



LINHA EDITORIAL INTERNACIONAL DE APOIO AOS SISTEMAS DE SAÚDE



---

# **Implementação e Avaliabilidade das Intervenções em saúde: estudos de caso no Brasil**

---

**Implementação e Avaliabilidade  
das Intervenções em saúde:  
estudos de caso no Brasil**

Brasília, 2020 – 1ª Edição

© 2020 – 1ª Edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde – LEIASS – Volume 4

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citadas a fonte e a autoria.

Tiragem: 500 exemplares.

Brasília, fevereiro de 2020.

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

I34      Implementação e avaliabilidade das intervenções em saúde: estudos de caso no Brasil / Organizadores Zulmira Hartz... [et al]. – Brasília, DF: CONASS, 2019.  
160 p. : il. ; 19 x 24,5 cm – (Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde; v. 4)

Inclui bibliografia  
ISBN 978-85-8071-065-6

1. Atenção à saúde. 2. Gestão em saúde. 3. Redes de atenção à saúde. 4. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Hartz, Zulmira. II. Santos, Alethele de Oliveira. III. Barros, Fernando Passos Cupertino de. IV. Rehem, Tania Cristina Morais Santa Barbara.  
CDD 362.11

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

---

SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2020

---

<b>AC</b> Alysson Bestene	<b>PB</b> Geraldo Antônio de Macedo
<b>AL</b> Alexandre Ayres	<b>PE</b> André Longo
<b>AM</b> Rodrigo Tobias de Souza Lima	<b>PI</b> Florentino Alves Veras Neto
<b>AP</b> João Bittencourt da Silva	<b>PR</b> Beto Preto
<b>BA</b> Fábio Vilas Boas	<b>RJ</b> Edmar Santos
<b>CE</b> Carlos Roberto Martins Rodrigues Sobrinho	<b>RN</b> Cipriano Maia
<b>DF</b> Osnei Okumoto	<b>RO</b> Fernando Rodrigues Máximo
<b>ES</b> Nésio Fernandes de Medeiros Junior	<b>RR</b> Cecília Smith Lorezom
<b>GO</b> Ismael Alexandrino Júnior	<b>RS</b> Arita Gilda Hübner Bergmann
<b>MA</b> Carlos Eduardo de Oliveira Lula	<b>SC</b> Helton de Souza Zeferino
<b>MG</b> Carlos Eduardo Amaral Pereira da Silva	<b>SE</b> Valberto de Oliveira Lima
<b>MS</b> Geraldo Resende	<b>SP</b> José Henrique Germann Ferreira
<b>MT</b> Gilberto Figueiredo	<b>TO</b> Luiz Edgar Leão Tolini
<b>PA</b> Alberto Beltrame	

---

DIRETORIA DO CONASS 2019/2020

---

**PRESIDENTE**

Alberto Beltrame (PA)

**VICE-PRESIDENTES**

*Região Centro-Oeste*

Geraldo Resende (MS)

*Região Nordeste*

Carlos Eduardo de Oliveira Lula (MA)

*Região Norte*

Fernando Rodrigues Máximo (RO)

*Região Sudeste*

Nésio Fernandes de Medeiros Junior (ES)

*Região Sul*

Beto Preto (PR)

---

EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

---

**SECRETÁRIO EXECUTIVO**

Jurandi Frutuoso

**COORDENAÇÃO TÉCNICA E ACESSORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS**

Fernando Passos Cupertino de Barros

**COORDENAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS**

Antônio Carlos Rosa de Oliveira Junior

**COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL**

Ricardo F. Scotti

**ASSESSORIA JURÍDICA**

Alethele de Oliveira Santos

**ASSESSORIA PARLAMENTAR**

Leonardo Moura Vilela

**ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL**

Adriane Cruz

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

**COORDENAÇÃO TÉCNICA**

Lourdes Lemos Almeida

**ASSESSORIA TÉCNICA**

Carla Ulhoa André

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Fernando Avendanho

Fernando P. Cupertino de Barros

Haroldo Jorge de Carvalho Pontes

Heber Dobis Bernarde

Lourdes Lemos Almeida

Maria José Evangelista

Nereu Henrique Mansano

René José Moreira dos Santos

Tereza Cristina Lins Amaral

Viviane Rocha de Luiz

**CONSELHO EDITORIAL**

Alethele de Oliveira Santos

Adriane Cruz

Fernando P. Cupertino de Barros

Jurandi Frutuoso Silva

Marcus Carvalho

René José Moreira dos Santos

Tatiana Rosa

---

INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL – IHMT

---

**CONSELHO DE GESTÃO**

Filomeno Fortes (Diretor)

Miguel Viveiros (Subdiretor)

Filomena Martins Pereira (Subdiretora)

Teresa Pires (Administradora)

**CONSELHO CIENTÍFICO**

Lenea Campino (Presidente)

Ricardo Parreira (Prof. /Vice-Presid.)

**CONSELHO PEDAGÓGICO**

Miguel Viveiros (Presidente)

**CONSELHO DE ÉTICA**

Filomena Pereira (Presidente)

**DIREÇÃO DE SERVIÇOS DE GESTÃO FINANCEIRA E PATRIMONIAL**

Carla Brás (Diretora de Serviços)

**GABINETE DE COOPERAÇÃO E RELAÇÕES EXTERNAS**

Deolinda Cruz (Coordenadora)

**GABINETE DE COMUNICAÇÃO E MARKETING**

Ana Sofia Calaça

**UNIDADES DE ENSINO E DE INVESTIGAÇÃO**

*Clínica Tropical*

Jorge Seixas

*Microbiologia Médica*

Celso Cunha

*Parasitologia Médica*

João Pinto

*Saúde Pública e Internacional e Bioestatística*

Ana Abecasis

**CONSELHO EDITORIAL – LEIASS**

*CONASS*

Fernando Passos Cupertino de Barros

Jurandi Frutuoso Silva

René José Moreira dos Santos

*IHMT*

Isabel Craveiro

Luis Lapão

Zulmira Hartz

**EDITORES CIENTÍFICOS**

Fernando Passos Cupertino de Barros

Zulmira Hartz

**ORGANIZAÇÃO**

Alethele de Oliveira Santos

Fernando Passos Cupertino de Barros

Tania Cristina Morais Santa Barbara Rehem

Zulmira Hartz

**REVISÃO ORTOGRÁFICA**

Aurora Verso e Prosa

**PROGRAMAÇÃO VISUAL E DIAGRAMAÇÃO**

Marcus Vinícius de Carvalho

---

# SUMÁRIO

---

<b>Apresentação</b> .....	<b>8</b>
<b>Prefácio</b> .....	<b>10</b>
<b>Capítulo 1</b> – Avaliação compulsória das políticas públicas no Brasil: um estudo de avaliabilidade sobre a proposta legislativa .....	<b>12</b>
<b>Capítulo 2</b> – Adequação das unidades orçamentárias e financeiras da gestão estadual do Sistema Único de Saúde brasileiro .....	<b>34</b>
<b>Capítulo 3</b> – Fortalecimento da gestão estadual do SUS: estudo de avaliabilidade de um projeto de planejamento estratégico nas Secretarias Estaduais de Saúde.....	<b>46</b>
<b>Capítulo 4</b> – Implementação das ações educativas das escolas estaduais de saúde para a alteração das práticas profissionais: um estudo de caso no Distrito Federal..	<b>68</b>
<b>Capítulo 5</b> – Enfrentamento da morbimortalidade dos Acidentes de Transporte Terrestre (ATT) no Brasil: estudo de avaliabilidade .....	<b>78</b>
<b>Capítulo 6</b> – Atenção às condições crônicas: um estudo de avaliabilidade no Distrito Federal .....	<b>92</b>
<b>Capítulo 7</b> – Estudo de avaliabilidade do projeto de cuidado farmacêutico para portadores de asma atendidos por meio do componente especializado da assistência farmacêutica.....	<b>114</b>
<b>Capítulo 8</b> – Apoio à gestão estadual no Brasil das doenças transmitidas por vetores: um estudo de avaliabilidade .....	<b>128</b>
<b>Capítulo 9</b> – Avaliabilidade do sistema de monitoramento em tempo real e georreferenciado do <i>Aedes aegypti</i> para o processo de tomada de decisão pelos gestores ...	<b>144</b>

---

# APRESENTAÇÃO

---

A presente publicação, que se constituiu no quarto volume da série *Leiass – Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde*, uma iniciativa da cooperação institucional entre o Conass e o Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (IHMT Nova), apresenta os artigos produzidos pela equipe técnica do Conass como produto final do Curso Internacional de Avaliação das Intervenções em Saúde, ministrado por professores do IHMT Nova.

O objetivo do curso foi o de institucionalizar a prática da avaliação com rigor científico no âmbito dos trabalhos desenvolvidos pelo Conass, com vistas à adoção de práticas mais ativas, críticas e reflexivas no espaço de trabalho, além de proporcionar aos técnicos e à Secretaria Executiva da instituição os conhecimentos necessários à avaliação de políticas e programas no âmbito do SUS.

A gestão em saúde reveste-se de grande complexidade em função da amplitude e da diversidade do setor. Assim, a prática da avaliação exige características singulares para que possa cumprir adequadamente seu papel, de modo a contribuir para o processo de tomada de decisão e para o permanente aprimoramento de políticas públicas e programas que interessam ao Sistema Único de Saúde, a seus gestores e à população.

A temática abordada nos artigos relaciona-se diretamente com as atividades acompanhadas pelos técnicos do Conass, nas suas áreas específicas de atuação e constituem-se nos fundamentos e nos passos que permitirão a avaliação das estratégias e ações em andamento, no presente e no futuro.

Alberto Beltrame  
**Presidente do CONASS**

Filomeno Fortes  
**Diretor do IHMT NOVA**

---

# PREFÁCIO

---

**Zulmira M. A. Hartz**

*Professora catedrática e coordenadora da Unidade Curricular de Avaliação em Saúde no Programa de Doutorado em Saúde Internacional (IHMT Nova)*

Por que recomendo a leitura deste livro? Tendo tido a oportunidade privilegiada de orientar os diversos capítulos, no âmbito do curso internacional de avaliação promovido pelo Conass, posso assegurar que as indicações nele contidas são aplicáveis para a avaliação de diferentes intervenções em saúde (políticas, programas, organizações, tratamentos e tecnologias), mas os modelos de avaliação propostos são suficientemente amplos e globais para serem utilizados em outros campos, tais como a educação, os serviços sociais ou a administração pública.

O modelo geral de que trata o livro, desenvolvido há mais de duas décadas por um grupo de pesquisa interdisciplinar na Universidade de Montreal, foi testado com sucesso em pesquisas avaliativas realizadas não só no Canadá, mas também em países da Europa, da África e da América do Sul, especialmente no Brasil. De acordo com os autores, a avaliação é um procedimento interdisciplinar que pode e deve, muitas vezes, recorrer a métodos variados e complementares. Diferentes tipos de avaliação possíveis são discutidos nos capítulos do livro, cuja proposta é identificar consensos e fornecer um modelo integrador. Na confrontação entre os diversos tipos de modelo, o avaliador produz referenciais que tanto o auxiliarão na formulação de suas questões de avaliação quanto poderão ajudar o gestor a repensar a própria intervenção e seus pressupostos.

A obra aborda, ainda, a avaliação normativa, atividade mediante a qual procura verificar se uma intervenção corresponde às expectativas, pois parte do processo de gestão é estreitamente associado ao controle dentro das organizações, e uma avaliação administrativa não recorre obrigatoriamente a um procedimento científico. Portanto, por seus métodos e finalidades, é uma atividade distinta da pesquisa avaliativa.

Além disso, a coletânea de textos oferece uma reflexão sobre a institucionalização da avaliação e propõe marcos que possibilitem também avaliar e qualificar as avaliações. Dessa forma, o livro serve como fonte para a reflexão teórica, inspiração na formulação de projetos concretos de avaliação e no aperfeiçoamento dos programas e práticas de saúde.

## CAPÍTULO 1

---

# AVALIAÇÃO COMPULSÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL: UM ESTUDO DE AVALIABILIDADE SOBRE A PROPOSTA LEGISLATIVA

---

**Alethele de Oliveira Santos<sup>1</sup>**  
**Juliane Alves<sup>2</sup>**

*1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CV disponível em: <http://lattes.cnpq.br/1088658062546711>.*

*2. Fundação Oswaldo Cruz. CV disponível em: <http://lattes.cnpq.br/6492564288852175>.*

## Resumo

**Objetivo:** Trata-se de estudo de avaliabilidade acerca do Projeto de Lei nº 488, de 2017, elaborado durante o Curso Internacional de Avaliação em Saúde, decorrente de parceria entre os assessores técnicos do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e os docentes do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) da Universidade Nova de Lisboa (UNL), com vistas a dotar o Conass de fundamentos teóricos e práticos para posicionamento institucional acerca da intervenção.

**Métodos:** Avaliação de abordagem qualitativa, visto que apresenta informação narrativa, decorrente da análise documental (Ad), aplicadas técnicas de revisão de escopo (RE) e análise de Conteúdo (AC).

**Resultados:** A partir da aplicação dos métodos, obtenção de dados e respectiva análise, pretende-se a formulação de documento técnico a ser apresentado e debatido em assembleia geral do Conass, para posicionamento deste órgão, no poder legislativo nacional; por certo que a parte conceitual do estudo aplicar-se-á também aos interesses do Ministério da Saúde, Conasems, Conselhos de Saúde e academia, enquanto partes importantes no desenvolvimento do SUS.

**Palavras-chave:** Avaliabilidade; Intervenção; Legislação como assunto; SUS.

## 1. INTRODUÇÃO

O direito à saúde vige na constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 1946, caracterizando-se como fundamental: “gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social”<sup>1</sup>.

A partir dos flagelos provocados pela segunda grande guerra, ocorreu a formação dos sistemas universais de saúde, em especial, no Hemisfério Norte (Inglaterra, Canadá, entre outros) e que, desde a década de 1970, exercem influência em países da América Latina.

A influência deu-se, especialmente, no que diz respeito à Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora de um modelo de atenção à saúde, cuja importância social é reconhecida desde a Conferência Internacional para os Cuidados Primários em Saúde, de Alma-Ata (1978), corroborando a responsabilidade estatal na provisão de bens

e serviços para o atendimento de necessidades sociais, principalmente, na saúde<sup>2</sup>. A assunção de tais responsabilidades culminou com reformas setoriais significativas nos países da América Latina e do Caribe<sup>3</sup>.

Cabe lembrar que a América Latina teve sua cultura jurídica derivada da tradição europeia, por isso, suas constituições podem ser consideradas geradoras de processos políticos, resultantes do *'tug of war'* estabelecido entre as forças reconhecidas, em um tempo determinado, de cada nação. Comumente, as constituições latino-americanas carregam pluralidade, convivência de opiniões divergentes e não devem ser tratadas como mero formalismo estrutural das relações de poder<sup>4</sup>.

Nessa conjuntura, convivendo com pretensões constitucionais humanísticas, rememora-se que as últimas décadas do século XX revelaram crise estrutural, com acanhamento do mercado de trabalho e a retração do Estado<sup>5</sup>. Os ajustes estruturais provocaram custos sociais elevados e forçaram a alteração do modelo da seguridade na América Latina, culminando em fragilização dos esforços em prol dos sistemas universais de saúde<sup>5</sup>.

Ainda assim, impulsionado por movimentos de participação social, em uma posição contrária ao que majoritariamente ocorria na América Latina, o direito à saúde foi positivado na carta política brasileira como direito de todos e dever do Estado, a ser garantido mediante políticas públicas<sup>6</sup>. Por esse motivo, o Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema universal brasileiro, reconhecido por sua expansão, capilaridade, governança diferenciada e, notadamente, pela participação social<sup>7</sup>.

O Brasil consagrou o direito à saúde na Constituição Federal de 1988 (CF/88), qualificando-o como social e fundamental; conforme se lê dos arts. 196 a 200, conferindo ao Estado a responsabilidade da prestação positiva, por meio de política pública social e econômica, bem como a admissibilidade da atuação do público e do privado<sup>8</sup>.

De acordo com a determinação da CF/88, no que diz respeito ao direito à saúde, tanto a gestão quanto o financiamento da prestação positiva pública dão-se pelos entes federados, que podem ou não contar com o setor privado para garanti-la (o que recebe o nome de saúde complementar). O setor privado, financiado pelos indivíduos, famílias e empresas, atua sob a oferta de planos e seguros (chamada de saúde suplementar). Tem-se, então, que o Brasil adotou um sistema misto, que conjuga os componentes público e privado, que reconhecidamente diferentes, estão interconectados:

Contudo, o que se pode dizer e já foi exaustivamente publicado, é que a legislação brasileira fez permitir a atuação do público (SUS) e do privado (suplementar) e mais, a atuação do privado no público (complementar) e do público no privado (regulação, fiscalização, vigilância).<sup>9(32)</sup>

Mesmo passados mais de 30 anos da implantação do SUS, a sua observação impõe considerar que a oferta universal da prestação positiva de saúde pelo ente públi-

co encontra dificuldades: i) na opção constitucional pela segmentação; ii) no mercado concorrencial estabelecido pela CF/88; iii) em uma oferta pública ainda conformada em um modelo de atenção voltado para doenças não crônicas; iv) na imposição das curvas: epidemiológica, nutricional, tecnológica e etária simultaneamente; v) na necessidade de qualificação dos meios da participação social; vi) na crescente judicialização; vii) nas relações público-privadas; e viii) especialmente, na busca por financiamento sustentável, além de outras unidades de análise que poderiam ser arroladas<sup>10</sup>.

É consenso acadêmico que o sistema público brasileiro é subfinanciado, o que se revela indubitavelmente nos longos tempos de espera para o acesso às ações e serviços de saúde. Com a ciência de que grande parte das dificuldades impostas ao SUS está relacionada com o seu financiamento, cabe apresentar dois pontos essenciais ao debate: i) análises generalistas podem revelar aumentos nos orçamentos destinados à saúde, entretanto, podem referir-se ao incremento financeiro não estatal; e ii) que o incremento do financiamento público somente virá se demonstrada a relação do binômio: necessidade e possibilidade. Para ambas as discussões, impõem-se as pesquisas avaliativas de forma a responder sobre o realinhamento de dispositivos orçamentários essenciais na institucionalização do direito à saúde<sup>10</sup>.

Nessa esteira é que o Estado brasileiro tem buscado avanços no campo da avaliação. Durante algumas décadas, os debates se concentraram no princípio da eficiência. Talvez a explicação esteja no dispositivo constitucional que obriga a administração pública a perseguir, dentre outros princípios, o da eficiência. A inclusão desse princípio foi originada pela 'Reforma do Estado' ocorrida no Brasil, no final do século XX e cujo discurso governamental promovia a modernidade e o gerencialismo<sup>11</sup>.

Pretendeu-se que um dos efeitos do 'Estado Gerencial' seriam os controles – *ex-ante* e *a posteriori* – das ações estatais que desembocariam no aumento da autonomia da administração e na vinculação do cidadão às contas públicas. Contudo, a reverberação que se percebeu foi o incremento e o empoderamento dos órgãos de controle na estrutura estatal brasileira<sup>11</sup>.

