

Por que avaliar?

- Para que a organização seja capaz de mensurar o bom desempenho do serviço e assim poder “provar” (e não apenas “teorizar” na missão) que presta serviços com qualidade.
- Para que a organização tenha parâmetros do seu desempenho e direcione seus recursos de forma coerente com as necessidades de melhoria.

O avanço da avaliação em Saúde Pública deve ser acompanhado do emprego de construções metodológicas diversas, visando aprender a realidade e as transformações oriundas de uma determinada forma de intervir em saúde. Torna-se necessário aprimorar tanto nos métodos de coleta de dados quantitativos quanto qualitativos, possibilitando integrar enfoques metodológicos diversos.

Ackerman & Luiz definem quatro princípios gerais de avaliação da atenção primária:

- Participação: a avaliação deve envolver todos aqueles que têm interesse legítimo na iniciativa que está sendo avaliada
- Múltiplos métodos: a avaliação deve ser delineada, utilizando-se elementos de vários campos disciplinares, lançando mão de vários procedimentos para coletar dados, assegurando que seja utilizado um mix de informação relacionado com processo e resultado.
- Capacitação: a avaliação deve aprimorar a capacidade de indivíduos, organizações e governos de equacionar relevantes problemas de atenção básica.
- Adequabilidade: a avaliação deve ser planejada levando-se em conta a natureza complexa da intervenção e o seu impacto de longo prazo.

Segundo Campos e Fleury-Teixeira, a avaliação de ações de promoção de saúde apresenta as mesmas dificuldades relacionadas à da atenção básica, além de incorporar outras mais, relacionadas ao fato de as atividades não se restringirem ao ambulatório e terem seus limites muito além daqueles tradicionais do setor saúde. Assim é ainda maior a necessidade da pluralidade metodológica e da adequabilidade na avaliação da promoção da saúde.

O “The WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation” (WGHPE), define como o principal critério para determinar se uma iniciativa pode ser considerada de promoção de saúde deve ser a extensão na qual ela envolve processos de capacitação (enabling) e de autonomização (empowering) de indivíduos e comunidades”.

O WGHPE estabeleceu que o seu modelo de avaliação da promoção de saúde deveria ser:

- aplicável a todos os processos valorativos, para garantir que o método mais apropriado fosse utilizado para o programa ou política em foco.

- consistente com os princípios da promoção de saúde, particularmente a autonomia.
  - focado na responsabilização individual e coletiva
  - flexível em sua aplicação, capaz de responder às mudanças no processo estudado
  - capaz de cobrir todos os estágios do processo avaliativo e todos os níveis de avaliação
- (Adaptado de WGHPE)

Segundo Zulmira M. A. Hartz, processos de avaliação em saúde se inscrevem como uma das estratégias de Qualificação da Atenção à Saúde, e devem contemplar três eixos de análise que são complementares e podem ser assim compreendidos:

O primeiro, Avaliação de Sistemas de Saúde, considerando sua estrutura, seus processos e resultados.

O segundo, Avaliação de Serviços de Saúde, quanto à gestão do cuidado à saúde aos seus beneficiários.

O terceiro, Institucionalização da Avaliação, como sistema organizado de ação (similar a programas, sistemas, serviços), visando, através de processos avaliatórios (Auditoria, Monitoramento, Pesquisa), modificar/melhorar uma situação-problema (influência, utilidade, conseqüências, efetividade ou eficiência da avaliação em saúde)”.

Trabalhando na perspectiva de saúde como qualidade de vida e capacidades humanas (Anand e Sen, 2000; Therborn, 2001), temos que procurar indicadores de saúde que reflitam a qualidade de vida e a capacidade de ser e agir, indicados pela (1) longevidade, mortalidade, morbidade e estado nutricional e a (2) qualidade dos serviços de saúde no Estado, indicados pelo acesso às estruturas e aos processos de cuidado e pela efetividade do cuidado recebido. Os indicadores de qualidade dos serviços de saúde foram definidos em dois níveis. O individual, pelo acesso às estruturas e processos de cuidado e pela efetividade do cuidado recebido pelo indivíduo. Já o nível coletivo, pela qualidade dos cuidados de saúde recebidos pelas populações, indicados pelo acesso a cuidados efetivos, eficientes e equânimes, capazes de otimizar benefícios para toda a população (Campbell *et al.*, 2000).

