andamento (WESTPHAL; MENDES, 2009).

Nesse cenário, a avaliação, especialmente de abordagem participativa, pode se constituir em instrumento de aprendizagem para atores locais, à medida que permite ampliar o potencial de mudanças, nas práticas locais de trabalho e gestão (FURTADO, 2001).

PARA SABER MAIS

Para conhecer a fundamentação sobre o Planejamento em Saúde, suas construções históricas, suas tipologias e sua relação com o processo avaliativo, sugere-se a leitura do artigo “Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração” (FURTADO *et al.*, 2018).

Para melhor conhecer outros instrumentos de gestão e aprofundar o estudo sobre os componentes do Sistema de Avaliação para Qualificação do SUS, sugerimos consultar os seguintes textos:

- Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015c).
- Sistema de avaliação para a qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS) (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012).
- Programa Nacional de Avaliação de Serviço de Saúde (PNASS) (SAÚDE, 2015a).
- Manual Instrutivo PMAQ para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf) (BRASIL, 2015b).

6 A AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA NO CONTEXTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Elisa Santos Magalhães Rodrigues e Deysiane Costa Chagas

Como posto anteriormente, a avaliação participativa, permite ampliar o potencial de mudanças, nas práticas locais de trabalho. Esse é um dos motivos pelos quais essa abordagem avaliativa tem sido bastante discutida nos últimos anos. Diante disso, vamos conhecer as características dessa abordagem?

A discussão acerca da avaliação participativa é ampla tanto na literatura nacional quanto na internacional. Furtado et al. (2013) consideram como avaliação participativa propostas que incluem outros agentes além dos avaliadores, no processo avaliativo. Nos serviços de saúde, esses agentes iriam desde gestores e avaliadores, passando por usuários até a clientela não abordada ou mal atendida por esses serviços. Assim, participam todas as pessoas que interferem ou são afetadas pela implementação de uma política, programa ou ações (ALMEIDA, TANAKA; 2016).

Weaver e Cousins (2004) chamam a atenção para três objetivos e interesses distintos relacionados à avaliação com a participação de diferentes grupos. Em princípio, as abordagens participativas pretendem resolver uma ou várias situações-problemas. No contexto dos serviços de saúde, a resolução de problemas envolveria a colaboração dos vários atores envolvidos como profissionais, usuários e gestores, podendo trazer resolutividade a todos os segmentos participantes.

O segundo objetivo consiste na promoção da equidade, à medida que abre espaço para diversos atores pautarem suas necessidades de saúde. Para Gomes e Lima (2015), nos serviços de saúde, a escuta da voz dos usuários poderia fazer com que eles fossem reconhecidos como um dos atores no atendimento e tratamento que recebem. Possibilitar, portanto, aos envolvidos nela, o desenvolvimento de capacidades para efetivar mudanças em suas realidades (WESTPHAL, MENDES; 2009).

O último objetivo está relacionado à produção de conhecimento, levando em consideração as diferentes perspectivas de atores envolvidos. Dessa forma, contribuirá com o desenvolvimento e aprofundamento teórico e metodológico de abordagens mais amplas e compreensivas no campo da avaliação. Pode-se observar o impacto disso na melhora do atendimento nesses serviços, tanto contemplando a diversidade de suas demandas quanto no ganho em qualidade na sua performance.

IMPORTANTE

As abordagens participativas estão relacionadas às mudanças na realidade das pessoas, especialmente de grupos mais vulneráveis. Ao pensarmos o processo saúde-doença como um fenômeno social, no qual a condição de vida da população implicará em maior chance de morte e adoecimento, a avaliação participativa potencializa a justiça social e a equidade. Nesse sentido, colocam-se como mecanismos de empoderamento e conscientização das pessoas sobre os territórios que ocupam, evidenciando as rupturas sociais e políticas para melhorar as condições de vida.

Em adição, Westphal e Mendes (2009) colocam que tais abordagens também pretendem ampliar a transparência dos programas, políticas e serviços, além de evitar ou minimizar eventuais efeitos negativos de uma avaliação sobre um dado grupo de implicados.

Ao comparar as práticas avaliativas clássicas com as abordagens participativas, Westphal e Mendes (2009) demarcam as seguintes diferenças, como exposto no Quadro 3:

Quadro 3: Diferenças entre avaliação convencional e participativa.

	Avaliação Convencional	FUNÇÃO
Quem?	Especialistas Externos.	Comunidade e a equipe de facilitadores do projeto.
O quê?	Indicadores predeterminados do sucesso, custos primários e resultados ou ganhos de saúde.	Os participantes identificam seus próprios indicadores de sucesso, que podem incluir resultados e ganhos em saúde.
Como?	Foco na objetividade científica, há uma distância entre avaliadores e outros atores, procedimentos uniformes, generalistas e complexos; acesso ilimitado aos resultados.	Autoavaliação; métodos simples adaptados à cultura local; os resultados não imediatamente compartilhados por meio do envolvimento local no processo.
Quando?	Usualmente conclusivo: às vezes meio termo.	Unindo monitoramento e avaliação; portanto, frequentemente avaliações de pequena escala.
Por quê?	Transparência, usualmente somativa, para decidir se o financiamento continua.	Para empoderar os participantes locais visando a iniciar, controlar e fazer correções de percurso.