A primazia do princípio da eficiência e, portanto, das métricas 'produção versus financiamento' direcionou as avaliações das políticas públicas no "fazer mais e melhor ao menor preço", o que se sabe, é verdadeiramente insuficiente para o sentido lato da avaliação<sup>10</sup>.

Entretanto, mudanças podem estar se avizinando. Para Santos:

---

i. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasil. Artigo 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência. [internet]. [acesso em 2019 ago 25]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm).

é crível observar que os órgãos de controle de contas públicas têm alterado sua sistemática de avaliação de políticas, deixando de fazê-lo exclusivamente pela aferição de cumprimento de determinações processuais e pela métrica da eficiência. A avaliação por resultados tem sido incrementada de forma gradual, num esforço de qualificar a formulação, a execução, o monitoramento, o controle e o aprimoramento das políticas públicas, num ciclo virtuoso.<sup>10(prelo)</sup>

## 2. CONTEXTUALIZAÇÃO

O cenário exposto tem alavancado iniciativas do setor privado, em prol de competitividade e dos lucros, e do setor público, para responder e demonstrar à sociedade o resultado de suas ações e o benefício social propiciado por elas. Esse emaranhado tem um elemento comum: ‘as leis’. Elas podem impulsionar o SUS, com maior ou menor velocidade, à progressão ou ao colapso. Por isso, devem ser tomadas como intervenção no campo da saúde<sup>10</sup>.

Sabendo que as constituições tem centralidade nos estados democráticos e influenciam toda a produção legislativa e sua interpretação<sup>12</sup>, o Senado Federal brasileiro apresentou o projeto de lei (PLS) nº 488, de 2017 (Complementar), para acrescentar dispositivos à Lei Complementar nº 95, de 26, de fevereiro de 1998, com o intuito de estabelecer normas e diretrizes para encaminhamento de proposições legislativas que instituem políticas públicas, assegurando melhor responsabilidade gerencial na administração pública<sup>13</sup>.

A justificção parlamentar do referido projeto de lei fundamenta-se na necessária demonstração da capacidade estatal na prestação positiva adequada à realidade socioeconômica do Brasil e ao desenvolvimento social propiciado pelos resultados das políticas sociais. A proposição legislativa assume a influência dos órgãos de controle e pretende incluir em Lei Complementar à CF/88 a obrigatoriedade ao poder executivo de que seja encaminhado ao poder legislativo, ‘avaliação de impacto da norma’ que pretenda estabelecer política pública, mediante avaliação *ex-ante* a vigência da lei, de ‘forma a minimizar possíveis falhas quando da concretização da ação estatal, além de maximizar o retorno para a sociedade’<sup>13</sup>.

Não ocorre de forma diferente para a política pública de saúde, que teve seu subfinanciamento crônico recentemente desacertado pelas emendas parlamentares impositivas e pelo ‘congelamento de gastos públicos’ por duas décadas, e que precisa, por ser essencial à sobrevivência do SUS, demonstrar resultados alcançados e seu valor social<sup>14-15</sup>.

A inquietação que se apresenta é o quanto pode ser exequível e apropriada a fixação de regra que imponha avaliação com indicadores específicos a toda e qualquer po-

lítica pública de saúde, seguidos os padrões convencionados no mencionado projeto de lei. Seria a lei é capaz de indicar os impactos, a atuação dos agentes e o financiamento, com as consequentes avaliação e prática social informada, adequadas ao *compliance*<sup>ii</sup> e *accountability*<sup>iii</sup>, recentemente inseridos no contexto nacional brasileiro?

### 3. ESTUDO DE AVALIABILIDADE

Trata-se de estudo de avaliabilidade acerca do Projeto de Lei nº 488, de 2017, em trâmite no Senado Federal brasileiro, elaborado durante o Curso Internacional de Avaliação em Saúde, decorrente de parceria entre os assessores técnicos do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e os docentes do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) da Universidade Nova de Lisboa (UNL).

#### 3.1 Objetivo Geral

Dotar o Conass de fundamentos teóricos e práticos para posicionamento institucional acerca da intervenção.

#### 3.2 Objetivos Específicos

- Identificar os parâmetros conceituais utilizados na intervenção para a avaliação de políticas públicas;
- Identificar conceitos e práticas avaliativas adequadas ao Sistema Único de Saúde (SUS);
- Comparar as avaliações em saúde àquelas pretendidas pela intervenção;
- Formular nota técnica/relatório sobre a intervenção e sua relação com as políticas públicas de saúde, a fim de cooperar com o posicionamento institucional do Conass sobre o tema.

---

ii. É um conjunto de regras, padrões, procedimentos éticos e legais, que, uma vez definido e implantado, será a linha mestra que orientará o comportamento da instituição no mercado em que atua, bem como a atitude dos seus funcionários. Candeloro AP; Rizzo MBM; Pinho V. *Compliance 360º: riscos, estratégias, conflitos e vaidades no mundo corporativo*. São Paulo: Trevisan Editora Universitária; 2012

iii. *Accountability* encerra a responsabilidade, a obrigação e a responsabilização de quem ocupa um cargo em prestar contas segundo os parâmetros da lei, estando envolvida a possibilidade de ônus, o que seria a pena para o não cumprimento desta diretiva. Pinho JAG, Sacramento ARS (2008, novembro). *Accountability* já podemos traduzi-la para o Português? Anais do Encontro de Administração Pública e Governança da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração. Salvador, BA, Brasil, 16.

## 4. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Ao entender a lei como entidade capaz de moderar o convívio social, recorre-se à importância dos poderes e à necessidade de que haja equilíbrio como forma de sustentação da democracia. No caso em tela, uma vez aprovado o PLS nº 488/2017, o legislativo imporá obrigação à administração pública, sobre a qual a garantia de execução estará suportada pelo poder judiciário, o que enseja, portanto, estudo avaliativo.

Muito dificilmente apenas uma ferramenta ou abordagem teórica resolve a capacidade contínua de refletir criticamente. As teorias que referem a capacidade de influenciar e promover mudanças é que devem ser aplicadas ao presente estudo de avaliabilidade, na medida em que trata de um projeto de lei que pretende alterar o cenário de ‘insuficiência’ das avaliações *ex-ante* das políticas públicas.

Ao considerar que a pretensão do projeto de lei é mudar o cenário atual, sob a expectativa de qualificá-lo para o alcance do desenvolvimento social, tem-se uma expectativa de mudança. Para Santos, “mudar o mundo é gerar impacto e o ato de criar mudanças intencionais está no cerne da Teoria de Mudança”<sup>10</sup>.

A Teoria de Mudança pode ser compreendida como ferramenta de gestão; e, acompanhada de métodos escolhidos, fundamentará os processos de monitoramento e avaliação de resultados. Pode ser compreendida como representação gráfica dada a sua capacidade de compreender o funcionamento, identificar os pontos de controle, dentro de demonstração lógica. Há quem a tenha como pensamento em prol do desenvolvimento, pela incorporação da crítica e a capacidade de alterar práticas nas organizações<sup>10</sup>.

Weiss, uma das formuladoras da Teoria de Mudança, tem a avaliação como apreciação sistemática do funcionamento, dos resultados e execução de um programa ou de uma política, em função de critérios explícitos ou implícitos, com vistas ao seu aperfeiçoamento<sup>16-17</sup>.

Sabendo que as avaliações prescindem da identificação da intervenção, cabe verificar se um projeto de lei, que pretende alterar o *modus operandi* das avaliações das políticas públicas, incluídas as de saúde, cumpre os requisitos para que seja considerado uma intervenção e, portanto, avaliável.

### 4.1 Um projeto de lei pode ser considerado intervenção no campo da saúde?

Santos indica que a literatura acerca de processos avaliativos em saúde não trata suficientemente a lei como intervenção<sup>10</sup>.

Entretanto, se as leis que dizem respeito aos direitos sociais são prospectivas, progressivas e expressam direitos, os projetos de lei são expectativas e podem vir a

provocar transformação social e, nesta condição, também exigem processos avaliativos. Champagne et al. lecionam que “a avaliação visa à melhoria do bem-estar coletivo” o que é coincidente com a potencial capacidade interventiva de qualquer projeto de lei<sup>18</sup>. No caso da lei, há mobilização de recursos físicos, atores envolvidos e finalidades objetivadas. O mesmo ocorre com os projetos de lei cujo ambiente de intervenção diz respeito aos mesmos contextos da lei, com a diferença de que exige avaliação *ex-ante*, ao passo que a lei admite também a avaliação *ex-post*. Recorre-se à lição de Santos, Hartz e Delduque:

Por fim, o ambiente da intervenção diz respeito aos contextos que estruturam o campo de sua implementação e os outros sistemas organizados com os quais interagem. Ou seja, a lei sobre saúde no Brasil atua com os subsistemas público e privado, com a relação entre eles, bem como com sua inter-relação com outros sistemas organizados [...]<sup>19(313)</sup>

Se a lei deve ser considerada intervenção complexa, na medida em que contempla múltiplas finalidades, em um lapso temporal impreciso<sup>19</sup>, o projeto de lei tem idênticas características e potencial para requerer, para si, métodos de avaliação precisos e compatíveis.

O projeto de lei para o qual se pretende a avaliação, quer impor transformação que ecoa o *compliance* e *accountability*, notadamente mais relevante no Brasil. Mais ainda, a avaliação *ex-ante* das proposições legislativas são necessárias por diferentes razões: i) o poder legislativo não é especializado no campo da saúde; ii) a apresentação de evidências pode propiciar o desenvolvimento social contrapondo-se à legislação fundamentada em voluntarismos; e iii) o campo da saúde requer precisão e segurança jurídica.

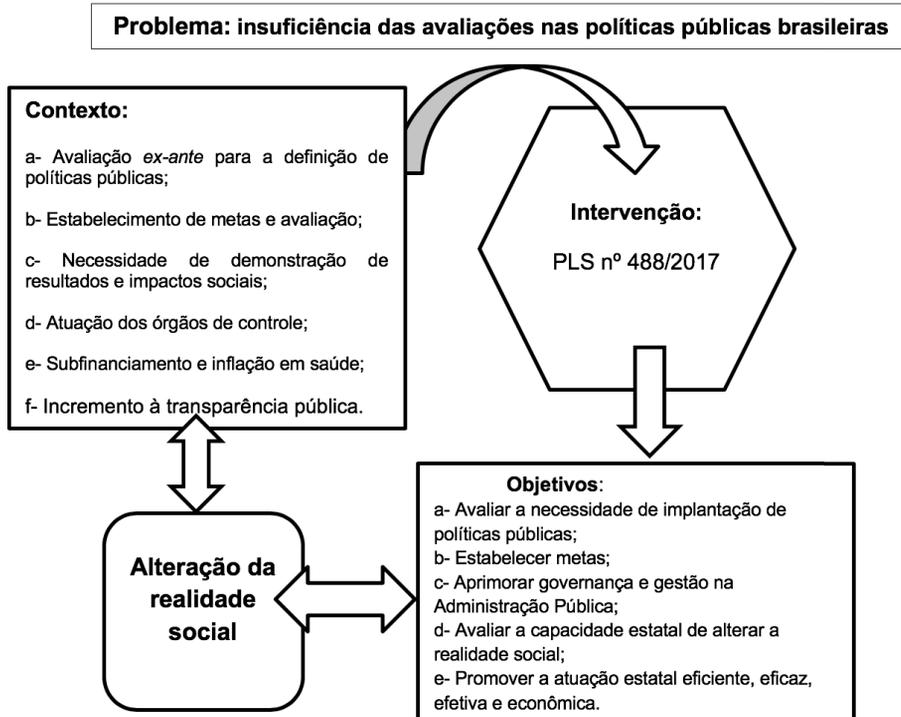
A aplicação de processos avaliativos, tomadas a ‘lei’ ou os ‘projetos de lei’ como intervenção no campo da saúde, podem promover a qualificação dos congressistas e das casas parlamentares de forma a minimizar a possibilidade de descolamento entre o poder legislativo e a sociedade brasileira.

## 5. DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO

Hartz et al. consideram que: uma intervenção pode ser concebida como ‘sistema organizado de ação’ que visa, em um determinado ambiente e período, modificar o curso previsível de um fenômeno para corrigir uma situação problemática<sup>20</sup>.

Figura 1. Apresentação da Intervenção

**Intervenção: PLS nº 488/2017 – Senado do Brasil**



Fonte: Elaboração das Autoras.

## 5.1 Intervenção

Projeto de Lei do Senado Brasileiro nº 488/2017.

## 5.2 Problema

Insuficiência das avaliações nas políticas públicas brasileiras.

## 5.3 Objetivo geral da intervenção

Estabelecer métrica para a avaliação das políticas públicas do Brasil, com indicadores de eficiência, eficácia, efetividade e economicidade.

## 5.4 Objetivos específicos da intervenção

- Avaliar a qualidade da implantação das políticas públicas;
- Estabelecer metas;
- Aprimorar a governança e a gestão na Administração Pública;

- Aumentar a capacidade estatal de alterar a realidade social;
- Atuar de forma transparente, profissional e eficiente.

### 5.5 Supostos efeitos da intervenção

- Mobilização político-administrativa em prol do nexo de causalidade entre o problema identificado pela administração pública e a solução por ela proposta;
- Estímulo à avaliação *ex-ante* das proposições de atuação do ente público;
- Alavancagem das métricas de eficiência, eficácia, efetividade e economicidade das políticas públicas.

Ainda que a justificação do referido projeto de lei tenha dado a entender por sua vantajosidade, outras unidades de análise devem ser levadas em conta: i) a submissão do Estado à sociedade será representada por coeficientes técnicos?; ii) a introdução de mudanças pela lei dará agilidade à execução das políticas públicas?; iii) há estrutura no bojo do Estado brasileiro para a execução da proposição legislativa?

A adoção de novos padrões institucionais pode vir a representar a abertura do Estado à absorção de segmentos não representados, à introdução de novas linguagens e à significação de valores sociais. A proposição legislativa traz em si que a métrica da eficiência, exclusivamente, é esvaziada de conteúdo político, portanto, não representa *in totum* a atuação do Estado, em especial, do poder executivo.

Entretanto, representar o Estado pela categoria ‘resultados’, aferidos sob o ponto de vista da eficiência, eficácia, efetividade ou ainda economicidade, talvez atenda ao ‘cliente’, contudo, pode não atender à significação das finalidades socialmente pretendidas, uma vez que a métrica terá sucumbido à demonstração da correlação de forças, dos pontos de vistas, da criação de valores sociais, não aferíveis monetariamente. Importa o cidadão, mais que o consumidor. No âmbito da avaliação, destaca a lição de Moretti:

Porém, conceitos como resultado e eficiência carregam consigo disposições específicas. São modos de dividir e dar nome à realidade social, marcando hierarquias. Portanto, não são categorias neutras, posto que regulam o comportamento de agentes sociais, guiado pelas definições e hierarquias contidas nos conceitos. [...] governos se valem do monopólio da geração do ponto de vista oficial para vincular posições de valor específicas e procuram chegar a resultados, inteligíveis apenas no interior dos esquemas conceituais que eles próprios geram.<sup>11(161)</sup>

### 5.6 Interessados na avaliação

A avaliação tende a propiciar um conjunto de ações institucionais, que transitam, ao menos em tese, em direção ao aprimoramento. É tomado o passado para ‘planilhar’ o futuro. No entanto, a transição entre esses tempos: i) o que ocorreu a ação, ii) o que se

avaliou a ação; iii) o que se aprimora a ação, impõe um conflito em torno do papel do Estado (da lei) que lida com a relação ‘necessidade social’ e ‘possibilidade de intervenção’.

Nesse sentido, as alterações do Estado, sejam elas promovidas por leis, projetos de leis ou qualquer outro tipo de intervenção, adotam o sentido de promover o bem comum como discurso para se tornarem realidade no mundo material. Todavia, sua operacionalidade é dominada pelo interesse majoritário, vencedor, sobre a qual eventual oposição ou descumprimento enfrentará crítica, vedação ou até mesmo, punição<sup>12</sup>.

A operacionalidade, da ação ou da punibilidade pelo descumprimento, está fundada num conjunto de procedimentos e normativas que submeteu, submete ou submeterá diferentes sujeitos às práticas decorrentes de um conjunto de ideias. Nesse conjunto de sujeitos estão: gestores, avaliadores, usuários das políticas, representantes dos poderes instituídos, dos segmentos socialmente representados ou não<sup>12</sup>. Mais ainda, esses mesmos atores podem relacionar-se em ajustamento ou oposição à intervenção, sob a batuta dos mais diferentes interesses.

Champagne et al.<sup>18</sup> lecionam que os atores envolvidos são caracterizados por sua visão de mundo, sua disposição para atuar e, principalmente, por interagirem “em um jogo permanente de cooperação e de concorrência para aumentar seu controle sobre os recursos críticos do sistema de ação (dinheiro, poder, influência, compromissos acerca de normas sociais)”.

No caso em tela, do PLS nº 488/2017<sup>13</sup>, sua avaliação interessa sobremaneira aos entes que compõem a tríade gestora do SUS: Ministério da Saúde<sup>iv</sup>, Conass<sup>v</sup> e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)<sup>vi</sup>.

A pretensão do PLS nº 488/2017 é reorganizar o discurso do Estado, inclusive com alteração da lógica sobre a qual opera<sup>13</sup>. Nesse panorama, há o risco ainda de que a avaliação compulsória se preste a estabelecer hierarquia sobre o que o Estado é ou não capaz de fazer, em uma medida concorrencial com outros Estados ou com o segundo e terceiro setor. Portanto, a avaliação interessa sobremaneira aos usuários das políticas públicas, em especial, da política de saúde.

Mais ainda, nas relações institucionais, o conjunto de ações e resultados imposto pela ‘avaliação compulsória’ converte-se em um cenário que impõe escolhas aos pode-

iv. O Ministério da Saúde é o órgão do setor governamental responsável pela manutenção e administração da saúde pública no Brasil. [internet]. Acesso aos 25 ago. 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/>

v. O Conass é uma instituição de direito privado, sem fins lucrativos, integrada pelos secretários de Estado de Saúde dos estados e do Distrito Federal e seus substitutos legais, enquanto gestores oficiais desses órgãos. O conselho tem o objetivo de fortalecer as Secretarias de Saúde, a fim de torná-las mais participativas na reconstrução da área da saúde, além de representá-la no âmbito político. [internet]. Acesso aos 25 ago. 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/>

vi. O Conasems é uma entidade cuja missão é agregar e representar o conjunto de todas as Secretarias Municipais de Saúde do País. O conselho atua politicamente nas discussões de importantes temas como recursos humanos, financiamento público e Sistema Único de Saúde. [internet]. Acesso aos 25 ago. 2019. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/>

res constituídos no âmbito legislativo e judiciário. O risco está em, ao avaliar a ação do Estado e tomá-la como insuficiente para a alteração dos quadros sociais, aprimora-se sua dimensão instrumental, processual, distanciando-a, cada vez mais, da dimensão política. Nesse cenário, a avaliação interessa aos poderes legislativo e judiciário.