Os indicadores devem ser construídos a partir dos objetivos, estrutura e funcionamento do programa ou intervenção e segundo Leitmann devem também ser:

- capazes de serem medidos;
- baseados em informações existentes;
- viável economicamente;
- baseado em séries contínuas;
- rápida observação;
- sensível a mudanças;
- aceitação geral;
- fáceis de compreender;
- Balanceados

## Tipos de Indicadores:

Indicador	Pergunta	Definição
Oferta (inputs)	Os serviços estão disponíveis? São acessíveis? A qualidade é adequada?	Os serviços devem ser oferecidos, disponíveis, acessíveis e de qualidade adequada
Utilização (outputs)	Os serviços estão sendo utilizados?	A população precisa aceitar os serviços e utilizá-los
Cobertura (outcome)	A população alvo está sendo atingida?	A cobertura representa a interface entre o serviço (processo gerencial) com a população (o quadro epidemiológico)
Impacto	Houve um resultado favorável?	A cobertura pode levar a um impacto sobre o desempenho, o comportamento ou a saúde

Habicht et als 1999

Campos e Fleury-Teixeira, concluem em seu relatório um sistema integrado de avaliação e monitoramento da promoção da saúde na atenção básica, composto por:

- Indicador de qualidade/condições de vida
- Indicadores de ampliação de autonomia
- Indicador geral de impacto em saúde
- Indicadores de impactos específicos em saúde para cada programa

Indicadores de qualidade/condições de vida:

São resultados a serem medidos:

- Conhecimento sobre os determinantes da saúde e sobre os mecanismos e processos para intervenção sobre os determinantes da saúde.

- Auto-cuidado e cuidados com dependentes: realização e desenvolvimento, por parte dos indivíduos da comunidade local, de práticas reconhecidas como de cuidado com a saúde, própria e de dependentes como crianças e idosos, e de comportamentos reconhecidos como saudáveis.
  - Participação popular deliberativa: implantação e desenvolvimento de mecanismos efetivos de deliberação popular nos serviços de saúde e em outras dimensões da vida social loco - regional.
  - Inclusão social: aceitação social, acesso a bens e serviços etc. de grupos excluídos.
  - Redes sociais de proteção e cuidado recíproco: implantação e desenvolvimento de iniciativas de proteção e cuidado recíproco na comunidade. Implantação e desenvolvimento de mecanismos de interação entre as diversas iniciativas neste sentido no território em questão.
  - Acesso a bens e serviços: ampliação do acesso a bens e serviços que permitam a intervenção dos indivíduos da comunidade sobre os determinantes de sua saúde e o desenvolvimento de comportamentos reconhecidos como saudáveis. Acesso à educação e bens culturais, áreas de lazer e preservação ambiental, atividades lúdicas e de convivência, meios de transporte, renda, melhores condições de trabalho etc..
  - Atuação coletiva para o desenvolvimento de condições de vida saudáveis. Atuação da comunidade na conquista de bens e serviços que ampliem a sua qualidade de vida: saneamento, educação, meios de transporte, lazer, cultura, renda, melhores condições de trabalho etc..
- Esses resultados podem ser medidos por diversos indicadores. Alguns destes indicadores estão contidos nos métodos de medida de qualidade de vida acima indicados. Outros podem ser propostos para cada uma das categorias aqui descritas. O desenho destes indicadores deve ser feito sob medida para cada metodologia ou processo específico de avaliação. Acresce que cada projeto específico de promoção da saúde deve ser avaliado pela consecução dos seus objetivos próprios, determinando enfoques e acentos específicos dentro do conjunto de resultados acima previsto.