Fonte: Springett (2003).

As bases filosóficas e epistemológicas da avaliação participativa se apoiam na tradição hermenêutica (WESTPHAL, MENDES; 2009) e dialética (FURTADO, 2001) de construção conjunta de conhecimento. A premissa da hermenêutica é o caráter interpretativo, e a fundamentação dialética se dá pela comparação e contraste de diferentes pontos de vista, objetivando um alto nível de síntese (FURTADO, 2001; CUBA, LINCOL; 1989).

Nesse sentido, na tentativa de sistematizar metodologias participativas, sugere-se métodos voltados para o estudo do fenômeno *in situ*, lançando mão de instrumentos provenientes da etnografia, antropologia e sociologia (FURTADO, 2001).

Westphal e Mendes (2009) e Furtado (2001) consideram que as práticas avaliativas se confundirão com a pesquisa avaliativa, a partir de referenciais da pesquisa ação. Segundo os autores, a pesquisa ação pretende gerar conhecimento com possibilidade de impulsionar ao mesmo tempo ações capazes de efetivar mudanças sociais e políticas necessárias e desejáveis, objeto comum da avaliação participativa.

Em adição, Furtado (2001) esclarece que algumas abordagens como a Avaliação de Quarta Geração, referenciada em Cuba e Lincoln (1989) e o Método Paidéia (CAMPOS, 2000), constituem-se estratégias de metodologias participativas. Ao avaliar documentos do Ministério da Saúde, a Educação Popular em Saúde também oferece ferramentas pedagógicas e metodológicas para se realizar abordagens participativas (BRASIL, 2016b; FREIRE, 1970).

Todas essas estratégias têm em comum percursos metodológicos que tratam a avaliação como uma construção coletiva, incorporando aqueles que conhecem a realidade estudada. Os atores não estão envolvidos apenas na coleta de dados, mas no debate e na construção coletiva do conhecimento, visando aumentar o poder dos participantes por meio do processo avaliativo. Buscam auxiliar os grupos a compreenderem melhor o problema e a pensarem alternativas de como modificá-lo. Propõem a emancipação dos envolvidos e o controle conjunto da avaliação, que irão se identificar com os resultados e as recomendações, tornando a avaliação útil à ação futura, pois, a participação da sociedade civil organizada, em todas as etapas da avaliação, auxilia no avanço para a etapa do agir (PAIM, KOVALESKI, MORETI-PIRES; 2016).

Nessas abordagens, os participantes, por estarem envolvidos, podem perceber melhor o valor da informação que estão coletando e então construir indicadores mais significativos para aquilo que se deseja avaliar, gerando assim formas inovadoras de mensuração de processo, impacto e resultado.

Um aspecto importante sobre a avalição participativa é que apenas a inserção de atores diferentes nos processos avaliativos, por si, não garante um percurso

metodológico eficiente. Para Baron e Monnier (2003), as diversas abordagens participativas devem ter em comum a garantia de duas dimensões: a extensão e a profundidade da participação. Para os autores, as abordagens participativas se tornam de fato emancipatórias quando ocorrem pelo envolvimento de maior variedade de grupos, dentre eles os mais desfavorecidos, para criar seu próprio conhecimento compreensão da situação e formas para serem agentes de mudanças.

É importante destacar que nos serviços de saúde, os diferentes atores ocupam funções também distintas e, geralmente, com interesses divergentes. Nesse cenário, é comum se construírem tensões que, a partir de uma lógica dialética e dialógica, o confronto pode não só promover a inclusão de diferentes pontos de vista como levar à formação de posicionamentos críticos, bem como negociações para que a participação resulte em algo que atenda a todos os interesses.

As abordagens participativas ao imputarem a participação de diversos atores e grupos, exigem, uma discussão sobre interprofissionalidade e multiprofissionalidade. A avaliação, interagindo com outras disciplinas e áreas, passaria a cumprir novos papéis acrescidos aos que vem desempenhando, o que reforçaria sua atribuição essencial de desenvolver a qualidade de nosso ambiente físico e social e aumentar o bem estar individual e coletivo (FURTADO, 2001).

PARA SABER MAIS

Para aprofundar o suporte metodológico das estratégias de abordagens participativas citadas, sugere-se as seguintes leituras:

- Um método construtivista para a avaliação em saúde (FURTADO, 2001).
- Avaliação Participativa e a efetividade da promoção da saúde: desafios e oportunidades (WESTPHAL; MENDES, 2009).
- Guia Metodológico para Monitoramento e Avaliação Participativa de ações Municipais (JOPPERT; SILVA, 2012).