É preciso considerar que também interessa às pesquisas científicas, pois as avaliações são ferramentas que proporcionam recortes com conhecimentos aprofundados da realidade do sistema de saúde brasileiro aos pesquisadores, profissionais de saúde, gestores e à população. A cooperação entre universidades públicas e o parlamento é adequada para municiar os propositores e atores envolvidos no processo legislativo de dados e conclusões que afastam ou alinham as proposições dos congressistas às necessidades sociais, da mesma forma que promovem conhecimento para formação de profissionais dentre outras aplicabilidades.

A avaliação também se presta como ferramenta de controle social, na medida em que promove análises de ações a serem estabelecidas ou prestadas, suas metas e impactos, ao mesmo tempo que é uma resposta dos governos aos interesses públicos. Além disso, o acesso e a inserção dos conselhos de saúde nas avaliações de políticas públicas contribuem para o direcionamento dos esforços na definição de prioridades e para a disseminação das informações.

Em que pesem os diversos interesses explicitados, interessa profundamente a avaliação para fins de apresentar à Assembleia Geral do Conass, na qual têm assento os 26 secretários estaduais de saúde e o secretário de saúde do Distrito Federal (DF) para fins de se posicionar sobre o tema, bem como tomar as providências decorrentes da deliberação, nos poderes e equipes técnicas, motivo pelo qual a descrição e quadros que seguem dão ênfase aos interesses do Conass.

## **6. MÉTODOS**

Trata-se de avaliação de abordagem qualitativa, visto que apresenta informação narrativa, decorrente da análise documental (Ad), aplicadas técnicas de revisão de escopo (RE) e análise de Conteúdo (AC).

### **6.1 Das fontes secundárias**

O conjunto documental a ser analisado deve ser totalmente obtido por meio de sítios e/ou portais eletrônicos de acesso público, livre e desembaraçado, que sejam capazes de denotar as intenções da intervenção e sua correlação com o campo da saúde no Bra-

sil. Podem ser utilizados os sítios lexML Brasil, acessíveis em <http://www.lexml.gov.br/urn>, para identificar elenco normativo e projetos de lei que refiram avaliação e que colaborem com a análise da intervenção e que comporão futura AC. O mesmo se aplica ao material bibliográfico afeto à legística<sup>vii</sup>, que tanto poderá ser extraído da doutrina vigente quanto dos regulamentos das casas parlamentares brasileiras.

Também devem ser consultados os sítios de publicações científicas mais importantes sobre o SUS: aqueles que suportam as revistas eletrônicas Lancet, Nature (internacionais) e aquelas tipificadas como Qualis A1 e A2 que reportam as melhores publicações nacionais para o campo de saúde pública, a serem utilizadas na RE.

A pesquisa avaliativa proposta requer a coleta e a análise de fontes secundárias para que sejam avaliados os componentes: ‘processo legislativo’ e ‘avaliação em saúde’, conforme quadros que seguem:

Quadros 1. Componente: ‘Processo Legislativo’ e respectiva avaliação

Componente	Insumos	Atividades	Produtos	Resultados	Resultados	Resultado
				Imediatos	Intermediários	Final (Impacto)
Processo Legislativo	Recursos Humanos, Softwares auxiliares e material bibliográfico	Conhecer documentos do poder legislativo que fundamentam a intervenção	Documentos identificados	Apresentado rol de documentos utilizados pelo poder legislativo	Disseminados, junto às SES, o material utilizado pelo Poder Legislativo	Avaliação acerca da validade do processo legislativo ao qual foi submetido o PLS n.488,2017
		Aferir a compatibilidade entre os documentos base e a proposição legislativa	Relatório de compatibilidade entre os documentos base e a proposição legislativa	Elaborada fase 1 do relatório final	Identificados os conceitos utilizados no PLS n. 488,2017, sobre avaliação de políticas públicas	
		Aferir a proposição legislativa com as técnicas de legística	Relatório de compatibilidade entre as técnicas de legística e a proposição legislativa	Elaborada fase 2 do relatório final	Identificados os conceitos utilizados no PLS n. 488,2017, conforme a legística	
		Aferir o trâmite legislativo do PLS n. 488,2017 com as determinações estatutárias parlamentares	Relatório de compatibilidade entre o trâmite legislativo e os respectivos estatutos parlamentares	Elaborada fase 3 do relatório final	Identificados os conceitos utilizados no PLS n. 488,2017, conforme o trâmite parlamentar exigido	
		Inserir documentos selecionados nos softwares auxiliares	Documentos selecionados inseridos em Nvivo12;	Dados inseridos em softwares auxiliares	Realizada a análise de conteúdo (frequência de palavras; e, análise de categorias, subcategorias e unidades)	

Fonte: Elaboração das Autoras.

vii. A legística é ramo da Ciência da Legislação que trata da qualidade da norma jurídica, desde a ideia do legislador proponente de ordenamento jurídico até sua conversão em ato normativo.

Quadro 2. Componente: ‘Avaliação em Saúde’ e respectiva avaliação

Componente	Insumos	Atividades	Produtos	Resultados	Resultados	Resultado
				Imediatos	Intermediários	Final (Impacto)
Avaliação em Saúde	Recursos Humanos, Softwares auxiliares e material bibliográfico	Conhecer documentos do poder legislativo que fundamentam a avaliação em saúde	Documentos identificados	Apresentado rol de documentos utilizados pelo poder legislativo	Disseminado, junto às SES, o material utilizado pelo Poder Executivo	Apresentada avaliação acerca da compatibilidade conceitual sobre avaliação, avaliação em saúde e o PLS n.488,2017
		Aferir a compatibilidade entre os documentos base e a proposição legislativa	Relatório de compatibilidade entre os documentos base e a proposição legislativa	Elaborada a fase 4 do relatório final	Identificados conceitos utilizados no PLS n. 488,2017 e nos documentos sobre avaliação em saúde no Brasil	
		Parametrizar a busca por produções acadêmicas nacionais e internacionais sobre avaliação no SUS, incluída o lapso temporal.	Dados inseridos em Software auxiliar	Elaborada fase 5 do relatório final	Identificados elementos conceitos sobre avaliação sem saúde no Brasil, internacionalmente e no PLS avaliado	
		Identificar práticas e lacunas em avaliação sobre políticas públicas de saúde, no Brasil	Documentos da avaliação em saúde devidamente identificados ;	Conceitos, práticas e lacunas em avaliação no campo da saúde pública do Brasil devidamente identificados;	Executada revisão de escopo sobre avaliação em saúde pública no Brasil	
		Reanalisar os resultados da AC (frequência de palavras; e, análise de categorias, subcategorias e unidades)	Dados comparáveis entre AC e Revisão de Escopo	Elaborada fase 6 do relatório final	Comparados resultados entre os achados originados da revisão de escopo e da Análise de Conteúdo	

Fonte: Elaboração das Autoras.

## 6.2 Das fontes empíricas

De posse dos resultados da revisão de conteúdo e da RE, cabe a verificação da aplicabilidade deles nas atuais estruturas das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e do DF, como forma de compreender a execução das pesquisas avaliativas na gestão estadual do SUS e avaliar a exequibilidade originada de possível aprovação do PLS nº 488/2017<sup>13</sup>.

Para obter tais dados, tanto de diagnóstico do quadro atual quanto de possível incremento das áreas de monitoramento, avaliação e controle das SES, entendeu-se pertinente a realização de preenchimento de matriz avaliativa, bem como a realização de entrevistas a possibilidade de incrementar os dados sobre a natureza histórica e social

do objeto estudado: aí sim, para além do pretendido pelo PLS nº 488, para estabelecer associação entre achados e contribuir em construções teóricas.

Quadro 3. Componente: ‘Monitoramento, Controle e Avaliação nas SES’ e respectiva avaliação

Componente	Insumos	Atividades	Produtos	Resultados	Resultados	Resultado
				Imediatos	Intermediários	Final (Impacto)
Monitoramento, Controle e Avaliação nas SES	Recursos Humanos, Softwares auxiliares e material bibliográfico	Validar proposta de matriz avaliativa das SES para validação (grupo focal)	Matriz validada a partir de perguntas avaliativas de interesse	Elaborada fase 7 do relatório final		Apresentação dos resultados em assembleia geral do Conass para subsidiar processo deliberativo sobre o tema
		Aplicar a matriz avaliativa em 27 SES (software)	Conjunto de dados disponíveis para diferentes tipos de avaliação (local, regional, nacional)	Elaborada fase 8 do relatório final	Apresentação de dados consolidados aos SES e equipes técnicas	
		Estabelecer associação entre os resultados dos componentes 'processo legislativo', 'avaliação em saúde' e 'monitoramento, controle e avaliação nas SES'	Formulação de avaliação qualitativa sobre o tema	Elaborada fase 9 do relatório final	Apresentação de dados consolidados aos SES e equipes técnicas	
				Relatório Final		

Fonte: Elaboração das Autoras.

### 6.3 Técnicas avaliativas: triangulação

Na AC, com a inserção de documentos obtidos a partir da seleção originada da Ad, pretende-se atingir resultados que colaborem para a produção de inferências fundamentadas na frequência das palavras ou da análise de determinadas categorias, subcategorias ou unidades de análise. Na RE, a partir de descritores previamente selecionados, serão identificadas as avaliações praticadas no SUS, em maior ou menor frequência, bem como as lacunas existentes na pesquisa avaliativa sobre saúde.

Para a elaboração de matriz comparativa entre as exigências da intervenção e as possibilidades de oferta do campo da saúde pública, para fins de avaliação *ex-ante*, pretende-se a triangulação dos resultados obtidos da aplicação das diferentes técnicas de forma a fundamentar a análise, bem como associá-las aos resultados obtidos do preenchimento de matrizes avaliativas e entrevistas com os gestores.

## 6.4 Perguntas avaliativas

Por certo que as diferentes fases de execução da pesquisa avaliativa sobre o PLS nº 488/2017 e sua ‘eventual’ exequibilidade perpassam pelo âmago de perguntas avaliativas, a elaboração e admissibilidade dessas perguntas requerem que atendam padrões e sejam úteis<sup>viii</sup>, factíveis, viáveis<sup>ix</sup>, tenham foco<sup>x</sup> e precisão<sup>xi</sup>.

Na análise dos componentes ‘processo legislativo’ e ‘avaliação em saúde’ que têm por objetivo buscar elementos conceituais e de aplicabilidade ao caso concreto, as perguntas que se pretendem responder são as apresentadas pelo quadro que segue:

Quadro 4. Perguntas avaliativas

Perguntas avaliativas	É prioritária?	É útil?	Gera informações importantes?	É viável?	TOTAL
Quais os parâmetros utilizados para avaliação de políticas públicas de saúde?	s	s	s	s	<b>4s</b>
As políticas públicas são avaliadas em termos de eficiência, eficácia, efetividade e economicidade?	s	s	s	s	<b>4s</b>
As políticas públicas de saúde são passivas de avaliação compulsória?	s	s	s	s	<b>4s</b>
Os conceitos sobre avaliação utilizados pelo PL 488/17 são aplicáveis às políticas públicas de saúde?	s	s	s	s	<b>4s</b>
Um projeto de lei é capaz de garantir avaliações adequadas para políticas públicas?	s	s	s	s	<b>4s</b>

Fonte: Elaboração das Autoras.

Tais perguntas são orientadoras para a pesquisa bibliográfica e para o traçado comparativo entre os conceitos nacionais, internacionais e utilizados no PLS nº 488/2017 acerca da avaliação em saúde.

viii. Utilidade: a definição das perguntas avaliativas aos interessados garante que sejam respondidas as questões relevantes a partir dos seus pontos de vista.

ix. Factibilidade e viabilidade: considerando os interesses dos diversos grupos no planejamento da avaliação, assegura que esta apresente boa relação de custo benefício.

x. Propriedade: a definição do foco junto aos interessados certifica uma avaliação ética.

xi. Precisão: a definição da finalidade da avaliação em conjunto atesta que suas descobertas sejam consideradas corretas.

Entretanto, por pretender pela ampliação da pesquisa avaliativa de modo a conhecer as práticas avaliativas de políticas/programas de saúde nas SES, seu segundo momento deve guiar-se pelos resultados já obtidos nos componentes ‘processo legislativo’ e ‘avaliação em saúde’, bem como juntar-se à outra série de unidades de análise relativas às práticas em avaliação nas SES.

Por certo que as perguntas avaliativas que seguem poderão compor matriz avaliativa a ser aplicada nas SES, no entanto, deverão submeter-se aos resultados encontrados quando da aferição dos componentes anteriores, constituindo-se neste momento, como elenco exemplificativo:

Quadro 5. Perguntas avaliativas a comporem matriz avaliativa

<b>Perguntas Avaliativas</b>	<b>Tipo de Pergunta</b>
Há normativa da SES para a efetivação de práticas avaliativas em programas e políticas de saúde?	Avaliação normativa
Há uma política de avaliação implantada (grau de implantação) na SES?	Avaliação Normativa (estrutura, processo e resultado)
Há equipes multiprofissionais para monitoramento, controle e avaliação?	Monitoramento de estrutura
O contexto socioeconômico influencia na implantação da política?	Avaliação de resultado (Pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação)
Que % do financiamento é submetido à avaliação?	Monitoramento de processo
Que ações foram identificadas prioritárias para a avaliação?	Monitoramento de processo
Há monitoramento, controle e avaliação para ações da atenção primária?	Monitoramento de estrutura
Há monitoramento, controle e avaliação para ações da vigilância em saúde?	Monitoramento de estrutura
Há monitoramento, controle e avaliação para ações da gestão do trabalho e educação permanente?	Monitoramento de estrutura
Há monitoramento, controle e avaliação para ações da assistência farmacêutica?	Monitoramento de estrutura
Os estudos de avaliabilidade levam em conta os riscos e os custos da avaliação?	Monitoramento de processo
São utilizados indicadores de eficácia?	Monitoramento de processo
São utilizados indicadores de eficiência?	Monitoramento de processo
São utilizados indicadores de efetividade?	Monitoramento de processo

<b>Perguntas Avaliativas</b>	<b>Tipo de Pergunta</b>
São utilizados indicadores de economicidade?	Monitoramento de processo
Há compatibilização entre o alcance de metas financeiras e os resultados alcançados?	Avaliação de Resultado
Há aferição da alteração social promovida pelos resultados alcançados em saúde?	Avaliação de Resultado
Há identificações de valores sociais promovidos pelos resultados da política pública de saúde?	Avaliação de Resultado

Fonte: Elaboração das Autoras.

Os conceitos gerencialistas pretendem o avanço das técnicas de geração e aferição de resultados, que, em tese, deve influenciar significativamente no planejamento e na execução dos recursos públicos. Entretanto, a avaliação deve valer-se de outros discursos que não somente o gerencial ou de marcas de governo. A avaliação deve considerar os interesses sociais, as transformações sociais cuja intervenção estatal possibilita, utilizando-se de teorias capazes de inter-relacionar metas, financiamento, resultados e valor social.

A visibilidade dessa inter-relação é possível desde a elaboração de modelos lógicos que expliquem as intervenções, encaixem aspectos socioeconômicos das políticas e apresentem resultados. A elaboração de modelos lógicos é consubstanciada no que já foi apresentado neste texto, bem como nas matrizes de medidas.

As matrizes de medidas tomam as perguntas avaliativas e as destrincham, para obter delas resultados aferíveis e que atendam aos pressupostos da avaliação. Apenas para exemplificar, tomaram-se as primeiras perguntas avaliativas – balizadoras do presente estudo – e que constituirão critérios e parâmetros para a continuidade das atividades previstas, para a demonstração de matriz avaliativa:

Quadro 6. Matriz avaliativa

Perguntas Avaliativas	Critérios/ Indicadores	Parâmetros	Tipo de abordagem	Tipo de Dados	Fontes de Dados	Técnica
Quais os parâmetros utilizados para avaliação de políticas públicas de saúde?	(identificar)	(identificar)	Qualitativa	Secundários	Publicações nacionais e internacionais	Análise de Conteúdo / Escopo
As políticas públicas são avaliadas em termos de eficiência, eficácia, efetividade e economicidade?	eficiência, eficácia, efetividade e economicidade	utilização de indicadores na bibliografia selecionada	Qualitativa	Secundários	Publicações nacionais e internacionais	Análise de Conteúdo / Escopo
As políticas públicas de saúde são passivas de avaliação compulsória?	critérios e indicadores identificados em literatura nacional e internacional	parâmetros identificados em literatura nacional e internacional	Qualitativa	Secundários	Publicações nacionais e internacionais	Análise de Conteúdo / Escopo

Fonte: Elaboração das Autoras.

Ainda que se reconheça a incompletude da matriz avaliativa apresentada, reconhece em sua elaboração o viés organizativo cuja ação orientada é capaz de vislumbrar o alcance dos objetivos estratégicos da avaliação, a partir de perguntas orientadoras.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente ensaio buscou apresentar o PLS nº 488/2017 como intervenção no campo da avaliação, com ênfase na avaliação em saúde. Trata-se de proposta de mudança paradigmática acerca da atuação da administração pública. Nesse contexto, um modelo de administração pública tradicional, centrada na noção de políticas públicas imperativas, voluntaristas e não avaliadas cede espaço para a utilização ampliada dos conceitos e técnicas avaliativas.

No campo da saúde, o cenário não é divergente. Em que pese o modelo de governança diferenciado do SUS, ainda ocorre a implementação de programas e políticas a partir de demasiada discricionariedade, principalmente por pressão de setores da sociedade, deixando de cumprir processos avaliativos necessários às alterações sociais pretendidas, em determinado território e tempo.

Entretanto, mesmo que o senso comum encaminhe-se pela insuficiência das pesquisas avaliativas em saúde, faz-se necessário entender os aspectos conceituais e práticos envolvidos em um cenário em que a avaliação tornar-se-á ‘compulsória’; e neste caminhar, propôs-se: Ad, RE e análise de discurso aplicada às entrevistas semiestruturadas com os gestores das secretarias estaduais de saúde, como meio de compreender o panorama em que se aplicará, ou não, a proposição legislativa no caso de sua conversão em lei.

De posse dos resultados apreendidos das técnicas de pesquisa, pretende-se a formulação de documento técnico a ser apresentado e debatido em assembleia geral do Conass, para posicionamento deste órgão no poder legislativo nacional. Por certo que a parte conceitual do estudo aplicar-se-á também aos interesses do Ministério da Saúde, Conasems, Conselhos de Saúde e academia, enquanto partes importantes no desenvolvimento do SUS.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization [internet]. Basic Documents. WHO: Genebra; 1946 [acesso em 2019 jul 20]. Disponível em: [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf).
2. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Rev Saúde Pública [internet]. 1998 [acesso em 2019 jul 11];32(4):299-316. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v32n4/a2593>. Acesso em 11. jul. 2019.
3. Wolkmer AC, Fagundes LM. Tendências contemporâneas do constitucionalismo latino-americano: estado plurinacional e pluralismo jurídico. Pensar, Fortaleza [internet]. 2011 [acesso em [2019 ago 11]; 16(2):371-408. Disponível em: <http://periodicos.unifor.br/rpen/article/view/2158/1759>.
4. Santos AO, Delduque MC, Rey Filho M. O Novo Constitucionalismo na América Latina e Caribe e a construção do direito à saúde. Revista Brasileira de Políticas Públicas submissão aos 31.05.2019; previsão de publicação: 2019. [no prelo].
5. Fonseca AMM, Viana ALD. Direito à saúde, atenção básica e transferências condicionadas de renda na América Latina. Ciênc saúde coletiv [internet]. 2007 [acesso em 2019 jul 11];12(6):1505-1512. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n6/v12n6a10>.
6. Escorel S. Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/Fiocruz; 1993.
7. Paim J, Travassos C, Almeida C; Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Lancet: Online. Séries. [internet]. 2011 [acesso em 2019 ago 16]. Disponível em: [http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925\\_brazil1.pdf](http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf).

8. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas; 2016.
9. Santos AO, Delduque MC, Alves SMC. Os três poderes do Estado e o financiamento do SUS: o ano de 2015. Cad Saúde Pública [internet]. 2016 [acesso em 2019 maio 17];32(1):e00194815. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016000100301&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000100301&lng=pt). Epub 12-Ago-2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00194815>.
10. Santos AO. Teses da Saúde no Relatório Final da VIII CNS e na Legislação Federal no período compreendido entre 1986 e 2016: uma análise comparada [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2019. [no prelo].
11. Moretti B. O Planejamento Governamental como discurso: tensões entre a política e a técnica (1930 – 2003) [tese] [internet]. Brasília: Universidade de Brasília. [acesso em 2019 ago 16]. Disponível em: [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11685/1/2012\\_BrunoMoretti.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11685/1/2012_BrunoMoretti.pdf)
12. Santos AO, Lima JAO. Project ‘Suslegis’: Consolidation of Rules of the Unified Health System (SUS). Journal of Law and Regulation / Revista de Direito Setorial e Regulatório [internet], [S.l.]. may 2018 [acesso em 2019 ago 05];4(1)289-306. ISSN 2446-5259. Disponível em: <http://www.ndsr.org/SEER/index.php?journal=rdsr&page=article&op=view&path%5B%5D=353>.
13. Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei n. 488, 2017. Acrescenta dispositivos à Lei Complementar n° 95, de 26 de fevereiro de 1998, com o intuito de estabelecer normas e diretrizes para encaminhamento de proposições legislativas que instituem políticas públicas, propiciando melhor responsabilidade gerencial na Administração Pública [internet]. [acesso em 2019 jul 06]. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/documento?dm=7327764&ts=1559276443159&disposition=inline>
14. Brasil. Emenda Constitucional n° 86, de 17 de março de 2015. Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica [internet]. Brasília: Diário Oficial da União. 18 mar 2015 [acesso em 2019 jul 06]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm)
15. Brasil. Emenda Constitucional n° 95, de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências [internet]. Brasília: Diário Oficial da União. 16 dez 2016 [acesso em 2019 jul 06]. Disponível

em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>

16. Weiss CH. Evaluating Action Programs: readings in social action in education. Boston: Allyn Bacon Inc.; 1972a;

17. Weiss CH. Utilization of evaluation toward comparative study. In Weiss CH. Evaluating Action Programs: readings in social action in education. Boston: Allyn Bacon Inc.; 1972b.

18. Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, Denis JL. A avaliação no campo da saúde. In: Brouselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.

19. Santos AO, Hartz Z, Delduque MC. Pensar a Lei como Intervenção no Processo Avaliativo do Direito à Saúde [internet]. [Acesso em 2019 mar 19]. Disponível em: link <https://goo.gl/nXnBHj>.

20. Figueiredo TA, Hartz ZM. Avaliação de desempenho da regulação em saúde. Anais do Instituto de Medicina e Higiene Tropical da Universidade Nova de Lisboa. Regulação na saúde. 2017;16:S.19.

## CAPÍTULO 2

---

# ADEQUAÇÃO DAS UNIDADES ORÇAMENTÁRIAS E FINANCEIRAS DA GESTÃO ESTADUAL DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO

---

**Antonio Carlos Rosa de Oliveira Junior<sup>1</sup>**  
**Viviane Rocha de Luiz<sup>1</sup>**

## Resumo

**Objetivo:** Identificar a conformidade da implantação e o funcionamento dos fundos de saúde Estaduais/Distrital ante a Lei Complementar nº 141/2012 e outros normativos afins.

**Métodos:** Identificar a situação atual da implantação e funcionamento dos 27 fundos de saúde dos Estados e do Distrito Federal, avaliando a estrutura existente no nível estadual e distrital quanto à adequação à exigência normativa para que se obtenham resultados adequados. O modelo lógico definido identificará de forma descritiva a correta instituição e funcionamento do fundo de saúde dentro da estrutura da Secretaria Estadual/Distrital de Saúde, utilizando as legislações pertinentes e questionário específico para avaliação do funcionamento dos fundos de saúde.

**Resultados:** A necessidade desta avaliação se justifica para a garantia da regular aplicação dos recursos financeiros por meio de fundos de saúde, possibilitando melhoria da qualidade do gasto em saúde, mesmo dentro de um contexto restritivo de teto de despesa, com conseqüente aumento de acesso as ações e serviços públicos de saúde pela sociedade. A avaliação da adequação da estrutura de financiamento e execução dos recursos financeiros dos fundos de saúde, se torna imperiosa para o sucesso do Sistema Único de Saúde.

**Palavras-chave:** Fundos de Saúde; Lei Complementar nº 141/2012; Financiamento do Sistema Único de Saúde; Avaliação.

## 1. INTRODUÇÃO

As leis orgânicas do Sistema Único de Saúde (SUS), Lei nº 8.080<sup>1</sup> e 8.142<sup>2</sup>, ambas de 1990, promulgadas dois anos após a Carta Magna de 1988, que definiu a saúde como direito de todos e dever do estado, estabeleceram condições para a estrutura de financiamento da saúde nos três níveis de gestão da federação, visando à qualidade dos serviços a serem prestados à população brasileira.

Foi definido que o processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de

saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União. Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS, e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

Os recursos definidos para cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal serão repassados de forma regular e automática do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde dos Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios estabelecidos.

A Emenda Constitucional nº 29, de 2000<sup>3</sup>, foi um marco importante no processo de financiamento do SUS, pois assegurou recursos mínimos para serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde pelos entes federados.

Essa Emenda Constitucional só veio a ser regulamentada quase 12 anos após sua promulgação pela Lei Complementar nº 141 de 2012<sup>4</sup>.

De acordo essa lei, o fundo de saúde deverá ser instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituindo-se em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde.

Além disso, os recursos da União previstos nessa lei complementar serão transferidos aos respectivos fundos de saúde e movimentados, até a sua destinação final, em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial federal, observados os critérios e procedimentos definidos em ato próprio do Chefe do Poder Executivo da União.

Os recursos da União, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos.

## **2. ESTUDO DE AVALIABILIDADE**

Trata-se de estudo de avaliabilidade acerca da condição de funcionamento dos Fundos de Saúde dos Estados e do Distrito Federal ante às normas existentes para a efetivação do financiamento do SUS.

Tem como problema o desconhecimento da adequação dos fundos de saúde Estaduais/Distrital ante a Lei Complementar nº 141/2012<sup>4</sup>.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Identificar a conformidade da implantação e o funcionamento dos fundos de saúde Estaduais/Distrital ante a Lei Complementar nº 141/2012<sup>4</sup>.

Como meta, busca-se atingir 100% dos fundos de saúde Estaduais/Distrital implantados e em funcionamento em conformidade com a Lei Complementar nº 141/2012<sup>4</sup>.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

Conhecer a situação atual da implantação e funcionamento dos 27 fundos de saúde dos Estados e do Distrito Federal.

Nesse sentido, é necessária a verificação da estrutura existente nos níveis estadual e distrital quanto à adequação a exigência normativa para que se obtenham resultados adequados.

### **4. MODELO LÓGICO**

A finalidade da definição do modelo lógico do programa é identificar de forma descritiva a correta instituição e funcionamento do fundo de saúde dentro da estrutura da Secretaria Estadual/Distrital de Saúde.

Os pressupostos estabelecidos que norteiam a atividade adequada da estrutura está baseado em diversas normativos e deverão estar em conformidade com estes contidos no quadro 1. Se forem identificadas anomalias na avaliação, estas deverão ser imediatamente corrigidas para que não haja problemas de ordem legal inviabilizando, dessa forma, o recebimento de recursos financeiros para a execução das ações e serviços públicos de saúde (ASPS).

Quadro 1. Modelo lógico

<b>Componente</b>	Gestão
<b>Insumos</b>	Infraestrutura física, recursos humanos e recursos financeiros.
<b>Atividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar a lei de criação dos fundos de saúde dos Estados e do DF e sua regulamentação;</li> <li>- Verificar o decreto que institui a estrutura organizacional (Organograma e Competências);</li> <li>- Verificar a Lei Orçamentária Anual;</li> <li>- Verificar quais as modalidades de financiamento são utilizadas no âmbito estadual;</li> <li>- Verificar a quantidade de contas correntes com saldos disponíveis nos fundos de saúde dos Estados e do DF;</li> <li>- Verificar qual é a periodicidade dos relatórios comprobatórios da execução dos recursos recebidos.</li> </ul>
<b>Produtos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fundo de saúde com lei de criação adequada a LC nº 141/2012;</li> <li>- Fundo de saúde com decreto que institui a estrutura organizacional (Organograma e Competências) regulamentado;</li> <li>- Lei Orçamentária Anual verificada e adequada;</li> <li>- Modalidades de financiamento no âmbito estadual verificadas e adequadas;</li> <li>- Quantidade de contas correntes com saldos disponíveis nos fundos de saúde dos Estados e do DF verificadas e adequadas;</li> <li>- Periodicidade dos relatórios comprobatórios da execução dos recursos recebidos adequadas.</li> </ul>
<b>Resultados Imediatos</b>	Fundos de saúde implementados e adequados em conformidade com a Lei Complementar nº 141/2012.
<b>Resultados Intermediários</b>	Garantia da regular aplicação dos recursos financeiros por meio de fundos de saúde e conformidade dos relatórios comprobatórios dos resultados obtidos
<b>Resultado (impacto)</b>	Adequação da estrutura de financiamento e execução dos recursos financeiros devidamente avaliadas.

## 5. RESULTADOS

De acordo com a Constituição Federal, inciso I do art. 198, as ASPS integram uma rede regionalizada e hierarquizada constituindo um sistema único organizado de acordo com algumas diretrizes, entre elas, a descentralização, com direção única em cada esfera de governo<sup>5</sup>.

A Lei nº 8.080/1990, art. 9º, versa sobre a direção do SUS, que é única, sendo exercida na esfera estadual/distrital de governo pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente<sup>1</sup>.

Dessa forma, ao ser nomeado pelo governador, o Secretário de Saúde de Estado e do Distrito Federal assume a responsabilidade da gestão da pasta.

Essa nomeação lhe atribui a responsabilidade, entre outras, de que as despesas com ações e serviços públicos de saúde deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde em que serão transferidos os recursos da União, devendo ser movimentados, até a sua destinação final, em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial federal, observados os critérios e procedimentos definidos em ato próprio do Chefe do Poder Executivo da União (Decreto nº 7.507/2011)<sup>6</sup>.

Considerando a Instituição Normativa RFB nº 1.143/2011, que dispôs sobre os fundos públicos inscritos no CNPJ como órgãos públicos, orientando que estes que se encontravam inscritos no CNPJ na condição de filial do órgão público a que estejam vinculados deveriam providenciar nova inscrição no CNPJ, na condição de matriz, com a natureza jurídica 120-1 (Fundo Público), providenciando a baixa da inscrição anterior na condição de filial, essa situação reforçou a responsabilidade do Secretário Estadual de Saúde em adequar a estrutura orçamentária e gestora dos recursos destinados as ASPS à nova realidade<sup>7</sup>.

A identificação do SES como o principal interessado nesse processo fica bem caracterizada com as atribuições que lhe foram conferidas pelo ato de sua nomeação à pasta da saúde.

Cabe também ao gestor do fundo de saúde a atribuição de interessado na avaliação pela responsabilidade da execução orçamentária e gestão dos recursos financeiros alocados ao órgão pelas normas citadas, sob a supervisão do Secretário Estadual de Saúde.

O quadro 2 a seguir objetiva auxiliar a identificação dos interessados na avaliação, o papel a ser desenvolvido por estes e tipo de apoio oferecido.

Quadro 2. Interessados no estudo avaliativo

Indivíduos ou órgãos que tem interesse na avaliação	Papel na avaliação	Tipo de apoio
Conass	Propositor. Coordenação. Facilitador no desenvolvimento das atividades de interesse do SES incluindo tabulação das informações obtidas no processo.	Não aplicável
Secretário de Saúde	Patrocinador. Interesse direto na formulação da avaliação para garantir a integridade da aplicação dos recursos em ASPS, com uma infraestrutura adequada e um corpo técnico qualificado, visando garantir qualidade dos trabalhos desenvolvidos e com isso a exatidão dos relatórios que deverão ser apresentados ao controle e a sociedade em conformidade com os normativos.	aliado
Gestor do fundo de saúde	Copatrocinador. Responsável direto pela infraestrutura operacional, sob a supervisão do SES, na execução orçamentária e gestão dos recursos financeiros recebidos para aplicação em ASPS, dentro da conformidade e integridade exigidas pelos normativos, garantindo com isso, a fidedignidade dos relatórios a serem apresentados ao controle e a sociedade daquilo que foi executado.	aliado
Secretário Estadual de Fazenda	Interesse direto na existência e no funcionamento da infraestrutura adequada da saúde, pois é o repassador dos recursos financeiros oriundos da arrecadação estadual (no mínimo 12% para a saúde)	aliado/opositor
Ministério da Saúde	Interesse direto na existência e no funcionamento da infraestrutura adequada da saúde, pois é o repassador dos recursos financeiros federais de acordo com as pactuações efetuadas nos fóruns intergestores.	aliado
Órgãos de Controle	Interesse direto na existência e no funcionamento da infraestrutura adequada da saúde, pois são os responsáveis pela avaliação por meio dos relatórios apresentados pelo SES dos resultados obtidos em função da política de saúde estabelecida e pela execução orçamentária e financeira dos recursos recebidos que geraram os serviços colocados à disposição da sociedade.	aliado/opositor

## 6. MÉTODO

Trata-se de avaliação de abordagem qualitativa com análise documental de legislação e questionários a serem dirigidos aos gestores.

Pontos a serem avaliados:

- Lei de criação dos fundos de saúde e sua regulamentação;
- Decreto que institui a estrutura organizacional (Organograma, Competências e Regimento Interno);
- Lei Orçamentária Anual;
- Modalidade de financiamento no âmbito estadual;
- Contas Correntes e respectivos saldos nos fundos de saúde dos Estados e do DF;
- Periodicidade dos relatórios comprobatórios da execução dos recursos recebidos.
- Questionário que abordará os seguintes elementos:
  - » Estruturação normativa e a regulamentação do fundo de saúde;
  - » Autonomia da gestão, infraestrutura e logística;
  - » Operacionalização: estruturação contábil, execução orçamentária e financeira;
  - » Controle e avaliação interna;
  - » Comprovação dos gastos e relatórios gerenciais;

### 6.1 Perguntas avaliativas

As perguntas avaliativas que seguem no quadro 3 poderão compor matriz avaliativa a ser aplicada nas Secretarias Estaduais de Saúde:

Quadro 3. Perguntas Avaliativas

Perguntas Avaliativas	Critérios/ Indicadores	Parâmetros	Tipo de abordagem	Tipo de Dados	Fontes de Dados
Qual é a Lei e o ano, e/ou suas alterações, que instituiu o fundo de saúde?	Total de Leis e quantidade de Leis após 14/01/2012.	Cópia do ato normativo e suas alterações.	Quantitativa	Primário	Diário Oficial do Estado.
Qual é o Decreto e o ano, e/ou suas alterações, que regulamentou o fundo de saúde?	Total de Decretos e quantidade de Decretos após 14/01/2012.	Cópia do ato normativo e suas alterações.	Quantitativa	Primário	Diário Oficial do Estado.

Perguntas Avaliativas	CrITÉrios/ Indicadores	Parâmetros	Tipo de abordagem	Tipo de Dados	Fontes de Dados
Qual é o Decreto e o ano, que regulamenta a estrutura organizacional do fundo de saúde?	Total de Decretos e quantidade de Decretos após 14/01/2012.	Cópia do ato normativo.	Quantitativa	Primário	Diário Oficial do Estado.
O FES é a única unidade orçamentária e executora dos recursos destinados as ações e serviços públicos de saúde - ASPS?	Total de respostas positivas.	Resposta direta (sim ou não)	Qualitativa	Secundário	Questionário.
Qual é a atual Lei Orçamentária Anual - LOA que demonstre que os recursos da saúde estão alocados no FES?	Total de LOAS que demonstrem que os recursos da saúde estão alocados no FES.	Cópia do ato normativo.	Quantitativa	Primário	Diário Oficial do Estado.
As transferências do Estado para os Municípios destinadas ao financiamento das ASPS são realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde?	Total de respostas positivas.	Resposta direta (sim ou não)	Qualitativa	Secundário	Questionário.
Qual é o ato normativo que regulamentou as transferências aos municípios?	Total de decreto autorizativo.	Cópia do ato normativo	Quantitativa	Primário	Diário Oficial do Estado.
Quantas contas correntes existem atualmente com saldos de recursos transferidos fundo a fundo pelo Fundo Nacional de Saúde - FNS?	Quantidade de contas correntes existentes com saldos.	Ferramenta de consulta no sítio do FNS	Quantitativa	Primário	Sítio do FNS.
O Relatório Quadrimestral de Despesas (RQD), é apresentado segundo a obrigatoriedade e a periodicidade previstas na legislação?	Total de respostas positivas.	Resposta direta (sim ou não)	Qualitativa	Secundário	Questionário.

Perguntas Avaliativas	Crítérios/ Indicadores	Parâmetros	Tipo de abordagem	Tipo de Dados	Fontes de Dados
O Relatório Resumido de Execução Orçamentária Bimestral (RREO) é apresentado segundo a obrigatoriedade e a periodicidade previstas na legislação?	Total de respostas positivas.	Resposta direta (sim ou não)	Qualitativa	Secundário	Questionário.
O Relatório Anual de Gestão (RAG) é apresentado segundo a obrigatoriedade e a periodicidade previstas na legislação?	Total de respostas positivas.	Resposta direta (sim ou não)	Qualitativa	Secundário	Questionário.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A falta de avaliação poderá acarretar, além de problemas de ordem estrutural, como o descompasso do planejamento das necessidades sanitárias com a sua implementação/execução gerando empossamentos de recursos financeiros nas contas correntes específicas em detrimento do desenvolvimento das ações e serviços públicos de saúde, a interrupção dos repasses federais pelo não cumprimento das normas, causando desconforto para a sociedade.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF 19 set. 1990.
2. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 31 dez. 1990.

3. Brasil. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 14 set. 2000.
4. Brasil. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 16 jan. 2012.
5. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República; 1988.
6. Brasil. Decreto nº 7.507, de 27 de junho de 2011. Dispõe sobre a movimentação de recursos federais transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, em decorrência das leis citadas. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 28 jun. 2008.
7. Brasil. Receita Federal do Brasil. Instrução Normativa RFB nº 1.143, de 01 de abril de 2011. Dispõe sobre os fundos públicos inscritos no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) como órgãos públicos. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 04 abr. 2011.