#### Indicadores de ampliação de autonomia:

Para avaliação da ampliação da autonomia, levamos em conta toda intervenção que amplie a capacidade das pessoas de agirem sobre os determinantes de sua saúde. Conseqüentemente, a avaliação da promoção da saúde deve, de modo geral, responder se e em que medida as pessoas, por meio dessa intervenção, aumentaram a capacidade de atuar e a atuação sobre os determinantes de sua saúde, ampliem o conhecimento das pessoas sobre estes determinantes e sobre os possíveis mecanismos e instrumentos de atuação sobre eles, assim como desenvolvam instrumentos para esta atuação. Apesar dos limites sistêmicos, as atuações no nível local podem ampliar as possibilidades de escolha e deliberação dos indivíduos em geral e especificamente sobre os diversos determinantes de sua saúde. Mecanismos deliberativos e formas de atuação social, redes de proteção e cuidado recíproco, respeito à diversidade e inclusão social, educação em saúde etc. são exemplos de processos autonomizantes que podem ser desencadeados no âmbito local.

Indicadores gerais de impacto em saúde:

Estes indicadores genéricos do impacto em saúde devem ser necessariamente considerados ao se monitorar o impacto de decisões estratégicas em saúde coletiva. Mas são especialmente inapropriados para avaliações de curto prazo. Além da impossibilidade de estabelecer o vínculo direto entre a intervenção e o impacto na saúde individual.

Dentre os diversos indicadores gerais de impacto em saúde podemos destacar:

1) APVP a estimativa dos Anos Potenciais de Vida Perdidos

2) DALY (Disability Adjusted Life Years) incorpora uma estimativa de anos perdidos modulada pela idade do óbito e pela presença de incapacidades. É utilizado para a identificação da carga de doenças e de riscos atribuídos (burden of disease).

3) HALE (Healthy Adjusted Life Expectance) é a medida da expectativa de vida ajustada para levar em conta a duração da vida saudável. Para isso, converte os anos vividos com incapacidade em um número menor de anos de vida saudável, através da aplicação de uma das escalas de qualidade de vida indicadas acima. Provavelmente o mais completo indicador geral de saúde em desenvolvimento, podendo, ser visualizado como a ferramenta padrão para se medir o impacto final em saúde.

4) “Escala de Qualidade de Vida”. Essas escalas podem ser utilizadas para atribuir valores intermediários entre os dois extremos: de um lado, a vida livre de incapacidades funcionais ou mal-estar declarado e, do outro, a morte.

O uso ponderado dessas escalas permite criar indicadores sintéticos de saúde que levam em conta, além da duração da vida, a qualidade desta. Dentre estas escalas pode-se destacar o WHO-QoL, o Euro-QoL-5D (EQ5D), o Assessment of Quality of Life (AQoL) e o Short-Form Health Survey (SF-36).

Indicadores de impactos específicos em saúde para cada programa:

A principal estratégia metodológica para se superar as limitações é o estabelecimento de indicadores de saúde com vinculação causal direta ou imediata para com as intervenções realizadas. Portanto, cada intervenção de promoção da saúde deve ser primordialmente avaliada ou monitorada pelo impacto que obtêm nos indicadores diretamente relacionados à atividade que ela se propõe. Neste caso pode-se visualizar de modo nítido a associação entre o impacto específico e a intervenção.