7 TRABALHO EM EQUIPE E AVALIAÇÃO EM SAÚDE.

Deysiane Costa Chagas

Antes de discutirmos a relação entre trabalho em equipe e avaliação dos serviços de saúde, que tal entendermos algumas diferenças conceituais entre os termos "trabalho em equipe", "colaboração" e "prática colaborativa"?

De acordo com Reeves *et al.* (2011) o trabalho em equipe constitui a menor unidade de produção do cuidado em saúde e se caracteriza por intensa interdependência das ações, integração, clareza dos papéis (reconhecimento do papel e trabalho das demais áreas profissionais), compartilhamento de valores, objetivos e identidade de equipe. Ele se refere a um pequeno grupo de profissionais responsáveis por identificar as necessidades complexas, imprevisíveis e algumas vezes urgentes dos usuários e lidar com elas. Já a colaboração corresponde a uma forma mais flexível de trabalho interprofissional, com níveis menores de compartilhamento, clareza de papéis e interdependência das ações, e a necessidade de lidar com situações de atendimento um pouco menos imprevisíveis e com menor urgência e complexidade.

Diferente do trabalho em equipe, no qual há compartilhamento de identidade e senso de pertencimento, a colaboração não requer esses aspectos limitados a uma mesma equipe (REEVES et al., 2011). D'Amour et al. (2008) chamam de colaboração as situações em que profissionais de diferentes áreas querem trabalhar juntos para prover a melhor atenção à saúde aos usuários, mas, ao mesmo tempo, reconhecem que têm seus próprios interesses e querem reter algum grau de autonomia. A colaboração pressupõe o desejo de contribuir com o trabalho coletivo e reduzir a competição e as relações de poder entre os profissionais, as quais comprometem a qualidade dos cuidados aos usuários, famílias e comunidade (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Por fim, a prática colaborativa na atenção à saúde ocorre quando profissionais de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades para atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços (OMS, 2010).

Em resumo, o trabalho em equipe, a colaboração e a prática colaborativa podem ser definidos da seguinte forma (AGRELI, 2017; COSTA et al., 2018; REEVES; XYRICHIS; ZWARENSTEIN, 2018):

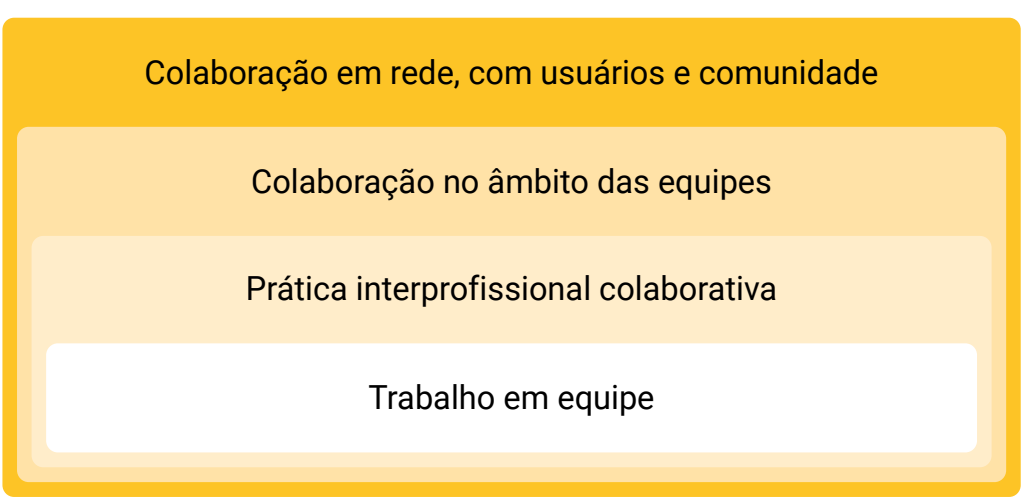
Trabalho em equipe
É um nível mais profundo de trabalho interprofissional. Ocorre quando diferentes profissionais trabalham de forma integrada, com intensa interdependência de suas ações, compartilhando uma identidade de equipe.

Colaboração
É uma forma de trabalho interprofissional em que há menor interdependência e integração das ações entre os diferentes profissionais. É mais flexível, pois não é necessária uma identidade compartilhada de equipe. Embora as pessoas não necessariamente a compartilhem, elas precisam dividir responsabilidades para ofertar a melhor atenção à saúde. Para Agreli (2017), a colaboração pode ocorrer tanto no âmbito das equipes, quanto em arranjos mais ampliados e complexos, tais como as redes e comunidade.

Prática Colaborativa
Esse conceito está relacionado com a materialização da colaboração no âmbito das práticas profissionais, com o reconhecimento da importância do usuário, da família e da comunidade na orientação das ações. A prática colaborativa mantém forte relação com a centralidade do usuário, família, comunidade e suas necessidades, na ordenação da interação que marcam o exercício dessas práticas.

Vale destacar que os três são considerados diferentes formas de trabalho interprofissional, conforme você pode ver na Figura 8.

Figura 8: Diferentes formas de trabalho interprofissional.