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação  
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de  
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

[www.conass.org.br/biblioteca](http://www.conass.org.br/biblioteca)



## CAPÍTULO 3

---

# FORTALECIMENTO DA GESTÃO ESTADUAL DO SUS: ESTUDO DE AVALIABILIDADE DE UM PROJETO DE PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO NAS SECRETARIAS ESTADUAIS DE SAÚDE

---

**Lourdes Lemos Almeida<sup>1</sup>**  
**Tereza Cristina Lins Amaral<sup>2</sup>**

*1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CV disponível em:  
<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4362141Z6>*

*2. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. CV disponível em:  
<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4788418T6>*

## Resumo

**Objetivo:** Este estudo busca identificar a avaliabilidade do Projeto “Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS”, desenvolvido nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) com a finalidade de contribuir para a qualificação do processo de formulação estratégica do planejamento do SUS, no âmbito estadual.

**Métodos:** Abordagem quali-quantitativa do estudo orientada por uma matriz de análise contendo um conjunto de elementos e questões avaliativas, buscando identificar: se há lacunas no modelo lógico do Projeto, se as atividades previstas são suficientes para alcançar os objetivos propostos, se existe consistência na forma como é descrita a lógica do projeto na documentação da intervenção e no modo como os detentores de interesse descrevem a lógica da intervenção. Os dados serão obtidos por meio da análise dos Relatórios produzidos pelos facilitadores que estão conduzindo o processo de planejamento nas SES, dos Mapas Estratégicos elaborados, do Relatório de Coerência entre os instrumentos de planejamento de governo – PPA, LDO e LOA –, de planejamento do SUS – PES e PAS – e dos resultados decorrentes das entrevistas.

**Resultados:** O estudo se propõe a evidenciar se a intervenção analisada encontra-se apta, ou não, para ser avaliada, com vistas a recomendar sua reprodutibilidade, ou identificar melhorias passíveis de incorporação, a partir de critérios e procedimentos norteadores do processo de avaliação, chamando a atenção para a importância da correta aplicação do método de avaliação.

**Palavras-chave:** Gestão; Planejamento; Avaliação.

## 1. INTRODUÇÃO

No Brasil, o processo de transição demográfica e epidemiológica tem acontecido em ritmo acelerado. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o percentual de brasileiros acima de 65 anos passará dos atuais 9,2% para 25,5% do total da população até 2060<sup>i</sup>, o que significa dizer que 1 em cada 4 brasileiros terá mais de 65 anos de idade. O envelhecimento, a urbanização, as mudanças sociais

---

i. Fonte: Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060. IBGE. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>.

e econômicas e a globalização têm impactado o modo de viver, de trabalhar e de se alimentar dos brasileiros. Como consequência, a prevalência de fatores como a obesidade e o sedentarismo, concorrentes diretos para o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tem crescido – com destaque para as doenças osteoarticulares, hipertensão arterial sistêmica (HAS), doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças respiratórias crônicas, dentre outras<sup>1</sup>.

As transformações decorrentes desse processo exigem do Estado respostas adequadas e oportunas, concretizadas por meio da implantação e implementação de políticas públicas, visando à garantia dos direitos fundamentais. Contudo, historicamente, o impacto dessas respostas tem variado de acordo com um conjunto de fatores, entre os quais, aqueles relacionados com o financiamento e com a gestão.

Na área da saúde, o subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é reconhecido por diferentes atores sociais e grupos de interesse envolvidos direta ou indiretamente no processo de construção desse Sistema, como fator impeditivo do cumprimento dos preceitos constitucionais de acesso universal e atendimento integral do setor público de saúde<sup>2</sup>.

Manifesto de autoria das entidades: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres), Rede Unida, e Associação Nacional do Ministério Público de Defesa da Saúde (Ampasa), por ocasião do 8º Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, em junho de 2005; evidencia a dupla implicação do subfinanciamento da saúde:

Uma, por impossibilitar os gestores municipais e estaduais de organizarem a oferta de serviços com qualidade [...], o que os compele a sub-remunerar os profissionais e os estabelecimentos prestadores de serviços, a não investir em melhores edificações e equipagem de unidades de saúde e a atrasar com frequência o pagamento de prestadores e fornecedores, pondo em risco a viabilidade da gestão”. Outra, por significar “intensa repressão de demanda, insuportável congestionamento nos pronto-socorros e consultórios de especialidades, impossibilidade da atenção básica [...] “a ser a porta de entrada preferencial com alta resolutividade, e a permanência do predomínio de intervenções tardias: doenças preveníveis não prevenidas, doenças agravadas não atendidas precocemente e mortes evitáveis não evitadas.<sup>3</sup>

Contudo, para além da questão do subfinanciamento do SUS, os recursos de gestão – políticos, organizativos, cognitivos e de tempo – também se têm mostrado insuficientes. Contribuem para o agravamento deste fato: i) falta de alinhamento entre os instrumentos de planejamento e gestão; (ii) baixa participação do corpo técnico na elaboração do planejamento; (iii) fragilidade na institucionalização dos planos de saúde como instrumento efetivo de organização das ações e serviços de saúde, em que pese a existência de diretrizes no âmbito do SUS para o seu planejamento, como se observa no texto da Portaria de Consolidação nº 1/2017, art. 96<sup>4</sup>:

O Plano de Saúde, instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de 4 (quatro) anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. (Origem: PRT MS/GM 2135/2013, Art. 3º)

O Plano de Saúde deve, portanto, estar alinhado e refletido no planejamento e orçamento do governo no tocante à saúde. Nesse sentido, é necessário que os gestores do SUS (Federal, Estaduais e Municipais) elaborem os planos de saúde compatibilizando os instrumentos específicos do planejamento em saúde (Plano de Saúde e respectivas Programações Anuais e Relatórios de Gestão) com os instrumentos de planejamento e orçamento de governo – Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA) – de forma que estes se inter-relacionem, sequencialmente, compondo um processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS.

Todavia, implantar o planejamento ascendente no SUS, preconizado na Lei 8.080/905, é desafiador para a gestão, pois, ao longo dos anos, comprovou-se a baixa participação dos diferentes atores no processo de formulação da estratégia organizacional do sistema, como forma de tornar esse processo mais interativo e contínuo, estimulando a comunicação, o aprendizado e o comprometimento dos envolvidos.

Contudo, um planejamento de melhor qualidade, que conte com o empenho dos responsáveis pela implementação e compreensão das estratégias a serem definidas em busca de melhores resultados para a população, implica o envolvimento dos diversos atores nesse processo.

As evidências mostram que as organizações que planejam estrategicamente, em geral, alcançam um desempenho superior às demais. As organizações bem-sucedidas buscam uma adequação apropriada entre as condições do ambiente externo e a sua estratégia. Por sua vez, a estratégia define a estrutura organizacional e os processos internos no sentido de alcançar efeitos altamente positivos sobre o desempenho organizacional.<sup>6</sup>

Diante desse desafio, com o propósito de colaborar com as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) propôs ao Ministério da Saúde (MS) a realização de um projeto para qualificação do processo de planejamento das SES, por meio do Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (Proadi-SUS)<sup>ii</sup>.

---

ii. Instituído originalmente pelo Decreto nº 2.536, de 7 de abril de 1998, que dispõe sobre a concessão do Certificado de Entidade de Fins Filantrópicos, o programa de apoio ao desenvolvimento institucional do SUS (Proadi-SUS) é uma alternativa adotada pelas instituições filantrópicas que participam dos benefícios de isenção de contribuições sociais e que são habilitadas como de “excelência”, em razão do cumprimento de determinados requisitos para a apresentação de projetos de apoio ao SUS, no Ministério da Saúde, em troca da referida isenção.

Entre as instituições filantrópicas executoras do Proadi-SUS, responde pela realização do referido projeto o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC), oferecendo apoio técnico e metodológico às SES na realização do planejamento estratégico para o próximo quadriênio de governo e instrumentalizando a gestão na construção do mapa estratégico e do plano de ação, de forma a orientar a elaboração do Plano Estadual de Saúde e respectiva compatibilização com os demais instrumentos do governo: PPA, LDO e LOA.

A implantação do Projeto Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS nas SES está prevista para o período de fevereiro de 2019 a março de 2020, mediante assinatura do Termo de Adesão por parte do gestor estadual. A expectativa de adesão ao projeto, por parte das SES, é de 70%.

## **2. DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO**

Entende-se por intervenção (plano de ação) o “conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados num contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática”.<sup>7</sup>

Segundo Champagne et al.<sup>8</sup>, uma intervenção, seja ela um projeto, programa ou uma política, pode ser concebida como um sistema organizado de ações que inclui, em um determinado contexto: objetivos (o estado futuro que orienta as ações); agentes (os atores sociais); estrutura (recursos e regras); processos (relações entre recursos e atividades).

Para Rivera<sup>9</sup>, a gestão estratégica integra o que é estratégico ao que é operacional, dilui uma possível decisão vertical e introduz um planejamento contínuo, flexível e ajustado, o que possibilita a concretização de um conjunto coerente de projetos. Ao envolver o maior número de atores do centro operacional, procura reduzir ou, pelo menos, tornar transparente o jogo político interno, por intermédio de vários instrumentos, que favorecem a prática de uma tomada de decisão de forma mais integradora. Permite que as organizações oportunizem e se antecipem às mudanças e transformações dos ambientes em que estão inseridas, e enfatiza, ainda, que a comunicação estratégica na organização possibilita que todos que a integram se preparem para identificar oportunidades, a descentralização do poder e a divisão de responsabilidades nas decisões.

Para Matus, as ferramentas do planejamento estratégico possibilitam estruturar práticas de trabalho em uma organização, levando à eficiência, à eficácia, à reflexão, à criatividade, à responsabilidade, à apreciação situacional imediata e à visão direcional de longo prazo<sup>10</sup>.

Segundo Peter Drucker<sup>11</sup>, o planejamento estratégico não diz respeito às decisões futuras, mas às implicações futuras de decisões presentes. Consiste, assim, em um processo contínuo de organização sistemática das atividades necessárias à execução das decisões, da sua retroalimentação e da aferição dos resultados decorrentes em relação às expectativas previstas. Tais decisões devem ser transformadas em projetos, processos e, estes, devem ser medidos para avaliar o alcance das expectativas decorrentes do planejamento estratégico.

Para Rezende<sup>12</sup>, o planejamento estratégico é um projeto e, posteriormente, um processo dinâmico, sistêmico, coletivo, participativo e contínuo para a determinação das políticas e estratégias organizacionais, visando à produção de resultados bem-sucedidos para a organização e para a sociedade, levando em consideração os aspectos financeiros, econômicos, sociais e ambientais presentes e futuros.

Ao encontro dessas premissas, o Projeto Fortalecimento da Gestão Estratégica Estadual do SUS foi desenvolvido com o propósito de cooperar tecnicamente com as SES na realização do seu planejamento estratégico para o próximo quadriênio de governo, por meio da instrumentalização da gestão para a elaboração dos produtos: mapa estratégico; plano de ação derivado do mapa estratégico; tábua de indicadores estratégicos para monitoramento do plano de ação; e Plano Estadual de Saúde, contribuindo para que tais instrumentos estejam em conformidade com os demais instrumentos do governo, como o PPA, a (LDO) e a LOA (figura 1).

Figura 1. Modelo Lógico do Projeto Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS nas SES



Fonte: Elaboração das Autoras.

O processo de construção dessa proposta levou em consideração a combinação de fatores e atores que implicam a complexidade de priorização da agenda do gestor, respeitando a autonomia dos entes federados envolvidos e sua expertise enquanto gestor.

Segundo Hartz<sup>13</sup>, o modelo teórico de um programa/projeto deve explicitar como ele idealmente funciona e que argumentações teóricas dão suporte à hipótese apresentada e que hipóteses alternativas (rivais) serão afastadas. Para Mayne (2000) citado por Hartz e Vieira da Silva, é necessário mostrar consciência da complexidade da situação e compreensão de outros fatores que jogam papel importante na produção dos resultados (esperados e não esperados), indicando as evidências que serão buscadas para demonstrar que o programa em questão promoveu uma significativa contribuição para eles.

Nesse sentido, foi elaborado o documento: “Diretrizes metodológicas para o planejamento estratégico das SES”, contendo: i) contextualização do projeto; ii) referencial teórico utilizado; iii) metodologia da intervenção; iv) termos de referência das seis oficinas de trabalho locais propostas; e v) detalhamento dos produtos esperados. Esse documento destina-se ainda a promover o alinhamento conceitual entre os atores envolvidos na operacionalização do projeto.

A escolha dos referenciais teóricos na concepção do projeto se deu por meio de revisões bibliográficas – levando em consideração experiências nacionais e internacionais –, sendo priorizados os autores e conceitos que embasaram a construção dos instrumentos de planejamento atualmente vigentes na administração pública brasileira.

Foram ainda selecionadas produções de autores de referência no âmbito da estratégia, planejamento estratégico, gestão de sistemas de saúde, documentos oficiais elaborados pelo MS e Conass, além das principais diretrizes e portarias do SUS.

Entendendo o planejamento como um processo contínuo e necessário, após conclusão dessa intervenção nas SES, está prevista a validação dessas diretrizes pelos atores envolvidos, a saber: SES, Conass<sup>iii</sup>, MS<sup>iv</sup> e HAOC<sup>v</sup>, com vistas à sua disponibilização como referencial metodológico para o aprimoramento da gestão no âmbito do SUS, no futuro.

### 3. ESTUDO DE AVALIABILIDADE

Trata-se de um Estudo de Avaliabilidade (EA) do Projeto Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS, elaborado no âmbito do Curso Internacional de Avaliação em Saúde, realizado pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) da Universidade Nova de Lisboa (UNL).

#### 3.1 Objetivo Geral

Identificar a avaliabilidade da implantação do Projeto Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS, enquanto intervenção destinada à qualificação do processo de planejamento no SUS.

---

iii. O Conass é uma instituição de direito privado, sem fins lucrativos, integrada pelos secretários de Estado de Saúde dos estados e do Distrito Federal. Tem o objetivo de apoiar e fortalecer tecnicamente as Secretarias de Saúde, além de representá-las no âmbito político. [internet]. Acesso em 30 ago 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/>

iv. O Ministério da Saúde é o órgão do governo federal responsável pela manutenção e administração da saúde pública no Brasil, no âmbito do SUS. [internet]. Acesso em 30 ago 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/>

v. O HAOC é uma associação sem fins lucrativos criada em 1897, definida como hospital de excelência por meio da Lei 12.101/2009, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social.

### 3.2 Objetivos específicos

- Analisar a concepção da intervenção e verificar se sua avaliação é exequível;
- Analisar se as atividades previstas na intervenção são suficientes para alcançar os objetivos propostos;
- Gerar uma compreensão comum da finalidade e uso da avaliação entre os atores de interesse.

## 4. PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

O Estudo de Avaliabilidade visa identificar em que medida os programas estão em condições de serem avaliados no futuro e ajudar os principais detentores de interesse a chegarem a um acordo sobre os critérios de avaliação, promovendo o seu envolvimento no processo de avaliação e tornando mais provável que a avaliação atenda às necessidades do programa/projeto e que os seus resultados sejam posteriormente utilizados. Surge como resposta à necessidade de reduzir o número de avaliações de má qualidade e garantir que os recursos não sejam gastos em uma avaliação que não vale a pena ou não é útil<sup>14,15</sup>.

Davies<sup>16</sup>, após revisão da bibliografia sobre análises da avaliabilidade, concluiu que, embora sejam complementares, há dois conceitos diferentes para análise da avaliabilidade. Enquanto um desses conceitos examina, em termos teóricos, se um projeto/programa pode ser avaliado no seu estado atual, com base na sua concepção e na teoria da mudança que lhe está subjacente, o outro, na prática, analisa, com base nos sistemas e na capacidade do projeto/programa, se os dados relevantes estarão disponíveis para uma avaliação. O autor explica que a maioria dos estudos de avaliabilidade analisa, mais do que a possibilidade de avaliação, a exequibilidade e utilidade de avançar com uma avaliação.

Morra Imas e Rist<sup>17</sup> definem a análise da avaliabilidade como um exame preliminar para determinar se uma avaliação é útil e viável. Nesse mesmo sentido, para Wholley, et al<sup>14</sup>, a análise da avaliabilidade identifica em que medida os programas estão em condições de serem avaliados, e não se uma intervenção pode ser avaliada, tendo em vista que qualquer intervenção é passível de avaliação.

Para esses autores, uma intervenção encontra-se apta a uma avaliação útil se atender aos seguintes requisitos: i) As metas da intervenção foram acordadas e são realistas – há entre os diversos detentores de interesse coincidência de percepção quanto às metas, relativamente às quais a intervenção pode ser avaliada; ii) As necessidades

de informação estão bem identificadas – há acordo quanto a objetivos, recursos, processos, produtos e resultados que podem ser objeto da avaliação e há acordo quanto ao uso da informação produzida; iii) É possível obter dados para a avaliação – há possibilidade de medir, em termos quantitativos ou qualitativos, os recursos, atividades, produtos e resultados-chave da intervenção; iv) Os potenciais utilizadores desejam e são capazes de utilizar a informação da avaliação – por exemplo, para aumentar a responsabilização/prestação de contas, melhorar a qualidade da intervenção ou mostrar o seu valor aos tomadores de decisão.

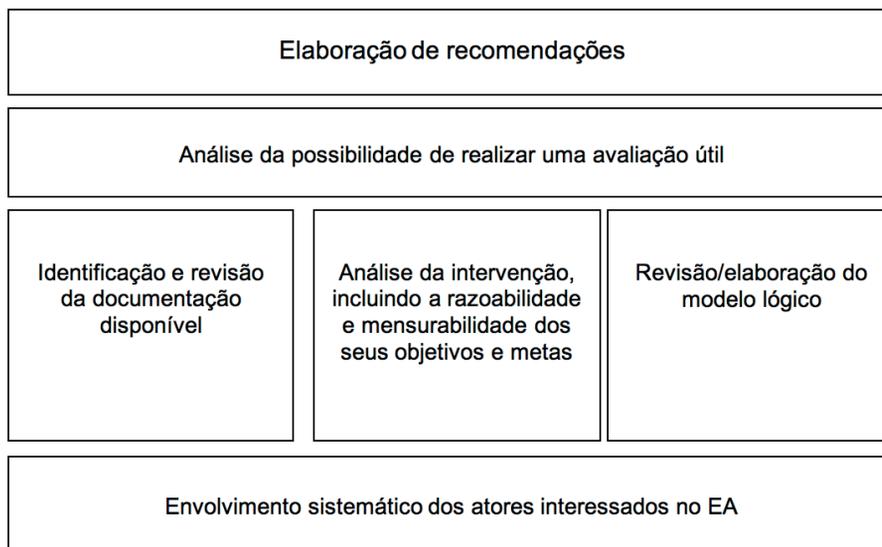
A análise de avaliabilidade de uma determinada intervenção deve ainda responder às seguintes questões, a fim de determinar se sua avaliação é útil e exequível: i) A intervenção está pronta para ser gerida ou supervisionada de acordo com uma abordagem orientada para os resultados? ii) Que mudanças são necessárias para permitir uma gestão orientada para os resultados? iii) A avaliação é suscetível de contribuir para a melhoria do desempenho da intervenção?