A incorporação da percepção dos usuários pode se constituir em instrumento para avaliar a qualidade dos serviços de saúde. No entanto a participação dos mesmos necessita ser feita de forma organizada, através de métodos que possam efetivamente introduzir esta informação no processo de garantia da qualidade destes serviços. Um destes métodos é o emprego de Indicadores específicos, compatíveis com os indicadores tradicionais, pois se constituem de fato em instrumentos de conhecimento da mesma realidade. Entende-se também que a utilização deste método deverá se constituir num instrumento de facilitação para a elaboração de políticas públicas respaldadas em critérios técnicos de comprovada validade científica. Estes indicadores devem por outro lado permitir a participação da comunidade e o diálogo entre a população envolvida, os agentes do Poder Público e os técnicos dos serviços. Comunidades que participam do processo de escolha de determinada tecnologia ou solução de serviço público estão mais aptas a colaborar na sua implantação, na sua manutenção e na garantia de sua qualidade.

Conclusão:

Podemos concluir então que impera a necessidade da implantação efetiva da gestão da qualidade nos serviços de saúde, contando com a participação ativa da comunidade e aumentando a eficiência dos recursos investidos.

### Glossário:

**Autonomia:** O conceito de Autonomia adquire especificidade no contexto de cada teoria. Virtualmente, todas as teorias concordam que duas condições são essenciais à autonomia:

- Liberdade (independência do controle de influências) e
- Ação (capacidade de ação intencional).

Kant em 1785 define: A autonomia da vontade é a constituição da vontade, pela qual ela é para si mesma uma lei - independentemente de como forem constituídos os objetos do querer. O princípio da autonomia é, pois, não escolher de outro modo, mas sim deste: que as máximas da escolha, no próprio querer, sejam ao mesmo tempo incluídas como lei universal.

Jean Piaget caracterizava "Autonomia como a capacidade de coordenação de diferentes perspectivas sociais com o pressuposto do respeito recíproco".

O Relatório Belmont, (1978) estabelece que a autonomia incorpora, pelo menos, duas convicções éticas: a primeira que os indivíduos devem ser tratados como agentes autônomos, e a segunda, que as pessoas com autonomia diminuída devem ser protegidas. Desta forma, divide-se em duas exigências morais separadas: a exigência do reconhecimento da autonomia e a exigência de proteger aqueles com autonomia reduzida.

Beauchamp e Childress reduziram o Princípio do Respeito à Pessoa para Autonomia. Estes autores admitem que a "autonomia tem diferentes significados, tão diversos como autodeterminação, direito de liberdade, privacidade, escolha individual, livre vontade, comportamento gerado pelo próprio indivíduo e ser propriamente uma pessoa". Goldim conclui então que o Princípio da Autonomia não pode mais ser entendido apenas como sendo a auto-determinação de um indivíduo, esta é apenas uma de suas várias possíveis leituras. A inclusão do outro na questão da autonomia trouxe, desde o pensamento de Kant, uma nova perspectiva que alia a ação individual com o componente social. Desta perspectiva que surge a responsabilidade pelo respeito à pessoa, que talvez seja a melhor denominação para este princípio

**Avaliação:** “Processo de determinação, sistemática e objetiva, da relevância, efetividade, eficiência e impacto das atividades fundamentadas em seus objetivos. É um processo organizacional para implementação de atividades e para colaborar no planejamento, programação e tomada de decisão.” (OMS, 2000). Segundo Contandriopulos et al (1997, *apud* AKERMAN & LUIZ, 2004), “Avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e

normas ou se elaborar a partir de um procedimento científico”.

Uma definição adaptada de Silva *et alii* (1996:24) considera avaliação como:

“Um processo destinado a determinar a qualidade e a pertinência dos serviços prestados, comparando desempenho e resultados com parâmetros definidos em função de metas. Compara o que está sendo feito ou foi feito com o que deveria ter sido, ou seja, pode ser realizada desde as decisões e/ou ações a tomar até aquelas já tomadas”.

**Efeito Hawthorne:** tendência que os indivíduos têm de mudar o comportamento quando sabem que estão sendo alvo de interesse de um estudo.