Fonte: (PEDUZZI et al., 2020)

Reeves *et al.* (2017) ressaltam que profissionais colaborativos asseguram práticas em saúde integrais, por meio do trabalho colaborativo com maior capacidade de resposta aos problemas e às necessidades de saúde. E para que isso ocorra, é preciso que desenvolvam competências que asseguram a mudança na lógica do modelo de atenção à saúde.

Você já se perguntou quais competências são necessárias para garantir a prática colaborativa nos serviços de saúde?

Barr (1998) apresenta três grandes grupos de competências necessárias para o desenvolvimento da prática colaborativa. São elas:

Competências comuns

São compartilhadas por todas as categorias profissionais na área de saúde. Cada profissão pode desenvolvê-la sem o rompimentos de seus limites, ou dos de outras categorias profissionais.

Competências especícas ou complementares

São aquelas que constituem a identidade de cada profissão. Trata-se de um conjunto de conhecimentos, habilidades, valores e atitudes que sustentam o excercício de uma determinada prática profissional. Barr (1998), a conceitua como competência complementar por entender que uma profissão não consegue dar as respostas adequadas de forma isolada, pois complementa e é complementada pelas outras.

Competências Colaborativas

São aquelas capazes de melhorar as relações interpessoais e interprofissionais no intuito de oferecer serviços de saúde mais integrais, colocando as necessidades dos usuários, pacientes, famílias e comunidades na centralidade do processo de produção dos serviços de saúde. É importante notar que essas competências não valorizam apenas as relações entre os diferentes profissionais de saúde, mas reconhece o usuário como produtor e corresponssável pelos resultados dos serviços oferecidos.

Há certa confusão na discussão sobre as competências colaborativas, principalmente em relação as comuns. Entretanto, compartilhar conhecimentos, habilidades e atitudes entre os profissionais não desenvolve, necessariamente, profissionais mais aptos e interessados pela colaboração (COSTA et al., 2018).

Então como essas competências colaborativas se caracterizam?

Para que a equipe interprofissional trabalhe de forma colaborativa é importante que haja a integração entre a clareza de funções, o funcionamento da equipe, a liderança colaborativa e um enfoque centrado no usuário, família e comunidade, apoiados pela comunicação interprofissional que, para sua eficácia, depende da capacidade das equipes de lidar com pontos de vista conflitantes e alcançar compromissos razoáveis (CIHC, 2010).

Segundo o *Canadian Interprofessional Health Collaborative* (CIHC) (CIHC, 2010) seis domínios de competências destacam os conhecimentos, habilidades, atitudes e valores que moldam os julgamentos essenciais para a prática colaborativa interprofissional, a saber:

Esses domínios de competências são interdependentes entre si e o resultado é uma base dinâmica e flexível para a aprendizagem e prática interprofissional. relacionados à comunicação interprofissional e a atenção centrada no paciente/usuário/família/comunidade apoiam as demais competências, ou seja, influenciam os outros quatros. Por exemplo, o funcionamento da equipe é altamente relevante para os profissionais que trabalham em um ambiente de equipe formalizado, mas para aqueles que trabalham em áreas clínicas nas quais a interação com outros profissionais de saúde é episódica e caracterizada por encontros de curto prazo, o funcionamento formal da equipe pode não ser tão relevante. No entanto, no cuidado centrado no paciente/família/comunidade a comunicação interprofissional com outros profissionais de saúde serão relevantes em todas as situações (CIHC, 2010).

A seguir, apresenta-se uma breve descrição de cada um desses domínios de competências:

Comunicação Interpessoal
Alunos/profissionais de diferentes áreas se comunicam entre si de forma colaborativa, responsiva e responsável.

Atenção centrada no paciente/usuário/família/comunidade
Os alunos/profissionais procuram, integram e valorizam as contribuições e o envolvimento de pacientes/usuários/família/comunidade na concepções de serviços de saúde.

Clareza de papéis
Os alunos/profissionais compreendem seu papel e das outras profissões, e usam esse conhecimento adequadamente para estabelecer metas e objetivos com pacientes, usuários, família e comunidade.

Funcionamento da equipe
Os alunos/profissionais compreendem os princípios da dinâmica do trabalho em equipe para possibilitar a efetiva colaboração interprofissional.

Liderança Colaborativa
Os alunos/profissionais compreendem e podem aplicar os princípios de liderança para apoiar as práticas colaborativas.

Resolução de conflitos interpessoais
Os alunos/profissionais se envolvem ativamente com outros sujeitos de outras categorias profissionais, bem como com pacientes/usuários/família/comunidade, abordando de forma positiva e construtiva os desentendimentos à medida que eles surgem.

Entretanto, para verificar a prática colaborativa e o trabalho em equipe nos serviços de saúde é importante compreender como se dá o seu processo de mensuração. Vamos discutir como essa avaliação pode ser feita?

Nos últimos anos, diversos estudos se propuseram a elaborar, desenvolver e testar instrumentos com objetivo de avaliar a colaboração interprofissional (ABED, 2015).

Em 2013 o CIHC construiu um inventário de instrumentos quantitativos de medição de Educação Interprofissional e Prática Colaborativa. A pesquisa partiu de uma amostra com 2.162 resumos e identificou 128 ferramentas quantitativas relevantes para a educação interprofissional ou prática colaborativa. Elas foram separadas da seguinte forma: 64 instrumentos relacionados à atitude, 20 relacionados aos conhecimentos e habilidades, 34 relacionados ao comportamento, seis relacionados ao nível organizacional, oito à satisfação do paciente e os 14 restantes instrumentos relacionados à satisfação do gestor (KENASZCHUK, 2013).

Entretanto, a maioria desses instrumentos foram construídos em outras línguas e não foram validados no Brasil. A seguir, apresentaremos dois instrumentos que avaliam o trabalho interprofissional em profissionais de saúde que já foram validadas no Brasil a EJARCI e a ECTE.

- **Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional (EJARCI).**

A EJARCI é um instrumento que permite avaliar como é percebido o **trabalho interprofissional desenvolvido entre profissionais de saúde.** Ela possui 20 itens que devem ser respondidos utilizando uma escala de concordância/discordância tipo *Likert* com sete níveis, que variam de forma ordinal de um a sete, sendo o menor nível, discordo completamente (1) e o maior, concordo completamente (7) (ABED, 2015).

O questionário é precedido por uma breve introdução em que solicita a identificação do gênero, idade e a categoria profissional de quem responde ao instrumento. Para a formação profissional em saúde, das dezessete opções listadas na escala original, foram mantidas quatorze devido à regulamentação profissional no Brasil, sendo elas: Assistente Comunitário de Saúde (ACS), Assistente Social, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, profissional de Saúde Pública, técnico ou Auxiliar em Enfermagem, técnico ou Auxiliar em Saúde Bucal e Terapia Ocupacional. Para qualquer outro profissional não especificado na relação, a décima quinta opção permite que outros possam especificar sua formação (ABED, 2015).

Na sequência, são apresentadas algumas definições para colaboração interprofissional, profissionais de saúde e paciente (cliente). Após a primeira parte, há instruções para utilização da escala ordinal de sete pontos que deve ser utilizada para os vinte itens da escala. O valor atribuído a cada afirmação deve relacionar o

grau de concordância/discordância com a afirmação apresentada (ABED, 2015).

A atitude em relação à colaboração é refletida no escore total na escala, que pode variar de 20 a 140, com pontuações mais altas indicando atitudes mais positivas.

• **Escala de clima do trabalho em equipe (ECTE)**

Trata-se da adaptação e validação da escala *Team Climate Invetory* (TCI), a qual mensura o clima de trabalho em equipe no contexto da Atenção Primária à Saúde no Brasil (SILVA et al., 2016).

A escala original TCI é de autoria de pesquisadores ingleses e se constitui em um instrumento de medida psicométrica para avaliação multifacetada da natureza do clima de equipe (ANDERSON; WEST, 1998).

A sua origem é baseada nos conceitos de concepção compartilhada e clima organizacional, aplicados por Anderson e West (1998) no desenvolvimento da teoria dos quatro fatores de clima para inovação no trabalho em equipe. Os quatro fatores propostos são: **1. Participação na equipe; 2. Apoio para ideias novas; 3. Objetivos da equipe e 4. Orientação para tarefas** (AGRELI, 2017).

O primeiro fator, **Participação na equipe**, versa sobre a capacidade dos membros da equipe de se envolverem no processo de tomada de decisões. Para isso, é necessária a percepção do ambiente como não hostil ou ameaçador (WEST, 1990). Na ECTE o fator de participação é composto por 12 itens, que se referem a frequência de interação entre os membros da equipe, a influência mútua e o compartilhamento de informações (AGRELI, 2017).

O segundo fator, **Apoio para ideias novas**, refere-se à expectativa, aprovação e apoio prático para as tentativas de cada membro e da equipe em introduzir novas formas ou aprimoramento na execução de atividades no ambiente de trabalho. É composto por oito itens que versam sobre encorajamento e apoio prático para ideias novas (AGRELI, 2017).

O terceiro fator, **Objetivos da equipe**, é composto por 11 itens que suscitam informações sobre a clareza, compartilhamento, acesso e valores relacionados aos objetivos da equipe. Nele, os respondentes são também questionados sobre a percepção do comprometimento dos colegas com os objetivos da equipe (AGRELI, 2017).

O quarto fator, **Orientação para tarefas** diz respeito a responsabilidade individual e da equipe em seu compromisso para o desempenho de tarefas com excelência. Os sete itens que o compõem se referem ao comprometimento e monitoramento da equipe para o alcance de altos padrões de qualidade nas tarefas desempenhadas (AGRELI, 2017).

Os quatro fatores são apresentados tanto em forma de perguntas quanto afirmativas no formato de escala do tipo *Likert* com cinco alternativas de resposta (concordo totalmente, concordo, nem concordo nem discordo, discordo e discordo totalmente) nos fatores 1 e 2, e com três alternativas de resposta nos fatores 3 e 4.