**Efetividade:** Medida de uma intervenção quando aplicada em situações reais ordinárias.

**Eficácia:** Medida de uma intervenção quando aplicada em situações ideais.

**Eficiência:** Efeitos ou resultados alcançados em relação ao custo (financeiro, utilização de recursos e tempo).

**Grupo controle histórico:** mesma população avaliada antes e depois da intervenção.

**Grupo controle interno:** população comparada com outra que poderia ter recebido a intervenção, mas não recebeu por não aceitar ou não poder

**Grupo controle externo:** população comparada com outra que não recebeu a intervenção .

**Indicador :** medida usada para demonstrar uma mudança ou resultado de uma atividade, projeto ou programa. Um indicador deve ser mensurável, factual, válido, confiável e sensível.

**Índice:** qualidade numérica ou não que permite apreciar características de um fenômeno de interesse. Medidas quantitativas sendo expressos em geral, numa relação entre um numerador (número de eventos) e um denominador (população exposta), multiplicado por uma constante (1000, 10000 ou 100000) a fim de permitir comparações entre populações de tamanhos diferentes.

**Inferência :** Designa-se por inferência a operação mental pela qual obtemos de uma ou mais proposições outra ou outras que nela(s) estava(m) já implicitamente contida(s). As inferências podem ser divididas em dois tipos: imediatas e mediatas.

a) A inferência imediata consiste em extrair de uma só proposição outra proposição, à qual se atribui o valor de verdade ou falsidade. A inferência imediata pode ser obtida por oposição ou conversão.

b) A inferência mediata consiste numa conclusão obtida a partir de duas ou mais proposições. Este tipo de inferências podem ser de três tipos: analógicas, indutivas e dedutivas.

O termo inferência usa-se por vezes como sinônimo de raciocínio. Embora tal

associação não seja incorreta, a verdade é que inferência possui um sentido mais abrangente que raciocínio.

Tipos de inferência:

Inferência	Pergunta	Comentários
Adequação	Os objetivos do programa foram alcançados? Os resultados são os esperados?	Uma simples avaliação se os objetivos iniciais estão sendo atingidos. Requerem comparação dos indicadores com as metas pré estabelecidas
Plausibilidade	É provável que os objetivos tenham sido alcançados devido ao programa?	Podem-se afastar influências externas? Requerem grupo controle histórico, interno ou externo.
Probabilidade	Qual a probabilidade estatística de que o programa tenha tido um efeito?	Requerem alocação aleatória das unidades de estudo para receberem ou não a intervenção

**Odds:** Razão da probabilidade de ocorrência de um evento para a não ocorrência

Bibliografia e leituras recomendadas:

1) Abiko A. e Almeida M.A.P. Indicadores de Qualidade de Serviços Públicos Urbanos através da percepção de seus consumidores. Disponível em <http://alkabiko.pcc.usp.br/artigos/Indicadores%20de%20Qualidade.PDF>.

2) Anand S & Sen A 2000. Human development and economic sustainability. *World Development* 28(12): 2.029-2.049. [ [Links](#) ]

3) Brasil. Guia metodológico de avaliação e definição de indicadores: Doenças crônicas não transmissíveis e Rede Carmem. /. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde – Brasília : Ministério da Saúde 2007.

4) Campbell SM, Roland MO & Buetow SA 2000. Defining quality of care. *Social Science & Medicine* 51:1.611-1.625. [ [Links](#) ]

5) Campos FC , Fleury-Teixeira P et cols . Promoção da Saúde na Atenção Básica no Brasil, OPAS / UFMG / FUNDEP, Belo Horizonte 2005.

6) Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL & Pineault R 1997. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos, pp. 29-47. In ZMA Hartz (org.). *Avaliação em saúde - dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Fiocruz, Rio de Janeiro. [ [Links](#) ]

7) Drachler ML e cols .Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* v.8 n.2 Rio de Janeiro 2003

8)Goldim JR. Princípio do Respeito à Pessoa ou da Autonomia (disponível em [www.ufrgs.br/bioetica/autonomi.htm](http://www.ufrgs.br/bioetica/autonomi.htm) - 14k )