PARA SABER MAIS

Acesse as escalas e analise cada um de seus itens:

- **Jefferson Scale of Attitudes Toward Interprofessional Collaboration (EJARCI);**
- **Escala de clima do trabalho em equipe (ECTE).**

Diante do contexto apresentando, como poderíamos relacionar o trabalho em equipe e a avaliação em saúde?

Como já colocado anteriormente, entre as várias abordagens adotadas na avaliação em saúde, um dos modelos mais empregados é o de Donabedian (1980), que estabelece a tríade "estrutura–processo–resultado", a partir do referencial teórico sistêmico. Para ele, a "estrutura" corresponde às características relativamente estáveis dos seus provedores, aos instrumentos e recursos, bem como às condições físicas e organizacionais. **o "processo" corresponde ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação entre profissionais e pacientes**, e os "resultados" são as mudanças verificadas no estado de saúde dos pacientes que podem ser atribuídas a um cuidado prévio (DONABEDIAN, 1980).

Também podem ser considerados como resultados mudanças relacionadas com conhecimentos e comportamentos, bem como a satisfação do usuário decorrente do cuidado prestado e considera ser **o processo o caminho mais direto para o exame da qualidade do cuidado.**

O processo de trabalho envolve o modo como as atividades profissionais são desenvolvidas ou o modo como o trabalho é realizado. Em uma prestação de serviços, o que se pretende como resultados é a criação ou produção de certas condições ou estados para os indivíduos demandantes dos serviços (FARIA et al., 2009).

No processo de trabalho em saúde o usuário se torna objeto e agente. Isso porque é em sua existência que as alterações buscadas irão ou não ocorrer. Por isso, é evidente que ele deve estar ativamente envolvido para que elas ocorram, por

exemplo, fornecendo informações ou cumprindo recomendações que implicam, muitas vezes, mudanças de hábitos de vida (parar de fumar, emagrecer etc.). Ou seja, nesse contexto, o objeto da ação também age (FARIA et al., 2009).

Vale destacar que a literatura sobre prática colaborativa frequentemente vai além das questões interprofissionais e inclui a perspectiva do usuário, família e comunidade na busca de "[...] cuidar com as pessoas, ao invés de cuidar para as pessoas [...]" (DOMAJNKO et al., 2015). Essa abordagem reconhece a atenção centrada no paciente como um elemento central da prática colaborativa interprofissional. A mudança de foco das profissões e serviços para as necessidades de saúde das pessoas é descrita como componente de mudança do modelo de atenção, com potencial para melhorar a qualidade dos cuidados à saúde e imprimir maior racionalidade aos custos dos sistemas de saúde (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

Além disso, nas últimas décadas tem crescido o reconhecimento de que trabalho em equipe e prática colaborativa interprofissional contribuem para melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde (ZWARENSTEIN; GOLDMAN; REEVES, 2009; OMS, 2010; REEVES *et al.*, 2016, 2017).

A literatura aponta seu potencial para melhorar a experiência de paciente e familiares no cuidado à saúde e o custo-efetividade da atenção à saúde (BRANDT *et al.*, 2014), bem como a experiência no trabalho cotidiano dos profissionais de saúde (CHANG *et al.*, 2009; CHIANG VEGA *et al.*, 2011; SONG *et al.*, 2017). Com isso, observa-se que o trabalho em equipe tem potencial e pode, por um lado, produzir melhores resultados na atenção à saúde de usuários, família e comunidade e, por outro, melhorar a satisfação no trabalho por parte dos profissionais/trabalhadores (PEDUZZI *et al.*, 2020).

Portanto, partindo dos pressupostos que:

1

A avaliação de cada uma das dimensões da tríade "estrutura-processo-resultado" proposta por Donabedian (1980) permite inferir sobre a Qualidade dos Serviços.

2

A avaliação de "processo" é realizada com indicadores que reflitam a forma de atuação e consiste em conhecer, supervisionar e garantir a qualidade do processo de prestação de serviços de acordo com padrões de excelência técnica.

3

A literatura aponta que o trabalho em equipe e prática colaborativa interprofissional contribuem para a melhoria do acesso e da qualidade da atenção à saúde.

É importante que ao planejar a avaliação de serviços de saúde, os atores envolvidos nesse processo podem incluir a mensuração da prática colaborativa interprofissional e do trabalho em equipe como um dos indicadores a serem utilizados. Silva *et al.* (2016) apontam, inclusive, que a avaliação do trabalho em equipe pode ser incorporada em pesquisas avaliativas de efeito, sendo associadas a outros instrumentos de avaliação como, por exemplo, aqueles utilizados no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e no *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) (SILVA et al., 2016).

PARA SABER MAIS

Para compreender como pode se dá a mensuração da "prática colaborativa interprofissional" e do " trabalho em equipe" nos serviços de saúde, sugere-se a leitura dos artigos "Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos" (FREIRE FILHO *et al.*, 2018) e "Efeito da educação interprofissional no trabalho em equipe e no conhecimento do manejo de condições crônicas" (AGRELI *et al.*, 2019).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse livro, discutiu-se a definição de avaliação dos serviços de saúde, além dos tipos e etapas da avaliação, bem como discutimos a importância da definição dos indicadores de saúde e da matriz avaliativa, com destaque para o processo de avaliação no Sistema Único de Saúde.

Em acréscimo, pontuou-se que a prática colaborativa interprofissional e o trabalho em equipe podem auxiliar na melhoria da assistência à saúde e qualidade da prestação de serviço, destacando como elas podem ser incorporados nos processos avaliativos.

Espera-se que, ao final da leitura, você tenha compreendido que a avaliação é uma ferramenta de gestão e planejamento no campo da saúde.

Até a próxima!

REFERÊNCIAS

ABED, M. M. Adaptação e validação da versão brasileira da Escala Jefferson de Atitudes Relacionadas à Colaboração Interprofissional: um estudo em profissionais da atenção básica. 2015.

AGRELI, H. F. et al. Efeito da educação interprofissional no trabalho em equipe e no conhecimento do manejo de condições crônicas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, 2019.

AGRELI, H. F.; PEDUZZI, M.; SILVA, M. C. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 905–916, 2016.

AGRELI, H. L. F. **Prática interprofissional colaborativa e clima do trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde** Universidade de São Paulo, , 2017.

ALBUQUERQUE, Ceres; MARTINS, Mônica. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 41, n. spe, p. 118-137, Mar. 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500118&lng=en&nrm=iso>. access on 22 June 2020. https://doi.org/10.1590/0103-11042017s10.

ALMEIDA, C.A. L.; TANAKA, O. Y. Avaliação em saúde: metodologia participativa e envolvimento de gestores municipais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 50, 45, 2016 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100230&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 15 jun. 2020. Epub 04-Ago-2016.

ANDERSON, N. R.; WEST, M. A. Measuring climate for work group innovation: development and validation of the team climate inventory. **Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior**, v. 19, n. 3, p. 235–258, 1998.

BARON, G.; MONNIER, E. Une approche pluraliste et participative: coproduire l'évaluation avec la so- ciété civil. Informations Sociales, v. 6, p. 120-129, Sept. 2003

BARR, H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for

interprofessional education. **Journal of interprofessional care**, v. 12, n. 2, p. 181–187, 1998.

BARR, H. et al. **Interprofessional education Guidelines 2017//Centre for the Advancement of interprofessional education (CAIPE).**, 2017.

BRANDT, B. et al. A scoping review of interprofessional collaborative practice and education using the lens of the Triple Aim. **Journal of Interprofessional Care**, v. 28, n. 5, p. 393–399, 2014.

BRASIL. Decreto nº 9.795, de 17 de maio de 2019. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 21 jul. 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019 2022/2019/Decreto/D9795.htm#art8>. Acesso em: 22 jun. 2020.» http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9795.htm#art8

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Planejamento estratégico do Ministério da Saúde 2011-2015: resultados e perspectivas. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejamento_estrategico_ministerio_saude_2011_2015_5ed.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2017.
»http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejamento_estrategico_ministerio_saude_2011_2015_5ed.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de planejamento no SUS / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo do Pmaq para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e Equipes Parametrizadas) e Nasf / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Pnass : Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015a.

CAMPELO, L. M.; SANTOS, E. M.; OLIVEIRA, P. T. R. Análise estratégica do processo de formulação da PM&A-SUS: lições aprendidas e desafios. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 41, n. spe, p. 34-49, Mar. 2017. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500034&lng=en&nrm=iso>. access on 22 June 2020.

https://doi.org/10.1590/0103-11042017s04

CARVALHO, A. L. B. et al . A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro , v. 17, n. 4, p. 901-911, Apr. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400012&lng=en&nrm=iso>. access on 28 May 2020. https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400012.

CHAMPAGNE, F. et al. Modelizar as intervenções. In: BROUSELLE, A. et al. (Org.). Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 61-76.

CHANG, W. et al. Job satisfaction and perceptions of quality of patient care, collaboration and teamwork in acute care hospitals. **Journal of advanced nursing**, v. 65, n. 9, p. 1946–1955, 2009.

CHIANG VEGA, M. M. et al. Clima organizacional y satisfacción laboral: Una comparación entre hospitales públicos de alta y baja complejidad. **Salud de los trabajadores**, v. 19, n. 1, p. 5–16, 2011.

CHORNY, A. H.; KUSCHNIR R.; TAVEIRA, M. Planejamento e Programação em Saúde. Texto para Fixação de Conteúdos e Seminário. Fiocruz. 2008.

CIHC. **A national interprofessional competency framework**. [s.l.] The Collaborative, 2010.

COSTA, M. V. et al. Educação interprofissional em saúde. **Natal: SEDIS-UFRN, 2018**.

D'AMOUR, D. et al. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. **BMC health services research**, v. 8, n. 1, p. 1–14, 2008.

DOMAJNKO, B. et al. Interprofessional education In Europe: policy and practice. **Beyond interprofessionalism: caring together with rather than for people. Antwerpen/Apeldoorn: Garant**, 2015.

DONABEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. **The definition of quality and approaches to its assessment: explorations in quality assessment and monitoring**, v. 1, p. 77–128, 1980.

DONABEDIAN, A. The Role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance. **QRB. Quality review bulletin**, v. 18, n. 11, p. 356–360, nov. 1992.

DOS REIS, A. T.; DE OLIVEIRA, P. de T. R.; SELLERA, P. E. Sistema de avaliação para a qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 6, n. 2, 2012.

FARIA, H. P. de et al. Processo de trabalho em saúde. 2009.

FARIA, H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A. Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde. Belo Horizonte : NESCON / UFMG. 2018.

FREIRE FILHO, J. R. et al. Atitudes para a colaboração interprofissional de equipes da Atenção Primária participantes do Programa Mais Médicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, 2018.

FREIRE, P. Pedagogia do oprimido. New York: Herder & Herder, 1970

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** 2014; 30:2643-55

FURTADO, J. P. et al. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 34, n. 7, e00087917, 2018 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000705004&lng=en&nrm=iso>. access on 22 June 2020. Epub July 23, 2018. https://doi.org/10.1590/0102-311x00087917.

FURTADO, Juarez Pereira. Um método construtivista para a avaliação em saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232001000100014&lng=en&nrm=iso>. access on 22 June 2020. https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100014.

HARTZ, ZMA., and SILVA, LMV. orgs. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, 275 p. ISBN: 978-85-7541-516-0. Available from: doi: 10.7476/9788575415160. Also available from in ePUB from: http://books.scielo.org/id/xzdnf/epub/hartz-9788575415160.epub

JOPPERT, Márcia Paterno e SILVA, Rogério Renato. Guia Metodológico para Monitoramento e Avaliação Participativa de Ações Municipais / Confederação Nacional de Municípios – CNM e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD/Brasil – Brasília: CNM/Pnud, 2012

KENASZCHUK, C. **An inventory of quantitative tools measuring interprofessional education and collaborative practice outcomes**Taylor & Francis, , 2013. .

LOO, R. Assessing “team climate” in project teams. I**nternational Journal of project management**, v. 21, n. 7, p. 511–517, 2003.

MEDINA, M. 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; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. Belo Horizonte: ESP-MG; 2009

OLIVEIRA, P. de T. R.; SELLERA, P. E. G.; REIS, A. T. O monitoramento e a avaliação na gestão do Ministério da Saúde. **Rev Bras Monit Aval**, v. 5, p. 114–129, 2013.

OMS. **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa** OMS Genebra, 2010.

PAIM, Marina Bastos; KOVALESKI, Douglas Francisco; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Avaliação participativa: análise da primeira oficina do VER-SUS Florianópolis (SC). **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 40, n. 111, p. 169-178, Dec. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000400169&lng=en&nrm=iso>. access on 23 June 2020. http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611113.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, 2020.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Ed.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. [s.l.] EPSJV, 2008. p. 478.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1525–1534, 2018.

RCADO, F. J.; MERCADO, A. **Evaluación Emergente de políticas y programas de salud:** avances y desafios em America Latina. Mérida, Mexico: Edun, 2010.

REEVES, S. et al. A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. **Medical teacher**, v. 38, n. 7, p. 656–668, 2016.

REEVES, S. et al. Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 6, 2017.

REEVES, S. et al. **Interprofessional teamwork for health and social care**. [s.l.] John Wiley & Sons, 2011. v. 8

REEVES, S.; XYRICHIS, A.; ZWARENSTEIN, M. **Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice**Taylor & Francis, , 2018. .

SAÚDE, M. da. **PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de SaúdeMinistério da Saúde** Brasília, , 2015. .

SILVA, M. C. et al. Adaptação transcultural e validação da escala de clima do trabalho em equipe. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 52, 2016.

SONG, H. et al. Team dynamics, clinical work satisfaction, and patient care coordination between primary care providers: a mixed methods study. **Health care management review**, v. 42, n. 1, p. 28–41, 2017.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdade e de descentralização. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 431-441, 2002.

TEJADA-TAYABAS, L. M. Desafios teóricos, conceptuales y práen Salud e em America Latina. In: ME

WEST, M. A. The social psychology of innovation in groups. 1990.

WESTPHAL, M. F.; MENDES, R. Avaliação participativa e a efetividade da promoção da saúde: desafios e oportunidades. **Boletim Técnico do Senac**, v. 35, n. 2, p. 16–27, 2009.

ZWARENSTEIN, M.; GOLDMAN, J.; REEVES, S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane database of systematic reviews**, n. 3, 2009.

UFMA
Universidade Federal do Maranhão

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Gonçalo Moniz

EDUFMA