Para Trevisan e Huang<sup>15</sup>, as análises da avaliabilidade não se constituem em um “processo linear de etapas”, devendo ser levados em consideração a dinamicidade do contexto, a complexidade e o grau de desenvolvimento da intervenção, o momento em que se realiza, o número de detentores de interesse, entre outros. Ainda segundo os autores, esses elementos podem, na prática, ser abordados simultaneamente.

As análises da avaliabilidade são particularmente relevantes para assegurar que durante a avaliação sejam recolhidas informações úteis, que respondam aos critérios de: relevância, eficácia, eficiência, impacto e sustentabilidade.

Os produtos esperados de um estudo de avaliabilidade são uma descrição abrangente do programa, das perguntas de avaliação e uma concordância entre todos os envolvidos em relação a tudo isso. Nesse sentido, realizar um estudo de avaliabilidade significa avaliar e criticar o programa até que seu desenho seja coerente e lógico, auxiliando na definição dos propósitos e do foco avaliativo, culminando em uma apreciação prévia acerca das possibilidades e da oportunidade da avaliação (figura 2).

Figura 2. Desenho do EA do Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS



Fonte: Elaboração das Autoras

## 5. ELEMENTOS PARA O ESTUDO DE AVALIABILIDADE

A análise da avaliabilidade deve estruturar-se em elementos necessários que permitam identificar se um programa está em condições de ser avaliado, e se a avaliação é justificada, viável, exequível e suscetível de fornecer informações úteis. Para tanto, deve contemplar todas as questões relevantes que servirão de base para essa análise, a saber: i) Mapeamento dos interessados na avaliação; ii) Perguntas avaliativas; iii) Matriz de medidas utilizada.

### 5.1 Mapeamento dos interessados na avaliação

Para uma avaliação de qualidade, deve ser observado o cumprimento de alguns padrões, conforme as melhores normas, no mapeamento dos interessados. Nesta intervenção, serão observados os padrões oferecidos pelo *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation*, um Comitê criado nos Estados Unidos, na década de 1970, para definir os padrões que deveriam guiar avaliadores na condução de seu trabalho, bem como orientar qualquer profissional interessado em atribuir valor para a qualidade do processo avaliativo: i) utilidade – garantir que a avaliação seja útil e responda às questões diretamente relevantes para os usuários; ii) viabilidade – garantir a sua execução com os recursos disponíveis; iii) precisão – garantir que os dados são precisos e

confiáveis; iv) propriedade – garantir que a avaliação será ética e conduzida respeitando os direitos e interesses dos envolvidos; e v) transparência – garantir que a avaliação permita uma meta-avaliação.

Sendo o aprimoramento da gestão um dos elementos-chave no desempenho das políticas de saúde no âmbito do SUS, a avaliação da efetividade da intervenção no aprimoramento da gestão interessa às SES, ao Conass, ao MS, enquanto gestores do SUS, ao HAOC, enquanto executor do projeto e ao Conasems<sup>vi</sup>.

## 5.2 Perguntas avaliativas

A elaboração de perguntas é um momento-chave do processo que requer uma reflexão profunda e cuidadosa do grupo envolvido com a avaliação, sendo necessário considerar alguns critérios na escolha das perguntas avaliativas, tais como: relevância, utilidade, viabilidade.

Essas perguntas cumprem o papel de orientar o desenvolvimento da avaliação e deverão compor a matriz avaliativa a ser aplicada aos gestores e equipes técnicas das SES.

## 5.3 Matriz de medidas utilizada

A Matriz Avaliativa utilizada expressa a lógica causal da intervenção em parte e no todo, ao analisar diferentes documentos elaborados durante a intervenção, traduzindo como os seus componentes contribuem para a produção dos seus efeitos, favorecendo sínteses e incluindo informações qualitativas e quantitativas, com vistas a obter resultados que podem ser aferidos e que contemplem os objetivos da avaliação.

## 5.4. Matriz de Análise de Avaliabilidade

Observados os elementos citados, foi elaborada a matriz de análise da avaliabilidade do referido Projeto, com base na Nota Técnica nº 2: *Análise da avaliabilidade: Determinar a viabilidade de uma avaliação a um projeto ou programa*<sup>18</sup>, disponível no site do Instituto Camões<sup>vii</sup>. Está contido na matriz o conjunto de elementos e questões avaliativas que orientarão este estudo.

---

vi. O Conasems tem como missão agregar e representar o conjunto das Secretarias Municipais de Saúde do País. [internet]. Acesso em 30 ago 2019. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/>

vii. Camões, I.P é um instituto público, integrado à administração indireta do Ministério dos Negócios Estrangeiros de Portugal, dotado de autonomia administrativa, financeira e património próprio. [internet]. Acesso em 26 set 2019. Disponível em: <https://www.instituto-camoes.pt/sobre/sobre-nos/identidade>.

## 6. MÉTODO

Para a análise da avaliabilidade do projeto, será realizada uma abordagem quali-quantitativa, orientada pela matriz de análise abaixo proposta, que contempla um conjunto de elementos e questões avaliativas. Os dados serão obtidos por meio da análise dos Relatórios produzidos pelos facilitadores que estão conduzindo o processo de planejamento nas SES, dos Mapas Estratégicos elaborados, do Relatório de Coerência entre os instrumentos de planejamento de governo – PPA, LDO e LOA – de planejamento do SUS – PES e PAS – e dos resultados das entrevistas que serão realizadas.

### 6.1 Matriz de Análise da Avaliabilidade

#### Intervenção: Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual do SUS

##### 1- Identificação e envolvimento dos potenciais utilizadores da avaliação e outros detentores de interesse

Sendo o aprimoramento da gestão um dos elementos-chave no desempenho das políticas de saúde no âmbito do SUS, a avaliação da intervenção interessa às SES, ao MS, ao Conass, ao Conasems, enquanto gestores do SUS, e ao HAOC, enquanto executor do projeto.

1.1- Principais utilizadores e detentores de interesse	Interesse na avaliação
Secretarias Estaduais de Saúde	Aferir se a intervenção atendeu às expectativas da SES e se impactou nos resultados esperados.
MS	Verificar se as soluções estratégicas propostas pelo projeto contribuíram para a melhoria da gestão e da qualificação do SUS e se a metodologia de planejamento aplicada, com ênfase no planejamento estratégico, contribuiu para a mudança na forma de planejar no SUS.
Conass	Verificar se a metodologia de planejamento aplicada, com ênfase no planejamento estratégico, contribuiu para a mudança na forma de planejar das SES.
Conasems	Verificar se as soluções estratégicas propostas pelo projeto contribuíram para a melhoria da gestão.

1.1- Principais utilizadores e detentores de interesse	Interesse na avaliação
HAOC	<p>Demonstrar a capacidade de desenvolver projetos como hospital de excelência, com foco na responsabilidade social.</p> <p>Verificar se a conjugação de esforços com os seus parceiros, MS e Conass, por meio de projetos de interesse dos gestores do SUS, contribuiu para a mudança do processo de elaboração dos instrumentos de planejamento.</p>

Questões avaliativas	Resposta	Observações
Até que ponto os diferentes detentores de interesse estão disponíveis para participar na análise da avaliabilidade?	<input type="checkbox"/> Disponíveis <input type="checkbox"/> Pouco disponíveis <input type="checkbox"/> Indisponíveis	
Existe consistência na forma como a lógica do programa é descrita na documentação da intervenção e no modo como os detentores de interesse descrevem a lógica da intervenção?	<input type="checkbox"/> Consistente <input type="checkbox"/> Pouco consistente <input type="checkbox"/> Sem consistência	
Há expectativa de múltiplas interações entre diferentes componentes do projeto? Até que ponto estão claramente definidas as interações esperadas?	<input type="checkbox"/> Claramente definidas <input type="checkbox"/> Mal definidas <input type="checkbox"/> Não definidas	

## 2- Identificação e revisão da documentação da intervenção

Levantamento dos diferentes documentos elaborados durante a intervenção, traduzindo como os seus componentes contribuem na produção dos efeitos da intervenção, favorecendo sínteses e incluindo informações qualitativas e quantitativas.

Questões avaliativas	Resposta	Observações
Os documentos-chave da intervenção estão disponíveis para a análise? (documento com a proposta da intervenção, relatórios de progresso, avaliações, análises, entre outros)	<input type="checkbox"/> Existem todos <input type="checkbox"/> Incompletos <input type="checkbox"/> Não há documentos	
Se tiver sido realizada uma avaliação do projeto	<input type="checkbox"/> Os relatórios estão disponíveis <input type="checkbox"/> Os relatórios não estão disponíveis	

**2.1- Acompanhamento**

Questões avaliativas	Resposta	Observações
Foi definido um sistema de acompanhamento do progresso incluindo ações a realizar para registar a evolução?	<input type="checkbox"/> Sistema bem estabelecido <input type="checkbox"/> Sistema estabelecido, mas precisa de melhorias. <input type="checkbox"/> Sistema não estabelecido	
O sistema de acompanhamento para recolher e sistematizar as informações tem responsabilidades, fontes e periodicidade definidas?	<input type="checkbox"/> As responsabilidades, fontes e periodicidade estão definidas e são adequadas. <input type="checkbox"/> As responsabilidades, fontes e periodicidade estão mal definidas e não são adequadas. <input type="checkbox"/> Não há responsabilidades, fontes e periodicidades definidas.	
Estão sendo recolhidos dados para todos os indicadores? Os dados sobre os indicadores/ evidências são recolhidos e são suficientes? (quantitativos/qualitativos)	<input type="checkbox"/> Os dados são recolhidos e são suficientes <input type="checkbox"/> Os dados são recolhidos, mas são insuficientes e/ou com problemas de fidedignidade. <input type="checkbox"/> Não há recolha de dados	

**3- Análise da intervenção**

Analisa-se em que medida os resultados pretendidos pelo Projeto podem ser alcançados, diante das atividades identificadas e recursos disponíveis.

**3.1- Beneficiários**

Questões avaliativas	Resposta	Observações
Os beneficiários estão claramente identificados?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Apenas alguns <input type="checkbox"/> Não	
Como foram identificadas as necessidades dos grupos-alvo? Em que medida foram consultados os beneficiários pretendidos?	<input type="checkbox"/> As necessidades foram identificadas através da consulta dos beneficiários <input type="checkbox"/> Os beneficiários foram consultados, mas as necessidades identificadas não correspondem às suas. <input type="checkbox"/> As necessidades foram identificadas sem consulta dos beneficiários	

<b>3.2- Lógica da Intervenção - Adequação do desenho da intervenção</b>		
<b>Questões avaliativas</b>	<b>Resposta</b>	<b>Observações</b>
A intervenção tem um calendário claramente definido?	<input type="checkbox"/> Há um calendário bem definido <input type="checkbox"/> Há um calendário, mas não é exequível. <input type="checkbox"/> Não há calendário	
A finalidade da intervenção (objetivo geral) está claramente definida e é realista? Há uma explicitação clara do problema que a intervenção visa resolver?	<input type="checkbox"/> Claramente definida <input type="checkbox"/> Definida, mas com insuficiências. <input type="checkbox"/> Não definida	
Os interessados concordam que os objetivos da intervenção podem ser alcançados, dadas às atividades previstas, no âmbito da intervenção durante a sua vida útil?	<input type="checkbox"/> Concordam <input type="checkbox"/> Concordam parcialmente <input type="checkbox"/> Discordam	
É provável que os objetivos gerais do programa possam ser alcançados, dadas às atividades previstas, dentro do tempo de vida da intervenção?	<input type="checkbox"/> Muito provável <input type="checkbox"/> Pouco provável <input type="checkbox"/> Não é provável	
Os resultados esperados estão ligados aos problemas e necessidades identificadas? Os objetivos da intervenção são claramente relevantes para as necessidades do grupo-alvo?	<input type="checkbox"/> Claramente relacionados e relevantes <input type="checkbox"/> Parcialmente relacionados e relevantes <input type="checkbox"/> Não relacionados nem relevantes	
Os objetivos específicos da intervenção (resultados esperados com a conclusão da intervenção) estão claramente definidos e são realistas?	<input type="checkbox"/> Claramente definidos e realistas <input type="checkbox"/> Definidos, mas irrealistas. <input type="checkbox"/> Não definidos	
As causas dos problemas estão identificadas?	<input type="checkbox"/> Claramente identificadas <input type="checkbox"/> Parcialmente identificadas <input type="checkbox"/> Não identificadas	
As atividades do programa estão bem definidas e são suficientes?	<input type="checkbox"/> Bem definidas e suficientes <input type="checkbox"/> Parcialmente definidas <input type="checkbox"/> Não definidas	
Os recursos estão claramente definidos e são suficientes? São mensuráveis?	<input type="checkbox"/> Claramente definidos, suficientes e mensuráveis. <input type="checkbox"/> Mal definidos <input type="checkbox"/> Não há recursos definidos	

**3.3- Indicadores**

Questões avaliativas	Resposta	Observações
Há indicadores (para o objetivo geral, para os resultados/objetivos específicos e para os produtos)? Estes indicadores captam a informação relevante?	<input type="checkbox"/> Específicos <input type="checkbox"/> Mensuráveis <input type="checkbox"/> Alcançáveis <input type="checkbox"/> Realistas <input type="checkbox"/> Oportunos <input type="checkbox"/> Captam a informação relevante <input type="checkbox"/> Os indicadores não captam a informação relevante <input type="checkbox"/> Não foram definidos indicadores	
Há critérios que permitam avaliar a fidedignidade dos dados?	<input type="checkbox"/> Há critérios claramente definidos <input type="checkbox"/> Há critérios, mas são insuficientes. <input type="checkbox"/> Não há critérios definidos	

**4- Rever/Preparar um modelo Lógico**

Analisa-se a existência de lacunas no modelo lógico do Projeto, podendo ser proposta mudanças substanciais no mesmo, com vistas a uma posterior avaliação.

Questões avaliativas	Resposta	Observações
Foi claramente definido um modelo lógico?	<input type="checkbox"/> Completo e bem articulado <input type="checkbox"/> Necessita de melhorias <input type="checkbox"/> Não existe	
Há consistência lógica entre os componentes da intervenção?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Existe consistência na forma como o modelo lógico é descrito nos documentos do projeto - concepção do projeto, planos de trabalho, relatórios de progresso, etc.?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
É possível identificar que relações na cadeia causal são mais críticas para o sucesso do projeto e, portanto, devem ser o foco das perguntas de avaliação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
As atividades, os produtos e o objetivo específico estão relacionados logicamente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Questões avaliativas	Resposta	Observações
Os resultados da intervenção estão identificados de uma forma coerente. Os resultados, efeitos e impactos constituem uma cadeia de resultados lógica?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Há acordo entre a liderança e o pessoal da intervenção sobre quais são os resultados esperados da intervenção?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Há acordo entre os detentores de interesse quanto ao modelo lógico?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

#### 4.1- Pressupostos e riscos

Questões avaliativas	Resposta	Observações
Os fatores e atores externos que podem afetar a viabilidade do projeto estão claramente identificados?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Foi definido um sistema de gestão de riscos, incluindo as ações a empreender para mitigá-los?	<input type="checkbox"/> Sistema bem definido <input type="checkbox"/> Sistema definido,mas necessita de melhorias. <input type="checkbox"/> Sistema não definido	

#### 5- Analisar a possibilidade de realizar uma avaliação útil

Analisa-se em que medida a intervenção está pronta para ser avaliada.

##### 5.1- Viabilidade, credibilidade e utilidade da avaliação

Questões avaliativas	Resposta	Observações
O contexto é propício para realizar a avaliação, tanto externo como interno ao programa, incluindo a implicação dos detentores de interesse?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Há recursos disponíveis para realizar a avaliação tais como equipa bem treinada, recursos financeiros, etc.?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
É o momento certo?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

**5.2- Apropriação pelos detentores de interesse**

Questões avaliativas	Resposta	Observações
A agência financiadora ou executora comprometeu-se em desenvolver um sistema de acompanhamento e avaliação da intervenção?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Espera-se que os beneficiários participem no processo de preparação e acompanhamento da intervenção?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

**6- Discutir os resultados da análise da avaliabilidade e conclusões com os detentores de interesse**

Discussão do relatório preliminar da análise de avaliabilidade com os detentores de interesse para verificação, clarificação e conclusão do relatório. As constatações e recomendações devem ser utilizadas para definir um plano de ação para resolver os desafios identificados, antes de avançar com uma avaliação.

**Conclusões da avaliabilidade da intervenção**

- Recomendações para os sistemas de acompanhamento ou desenvolvimento de capacidades
- Momento de avaliação recomendado
- Modelo lógico de avaliação recomendado, incluindo eventuais questões da avaliação.

**6. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES**

Qualificar as avaliações, especialmente no SUS, é um dever e um desafio a ser enfrentado por avaliadores e gestores, uma vez que as boas avaliações podem agregar inteligência estratégica e apoiar decisões consistentes para gerar práticas mais efetivas e eficazes no enfrentamento dos problemas no sistema de saúde.

Nesse sentido, é fundamental o desenvolvimento e o aprimoramento de metodologias de investigação que possam contribuir efetivamente para a qualificação da gestão do SUS, respaldada em processos de avaliação do impacto das intervenções em saúde, com vistas a determinar sua disponibilidade ou efetividade.

Nesse contexto, enquanto o aprimoramento das alternativas metodológicas na pesquisa avaliativa contribui para o aumento da validade interna da pesquisa, a princi-

pal vantagem de uma avaliação orientada pela teoria (*theory-driven evaluation*) é poder contribuir para a “reprodutibilidade ou validade externa das intervenções governamentais em larga escala”<sup>19</sup>, e, recomendar, ou não, sua implementação, bem como identificar melhorias passíveis de incorporação na intervenção, sendo esta a finalidade do Estudo da Avaliabilidade.

Vale ainda destacar a importância da correta aplicação do método de avaliação, com o objetivo de garantir a uniformidade de critérios e procedimentos norteadores do processo de avaliação, com vistas a melhorar a capacidade do conjunto dos atores envolvidos nesse processo.

## REFERÊNCIAS

1. Duarte EC, Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiol. Serv. Saúde* [internet]. 2012 [acesso em 2019 ago 30];21(4):529-532. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742012000400001&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000400001&lng=pt&nrm=iso)>.
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Financiamento da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS; 2011. 124 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 2).
3. CEBES; ABRASCO; ABRES; REDE UNIDA; AMPASA. Manifesto Reafirmando Compromissos pela Saúde dos Brasileiros de 23 de novembro de 2005 [internet]. [acesso em 2019 ago 07]. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20060713121020.pdf>.
4. Brasil. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de Setembro de 2017. Art. 96. Publicada em 03/10/2017 [internet]. [acesso em 2019 ago 02]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html).
5. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [internet]. [acesso em 2019 ago 25]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm).
6. Chiavenato I, Sapiro a. Planejamento Estratégico: Fundamentos e aplicações. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.

7. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área de saúde: Conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 29-47.
8. Champagne F, et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: Brousele A. et al., organizadores. Avaliação em saúde conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 19-40.
9. Rivera FJU. Análise Estratégica em Saúde e Gestão pela Escuta. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
10. Artmann E. O Planejamento Estratégico Situacional: A Trilogia Matusiana e uma Proposta para o Nível Local de Saúde (Uma Abordagem Comunicativa) [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1993.
11. Drucker P. Introdução à Administração. São Paulo: Pioneira; 1984.
12. Rezende DA. Planejamento Estratégico Público ou Privado: Guia para Projetos em Organizações de Governo ou de Negócios. São Paulo: Atlas; 2011.
13. Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas [internet]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1997 [acesso em 2019 ago 02]. 132 p. ISBN 85-85676-36-1. Available from SciELO Books: <http://books.scielo.org>.
14. Wholey J, Hatry H, Newcomer K editors. Handbook of Practical Program Evaluation, 3rd. ed. Jossey-Bass; 2010.
15. Trevisan MS, Huang MY. Evaluability Assessment: A Primer. Pract assess res eval. [internet] 2003 [acesso em 2019 ago 02];8(20). Disponível em: <http://www.pareonline.net/getvn.asp?v=8&n=20>.
16. Davies R. Planning Evaluability Assessment: A Synthesis of the Literature with Recommendations. Working Paper 40. London, DFID; 2013. [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/248656/wp40-planning-eval-assessments.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/248656/wp40-planning-eval-assessments.pdf).
17. Morra Imas LG, Rist RC. The Road to Results: Designing and Conducting Effective Development Evaluations. World Bank Publications; 2009.

18. GAA/ Camões, I.P. Nota técnica nº 2: Análise da avaliabilidade: Determinar a viabilidade de uma avaliação a um projeto ou programa. janeiro 2016

19. HARTZ, Z.M.A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 341-354, 1999.

## CAPÍTULO 4

---

# IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES EDUCATIVAS DAS ESCOLAS ESTADUAIS DE SAÚDE PARA A ALTERAÇÃO DAS PRÁTICAS PROFISSIONAIS: UM ESTUDO DE CASO NO DISTRITO FEDERAL

---

**Carla Ulhoa André<sup>1</sup>**  
**Haroldo Jorge de Carvalho Pontes<sup>2</sup>**

- 1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS.  
Disponível em <http://lattes.cnpq.br/2543385582492219>*
- 2. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS*

## Resumo

**Objetivo:** Este projeto busca avaliar a efetividade das ações desenvolvidas pela Escola Estadual de Saúde (EES) do Distrito Federal (DF) por meio de suas possíveis implicações nas práticas dos profissionais de saúde. Assim, pretendeu-se realizar um estudo sobre a sua avaliabilidade por intermédio de entrevista com informações-chave e de análise documental de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do DF.

**Métodos:** Visando à integração entre o ensino e o serviço de saúde, tornou-se cada vez mais necessária a observação de significados, expectativas, motivações e atitudes, para avaliar as mudanças nas práticas dos profissionais, em um determinado serviço de saúde, buscando observar como essas ações as qualificam. Desse modo, o projeto de pesquisa tenciona, a partir do modelo lógico do qual foi construído uma matriz com critérios e indicadores, avaliar, por meio de entrevistas com os profissionais da UBS, se é possível conhecer as práticas dos profissionais envolvidos e as contribuições da educação permanente nos processos de trabalho.

**Resultados:** A necessidade desta avaliação se justifica porque a contribuição das ações educativas da EES para as práticas dos profissionais da UBS pode ser de difícil implementação. Os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), diante de tantas dificuldades, tendem a priorizar os problemas mais diretamente ligados ao financiamento, à assistência e à judicialização. Portanto, é relevante buscar avaliar se as ações de Educação em Saúde desenvolvidas por uma EES podem ter o efeito de modificar as práticas dos profissionais de saúde.

**Palavras-chave:** Ações educativas; Práticas profissionais; Escolas Estaduais de Saúde; Sistema Único de Saúde.

## 1. INTRODUÇÃO

As análises sobre características inovadoras e de grande impacto social demonstram a necessidade de um modelo de formação adequado. Neste texto, discutimos a necessidade e a relevância das ações de Educação na área da Saúde desenvolvidas em uma Escola Estadual de Saúde (EES). Avaliar, portanto, se, e em que medida, as ações são pertinentes, e se, e em que medida, alteram, de alguma maneira, as práticas profissionais na Unidade Básica de Saúde (UBS) em estudo.

Inicialmente, é necessário destacar que a Constituição Federal de 1988<sup>1</sup> afirma, no art. 200, inciso III, que ao SUS compete, além de outras atribuições, ordenar a formação de Recursos Humanos na área da Saúde. A Lei 8.080<sup>2</sup>, de 19 de setembro de 1990, no art. 6º, inciso III, define que está incluída no campo de atuação do SUS a ordenação da formação de Recursos Humanos na área da saúde. No art. 15, inciso IX, que a União, os Estados, o Distrito Federal (DF) e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições: participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de Recursos Humanos para a saúde<sup>2</sup>. No art. 27, inciso I, que a política de Recursos Humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos: organizar um sistema de formação de Recursos Humanos, em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal<sup>2</sup>.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, referência fundamental na História da Saúde Pública brasileira e essencial para a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), destaca em seu relatório final que uma das causas das precárias condições dos serviços de atenção à saúde é a inadequada formação de seus Recursos Humanos, afirmando ser necessária uma formação integrada ao sistema de saúde, assim como a capacitação permanente de pessoal<sup>3</sup>.

Mais recentemente, a Portaria nº 198/GM<sup>4</sup>, de 13 de fevereiro de 2004, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (Pneps), como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Nessa portaria, define-se a Educação Permanente como um conceito pedagógico no setor da saúde, com o objetivo de efetuar relações orgânicas entre o ensino e as ações e serviços, e entre a docência e a atenção à saúde. Uma proposta de ação estratégica que visa contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos formativos e as práticas pedagógicas na formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde. A Educação Permanente em Saúde (EPS), portanto, possibilita a articulação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e a promoção da saúde<sup>4</sup>.

A Secretaria Estadual de Saúde (SES) do DF, instância à qual a EES está vinculada, compõe o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), entidade que congrega o conjunto das SES e que tem por missão articular, representar e apoiar essas Secretarias no âmbito do SUS, bem como promover a disseminação da informação, produção, difusão do conhecimento, inovação e incentivo à troca de experiências. Para cumprir com seu objetivo de fortalecer a Gestão Estadual para a consolidação do SUS, realiza assessoramento técnico às SES. Desenvolve seu trabalho, entre outras manei-

ras, por meio de 13 Câmaras Técnicas (CT), sendo uma delas a Câmara Técnica de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Participam dessa CT vários dirigentes de EES.

Atualmente, existem 15 EES ligadas às SES, de diferentes formatos e com histórias e tempos distintos<sup>5</sup>; mas todas com o mesmo objetivo: trabalhar, no seu campo de atuação, para fortalecer o SUS. As EES, pelo trabalho que desenvolvem, são o principal instrumento para a implementação da Pneps, bem como pela implementação do que é preconizado pela Constituição Federal e pelas Leis Orgânicas da Saúde.

É necessário observar, porém, que o SUS vivencia um momento de grande dificuldade, inclusive de financiamento. Apenas como exemplo, destaca-se que a Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016, instituiu um novo regime fiscal no âmbito dos Orçamentos Fiscais e da Seguridade Social que vigorará por 20 exercícios financeiros, agravando em muito esse cenário<sup>6</sup>. Essa Emenda Constitucional estabelece, para cada exercício, limites individualizados para as despesas primárias. Em um cenário de aumento de expectativa de vida, maior complexidade nas ações de saúde e inflação diferenciada no setor, a gradativa dificuldade é evidente.

Nesse contexto de relações tensionadas entre dificuldades e necessidades, é necessário saber se as ações de educação em saúde desenvolvidas pelas EES atendem às necessidades de formação específicas do SUS, se há integração entre o ensino e o serviço e se a aprendizagem é relevante, conforme preconiza a Pneps.

De acordo com a pesquisa coordenada pelo Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro<sup>7</sup>, as autoras relatam que dificuldades foram encontradas para avaliar o impacto nos resultados dos indicadores de saúde; assim como a estrutura curricular e metodológica dos cursos ofertados. Os resultados apontam que decorrem do processo de avaliação e monitoramento das ações de EPS distintas estratégias, sendo a identificação de novas demandas de projetos de EPS a mais pontuada. Percebe-se que existem lacunas por parte dos gestores da Educação Permanente das SES em acompanhar o impacto das ações na qualificação dos serviços e/ou fazer monitoramento contínuo das ações.

Por conseguinte, sempre foi, e no atual contexto, mais ainda, necessário demonstrar com clareza se as ações de educação na saúde são necessárias e essenciais para a implementação e fortalecimento do SUS. De acordo com Châtelet<sup>8</sup>:

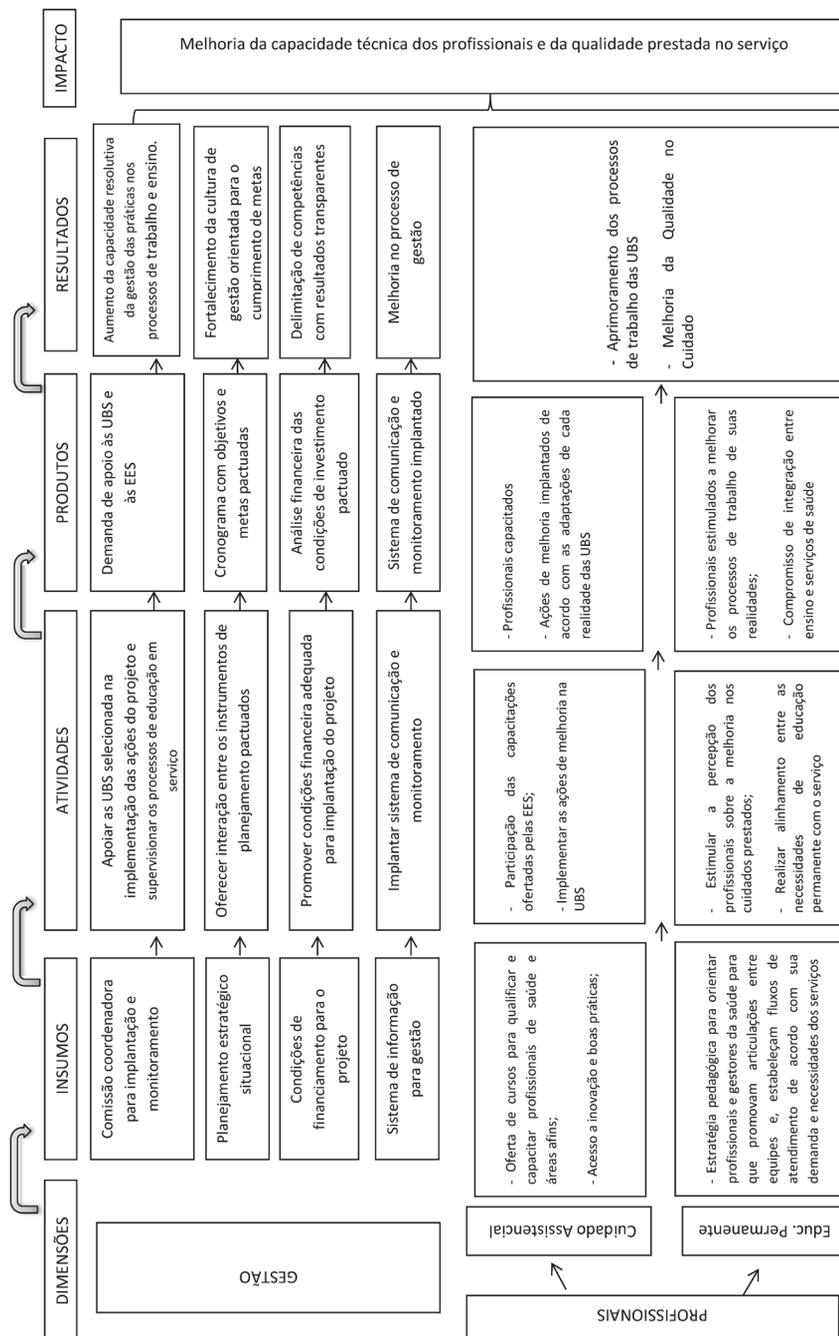
Mas isto, para ser afirmado, precisa ser claramente demonstrado. Importa que as hipóteses sejam provadas: que elas não sejam fruto de uma simples convenção, mas a expressão do que é, daquilo a que se pode legitimamente fazer confiança.

Coerente no entendimento de fortalecer as práticas de gestão do trabalho das SES, por meio de um processo de capacitação, este estudo proporciona subsídios para

responder à pergunta de pesquisa: o processo de capacitação desenvolvida pela EES fortalece as práticas profissionais na UBS?

O modelo lógico, que resume as atividades, produtos, resultados e insumos da intervenção conforme a figura 1.

Figura 1. A contribuição das ações educativas das escolas estaduais de saúde na alteração das práticas profissionais: um estudo de Caso



## **2. OBJETIVO GERAL**

Avaliar a efetividade das ações desenvolvidas por uma EES por meio de suas possíveis implicações nas práticas dos profissionais de saúde.

### **2.1 Objetivos específicos**

- Identificar e avaliar o nível de inserção da EES no desenvolvimento de ações de Educação Permanente no estado;
- Avaliar se a Escola, com as ações de Educação Permanente, está promovendo uma reflexão sobre a prática e mudanças que tendem a melhorar as ações desenvolvidas pelos profissionais;
- Verificar e avaliar se as mudanças nas práticas profissionais ocorrem a partir das ações de educação permanente definidas.

## **3. METODOLOGIA**

### **3.1 Local de pesquisa**

A pesquisa será realizada em dois serviços de saúde do DF, localizados na região Leste, que têm a particularidade de serem unidades complementares por conterem Equipes de Saúde da Família de uma mesma UBS na cidade de Itapoã – DF, onde serão realizadas visitas ao local para aplicação de questionários e avaliação de determinantes do projeto, para alcançar metas e objetivos proposto.

Essa será realizada por meio de aplicação de questionário com os profissionais da UBS e da EES diretamente envolvidos no processo de educação permanente ofertados. Além da aplicação de questionários e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, alguns desses profissionais, como gestores dos serviços e da EES, participarão de reuniões para acompanhamento de análise documental relativos ao projeto.

### **3.2 Métodos e materiais**

A principal ferramenta de coleta de dados serão as entrevistas com os profissionais da UBS e da EES envolvidos no projeto. As entrevistas serão organizadas em questionário anônimo com perguntas abertas, em que o informante tem a possibilidade de discorrer sobre os temas propostos:

- Processo de trabalho;
- Educação Permanente.

## 4. PERGUNTAS AVALIATIVAS

Perguntas avaliativas
1. As ações de educação em saúde nas EES alteram as práticas desenvolvidas para os profissionais?
2. As ações de educação em saúde desenvolvida pelas EES atendem às necessidades da UBS?
3. As ações de educação em saúde fortalecem a UBS?

## 5. MATRIZ DE IDENTIFICAÇÃO

Usuário envolvido	Papel no projeto	Interesse na avaliação	Papel na utilização dos achados	
Serviços de Saúde →	Gestores	Apoiar pesquisadores e profissionais	Levantar reflexões relacionadas à organização dos processos de trabalho	Contribuir para o julgamento das estratégias de educação permanente no aprimoramento nos processos de trabalho
	Profissionais da assistência	Contribuir com informações necessárias	Apresentar a realidade dos processos de trabalho	
EES →	Gestores	Apresentar a capacitação ofertada aos profissionais da assistência dos dois serviços de saúde	Obter informações sobre a efetividade das capacitações ofertadas	Realizar o acompanhamento do projeto observando as recomendações
	Profissionais da escola			

## 6. LIMITES METODOLÓGICOS

Os limites metodológicos em relação às dificuldades encontradas na coleta dos dados podem ser expressos pelos critérios de inclusão e exclusão das pessoas que responderão aos questionários. São eles:

Inclusão: profissionais que participaram da capacitação oferecida pela EES.

Exclusão: profissionais que participaram da capacitação, mas que não apresentarem disposição em responder ao questionário.

## 7. RESULTADOS ESPERADOS

Após aplicação do instrumento de avaliação (questionário), esperamos conhecer as possíveis alterações nas práticas dos profissionais da UBS ocasionadas pelas ações de educação desenvolvidas na EES.

## 8. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Diante das reflexões oriundas dos dados levantados até esta etapa da pesquisa, espera-se avaliar a oferta de capacitação para as equipes de trabalho da UBS. Uma vez realizada, esta avaliação oferece subsídios para possíveis apontamentos sobre os cursos ofertados aos profissionais, tanto sobre sugestões quanto à realização deles, quanto à possível necessidade de fomento com a EES e impacto na melhoria dos processos de trabalhos da UBS.

*A priori*, identificamos que é imprescindível a integração da EES e a UBS para que haja concordância quanto à valorização de ambos os campos sobre o monitoramento da atuação permanente de seus conhecimentos e a qualidade e segurança dos cuidados prestados à população

Este estudo, portanto, pode contribuir sobremaneira para a continuidade e o fortalecimento do campo de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde do SUS. Como já indicado, diante de evidentes problemas, os gestores têm dificuldades de priorizar ações de Educação na Saúde. Portanto, é necessário demonstrar que essas ações são relevantes, atendem às especificidades do SUS e possibilitam transformar as práticas profissionais.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [internet]. Brasília, DF: Presidência da República, [2016] [acesso em 2019 maio 25]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm).
2. Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos ser-

viços correspondentes e dá outras providências [internet]. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 19 set. 1990 [acesso em 2019 maio 25]. Seção 1. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>.

3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Ministério da Previdência e Assistência Social. Relatório Final da 8a Conferência Nacional da Saúde [internet]. Brasília: MS; 1986 [acesso em 2019 maio 25]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf).

4. Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 16 fev 2004.

5. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 22 ago 2007.

6. Brasil. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF. 16 dez 2016.

7. França T. Análise da Política de Educação Permanente do SUS (PEPS) implementada pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Relatório Final. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ; 2016.

8. Châtelet F, Aubenque P, Bernhardt J. História da Filosofia: Ideias e Doutrinas. A Filosofia Pagã. Volume 1-A Filosofia Pagã. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1973.

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação  
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de  
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

[www.conass.org.br/biblioteca](http://www.conass.org.br/biblioteca)



## CAPÍTULO 5

---

# ENFRENTAMENTO DA MORBIMORTALIDADE DOS ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE (ATT) NO BRASIL: ESTUDO DE AVALIABILIDADE

---

**Fernando P. Cupertino de Barros<sup>1</sup>**

**Eliana M. R. Dourado<sup>2</sup>**

**Juliane Aparecida Alves<sup>3</sup>**

1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás.  
CV disponível em: <http://lattes.cnpq.br/4821446904229513>.

2. Conselho Nacional de Secretários de Saúde CV disponível em: <http://lattes.cnpq.br/2301132429137026>.

3. Fundação Oswaldo Cruz. CV disponível em: <http://lattes.cnpq.br/6492564288852175>.

## Resumo

**Objetivo:** O presente artigo buscou apresentar os elementos necessários à realização de um estudo de avaliabilidade da implementação de um programa de apoio às Secretarias Estaduais de Saúde (SES) na redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, proposto pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass).

**Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, fundamentado no programa e-TRANSITAR, com as seguintes etapas: I) elaboração do modelo lógico; II) mapeamento dos interessados na avaliação; III) identificação de perguntas avaliativas; e IV) elaboração da matriz de medidas. Para tanto, foi buscada a delimitação do programa com a identificação de metas, objetivos e atividades; a construção do modelo lógico considerando os recursos, atividades, impactos previstos e determinantes; a definição das perguntas avaliativas, bem como a escolha do desenho da avaliação e, por último, as recomendações dos autores sobre o programa e a importância de sua realização.

**Resultados:** O programa e-TRANSITAR busca potencializar os instrumentos de gestão e propiciar maior eficiência no gerenciamento dos agravos e da situação vinculada à violência no trânsito. Considerando os desafios existentes no Brasil quanto ao enfrentamento das sequelas e das mortes decorrentes dos acidentes de trânsito, há uma necessidade urgente de cooperação solidária entre os três entes federados relacionados com diversos setores, no sentido de buscar minimizar os impactos desse evento na vida das pessoas. Esta análise da avaliabilidade é uma busca de poupar tempo e dinheiro, verificando se o programa em estudo é exequível, e poderá evidenciar os eventuais fatores de sucesso ou insucesso ligados à sua implementação.

**Palavras-chave:** acidentes de trânsito; morbimortalidade; política pública.

## 1. INTRODUÇÃO

O acidente de trânsito é uma das principais causas de morbidade e mortalidade no mundo. Todos os anos, resulta em aproximadamente 1,35 milhão de mortes, mais letal que a pandemia do HIV e do diabetes mellitus<sup>1</sup>.

O último relatório sobre a Situação Mundial da Segurança no Trânsito, da Organização Mundial de Saúde (OMS), sinaliza que 93% das mortes no trânsito ocorrem em países de baixa e média rendas. Demonstrou, também, que além do número de óbitos,

os acidentes de trânsito são responsáveis por sequelas físicas e psicológicas, principalmente entre crianças e adultos jovens entre 5 anos e 29 anos,

O Brasil aparece nas estatísticas em quarto lugar entre os países recordistas em mortes no trânsito, principalmente entre jovens em idade produtiva, ficando atrás apenas de China, Nigéria e Índia<sup>1</sup>.

Na tentativa de enfrentar esse grave problema de saúde pública, o governo promulgou, no ano de 2008, a Lei 11.705, que altera o Código de Trânsito Brasileiro (CTB), impondo penalidades severas ao condutor que dirigir sob o efeito do álcool.

Essa regra, conhecida como popularmente como “Lei seca”, está entre as mais rígidas no mundo, pois é mais exigente que a recomendação da OMS que é de 0,5 g/L no sangue para motoristas em geral e abaixo de 0,2 g/L para jovens condutores (até 21 anos)<sup>1</sup>.

A OMS destaca alguns resultados do Brasil, que, entre os anos de 2010 e 2016, registrou uma redução de 14,8% no número de mortes por acidentes. Além da mudança da legislação, outros fatores como educação, cultura, segurança dos carros, qualidade das rodovias e da sinalização também influenciam na redução das mortes. No entanto, o País está longe de alcançar a meta pactuada na Organização das Nações Unidas (ONU) em 2015, que é a de reduzir pela metade as mortes e os feridos em acidentes de trânsito até o ano de 2020<sup>1</sup>. (6)

Com base nos estudos apresentados pelo Ministério da Saúde (MS) do Brasil, o número de óbitos por acidentes de transportes terrestres (ATT), ocorridos de 2000 a 2014, apresentou um crescimento de 51,1%, passando de 29 mil a 43,8 mil óbitos, com Variação Média Anual (VMA) de 3%. Destacam-se os óbitos de motociclistas, que quintuplicaram de 2.492 para 12.652 óbitos (VMA: 12,3%). Para ocupantes de veículos, o número de óbitos elevou-se de 6.057 para 11.486 óbitos (VMA: 4,7%). Também houve crescimento da frota total de veículos (VMA: 7,9%), bem como de motocicletas (VMA: 13,2%) e de carros, caminhonetes, veículos de transporte pesado e ônibus (VMA: 6,6%)<sup>2</sup>.

É importante referir uma inversão no que tange às características das vítimas. Em 2000, as principais vítimas fatais foram pedestres (30%); em 2014, passaram a ser os motociclistas (28,9%); nos dois anos as principais vítimas foram do sexo masculino (>80%) e de 20 anos a 39 anos de idade (44%). Assim, em 2014, a taxa de mortalidade de motociclistas apresenta-se como a mais elevada (6,2 óbitos/100 mil habitantes), seguida pelos ocupantes de veículos (5,5 óbitos/100 mil habitantes). Os motociclistas são as principais vítimas entre os óbitos (28,9%) e internações (54,7%)<sup>2</sup>.

Em 2015, o Brasil sediou a 2ª Conferência Global de Alto Nível sobre Segurança no Trânsito – Tempos de Resultados, que teve participação da alta cúpula dos países-

-membros da ONU, bem como de representantes de organizações internacionais, regionais e sub-regionais, organizações não governamentais, instituições acadêmicas, o setor privado, órgãos filantrópicos e corporativos. Nessa Conferência, foi reafirmado que muitas das causas das lesões e mortes estão relacionadas aos determinantes sociais de saúde<sup>3</sup>.

O evento trouxe como resultado das trocas e discussões, a elaboração da Declaração de Brasília, que posteriormente foi endossada durante a Assembleia Mundial da Saúde e Assembleia das Nações Unidas em 2016. O documento apresenta algumas recomendações para implementar os compromissos de redução de mortes e lesões no trânsito previstos na Década de Ação das Nações Unidas para a Segurança no Trânsito 2011-2020 e com a implementação plena e oportuna do Plano Global para a Década de Ação<sup>4</sup>.

Dessa forma, a Declaração de Brasília prioriza a segurança de pedestres, ciclistas, motociclistas e usuários de transporte público, ressaltando, ainda, a necessidade de promover a mobilidade e os modos sustentáveis de transporte, elementos fundamentais para um trânsito eficiente e seguro.

Depois de estabelecida a Década de Ação para a Segurança Viária pela ONU, no Brasil, em 2010, o Projeto Vida no Trânsito (PVT), hoje programa do MS, vem intensificando as ações de apoio às capitais e demais municípios que têm interesse em implementar o PVT localmente, considerando as necessidades locais<sup>5</sup>.

## **1.1 Contexto**

Em agosto de 2016, os Secretários Estaduais da Saúde reuniram-se e decidiram aprofundar a discussão sobre os acidentes e segurança no trânsito e seus impactos sobre o sistema e serviços de saúde. Para tanto, com a finalidade de contribuir para esse enfrentamento, elaboraram um documento-proposta a ser encaminhado à Presidência da República. Em abril de 2017, foi realizado, pelo Conass, um Seminário Internacional sobre Segurança no Trânsito, que foi um marco para que essa pauta seja mais intensificada nos estados.

O Seminário teve como objetivo “conhecer as estratégias e ações adotadas por diferentes países para a promoção da segurança no trânsito e, conseqüentemente, reduzir os acidentes, sua mortalidade e morbidade, correlacionando-as com as medidas já adotadas no Brasil”<sup>6</sup>.

Dados oficiais mostram que os ATT no Brasil são a segunda causa de mortalidade entre as causas externas (violências e acidentes), sendo as principais vítimas jovens e adultos de 15 a 39 anos. Em 2013, o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) regis-

trou 45.099 óbitos e 228.400 internações por ATT que geraram um custo de R\$ 303,5 milhões para o Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>7</sup>.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), vinculado ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), por meio de estudos estimou que:

[...] os custos por acidentes de trânsito nas rodovias federais brasileiras, em 2014, importaram em R\$ 12,3 bilhões, sendo que 64,7% desses custos estavam associados às vítimas dos acidentes, como cuidados com a saúde e a perda de produção devido às lesões ou à morte, e 34,7% estavam relacionados aos veículos, como danos materiais e perda de cargas, além dos procedimentos de remoção dos veículos acidentados<sup>8(186)</sup>.

Neste sentido, em 2014, os custos dos acidentes nas rodovias estaduais e municipais foram estimados entre R\$ 24,8 bilhões e R\$ 30,5 bilhões<sup>8</sup>.

O problema das lesões e mortes no trânsito é multifatorial, resultante da combinação de fatores relacionados às vias, ao ambiente, aos veículos, aos usuários e ao modo como eles interagem. Um dos fatores vinculados a essa situação é o aumento da frota de veículos, como resultado das transformações industriais das últimas décadas, que combinados com a alta frequência de comportamentos inadequados no trânsito, a vigilância insuficiente e descontínua, são responsáveis por boa parte das mortes precoces e a principal causa de traumatismos, sequelas e incapacidades no Brasil<sup>2</sup>.

A partir de 2010, o Brasil integra-se à iniciativa internacional conhecida como Road Safety in 10 Countries (RS10), instituindo assim o PVT, que tem como base ações interministeriais, coordenado pelo MS como resposta do setor saúde ao Plano da Década de Ações para Segurança no Trânsito 2011 a 2020:

[...] O Projeto Vida no Trânsito tem como propósito enfrentar a grave situação dos acidentes de trânsito no país, a partir de ações nacionais, estaduais e municipais com o objetivo de desenvolver e aprimorar estratégias de segurança no trânsito bem-sucedidas, capazes de serem apropriadas por municípios e estados. O Projeto é mais uma estratégia dentro do conjunto de intervenções que farão parte do Plano Nacional da Década de Ações de Segurança Viária decretada pela ONU.

Dessa forma, inicialmente, o projeto, agora já denominado PVT, fez parte da iniciativa internacional RS 10 como uma das estratégias para enfrentar a violência no trânsito com ações nacionais, estaduais e municipais de qualificação e integração das informações e na elaboração execução e monitoramento dos planos municipais integrados de ação focados nos principais fatores de risco<sup>9</sup>.

De acordo com a OMS (2011), algumas estruturas analíticas podem ser utilizadas para identificar os fatores de risco envolvidos nas lesões causadas pelo trânsito: a abordagem da Saúde Pública, a Matriz de Haddon e a abordagem sistêmica.

Buscando ampliar o PVT no âmbito dos estados, o Conass propôs e elaborou um guia orientador para o enfrentamento da morbimortalidade no trânsito com base na

expressão e-TRANSITAR, cujos conteúdos foram disponibilizados aos estados no intuito de auxiliá-los na estruturação do Plano de Ação Estadual de Enfrentamento à Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito. Além disso, por meio de um projeto denominado Enfrentamento da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito, serão capacitadas, presencialmente e a distância, as equipes estaduais que manifestem interesse em sua implantação.

## **1.2 Público-alvo**

Toda a população usuária de transportes terrestres, assim como os pedestres, será alcançada pelo projeto, tendo como foco específico a faixa etária de 15 anos a 39 anos e os motociclistas, segundo a expressão dos indicadores e a consideração das especificidades locais.

## **1.3 Problema**

A alta morbimortalidade dos ATT no Brasil.

# **2. OBJETIVO GERAL**

Fortalecer políticas de prevenção de lesões e mortes no trânsito por meio da qualificação, planejamento, monitoramento, acompanhamento e avaliação.

## **2.1 Objetivos Específicos**

- Apoiar os Secretários Estaduais de Saúde na implantação do Programa Estadual de Vida no Trânsito (e-TRANSITAR);
- Fomentar a criação do Comitê Estadual Interinstitucional de Prevenção dos Acidentes de Trânsito, por meio de Decreto governamental;
- Assessorar a SES na elaboração e conteúdos para a construção do Plano de Ação Estadual de Enfrentamento a Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito (e-TRANSITAR);
- Potencializar os instrumentos de gestão e propiciar maior eficiência na gestão dos agravos e das situações vinculadas à violência no trânsito;
- Identificar recursos no âmbito federal e estadual para a implementação do Plano de Ação Estadual (PAE) de Enfrentamento a Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito no Estado;

- Capacitar as equipes, presencialmente e a distância, para a implantação e implementação de medidas que visem ao enfrentamento do problema, com base no “Guia Orientador para o Enfrentamento da Morbimortalidade no Trânsito”;
- Identificar demandas e eleger prioridades com base na análise da situação inerente à violência no trânsito;
- Reduzir a morbimortalidade dos acidentes de trânsito;
- Implementar ações que propiciem a melhoria das ações vinculadas à política de segurança no trânsito no estado;
- Instituir um painel de monitoramento e avaliação para auxiliar no processo de acompanhamento das ações do PAE (e-TRANSITAR).

## 2.2 Metas

- Atingir todos os estados federados e o Distrito Federal;
- Incentivar a instituição por lei, ou decreto, de Grupo ou Comitê Interinstitucional que institucionalize os comitês locais ou subcomissões (de dados, de fiscalização, de engenharia, de educação e de comunicação), integrando os esforços das diferentes áreas da Administração Pública estadual e organismos da sociedade civil relacionados com a temática da segurança viária;
- Fixar as metas de redução da morbimortalidade em cada estado, no horizonte temporal, de acordo com as necessidades encontradas.

## 2.3 Métodos

Este trabalho versa sobre um estudo descritivo, fundamentado no programa e-TRANSITAR, e compõe-se das seguintes etapas: I) elaboração do modelo lógico; II) mapeamento dos interessados na avaliação; III) identificação de perguntas avaliativas; IV) e elaboração da matriz de medidas.

Para que um estudo de pré-avaliação seja executado de forma adequada, é primordial seguir alguns critérios, tais como: delimitação do programa com a identificação de metas, objetivos e atividades; construção do modelo lógico considerando os recursos, atividades, impactos previstos e determinantes; a definição das perguntas avaliativas, bem como a escolha do desenho da avaliação e, por último, as recomendações dos autores sobre o programa e a importância de sua realização<sup>10</sup>.

A produção de um estudo de avaliabilidade significa avaliar e examinar o programa de forma exaustiva até que seu delineamento esteja coeso e lógico. Nesse sentido, espera-se que ao final de um estudo de avaliabilidade os propósitos, objetivos e outros efeitos e informações prioritárias estejam bem definidos, que esses propósitos e objetivos sejam plausíveis, e que se tenham condições para obtenção dos dados<sup>11</sup>.

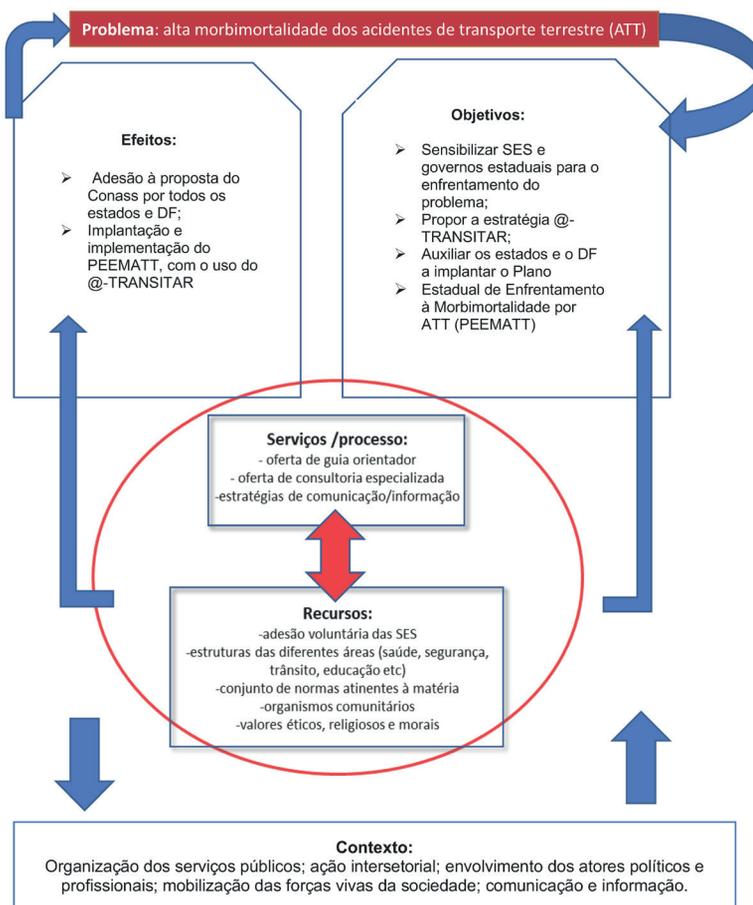
A avaliação da avaliabilidade é utilizada, regularmente, para elucidar a finalidade de um estudo formativo ou como ferramenta de gestão propriamente dita<sup>11</sup>.

## 2.4 Modelo Lógico

O modelo lógico é uma forma de sistematizar e visualizar com maior clareza as conjecturas que cercam o problema. É necessário englobá-lo em seus objetivos e metas.

Ao apresentar elementos como descritores retirados dos objetivos específicos do programa, é importante destacar as atividades, os meios utilizados para atingir os resultados esperados, bem como os insumos, recursos físicos, materiais, financeiros e humanos necessários, produtos e consequências imediatas das atividades realizadas, resultados e transformações que o programa almeja atingir nos grupos de interessados<sup>11</sup>.

Figura 1. Apresentação da Intervenção



Fonte: Elaboração dos Autores.

Quadro 1. Componente do processo de avaliação

Componentes	Insumos	Atividades	Produtos	Resultados Imediatos	Resultados Intermediários	Resultado (Impacto)
Adesão das SES.	Sensibilização pelo Conass.	Apresentação na assembleia do Conass; Interlocução pessoal com os Secretários;	Inclusão na pauta da assembleia; Contato pessoal feito pela Secretaria Executiva.	Manifestação de interesse.	Adesão formal.	
Apresentação do @-TRANSITAR e trabalho de consultoria oferecida pelo Conass	Guia previamente elaborado pelo Conass; Consultor (a) contratado (a)	Reunir a equipe constituída nos estados para discussão do Guia e os 10 passos que o compõem; Trabalhar de forma sistêmica na elaboração de diagnóstico situacional sobre acidentes de trânsito, segurança viária - análise da situação de risco; Identificar estudos, regras, normativas que auxiliam no entendimento e no enfrentamento do problema; Estabelecer ações e estratégias de Prevenção de Acidentes no Trânsito e Promoção da Saúde no Trânsito – Mobilidade Sustentável; Nortear ações dos gestores e técnicos para atuarem no Programa e-Transitar; Instituir Grupo ou Comitê interinstitucional por meio de ato normativo de governador, objetivando institucionalizar o comitês locais regionais ou subcomissões (de dados, de fiscalização, de engenharia, de educação e de comunicação); Trabalhar utilizando indicadores selecionados que auxiliem os processos de monitoramento e avaliação; Apoiar tecnicamente os gestores municipais para atuarem no enfrentamento à violência no trânsito, propiciando desenvolvimento de ações estratégicas e disseminação de suas práticas no estado; realizar a gestão do Plano de Ação Estadual de enfrentamento a Violência no Trânsito, pactuado com os gestores e com sociedade.	Criação do Grupo Gestor ou Comitê Estadual de Enfrentamento dos ATT Plano de Ação Estadual de Enfrentamento da Violência no Trânsito	Estabelecimento de rotinas de procedimento para a ação integrada das diferentes áreas da Administração Pública e organismos da sociedade civil	Repercussão nos níveis regional e municipal, com a instituição de comitês municipais de enfrentamento dos ATT	Implantação e implementação do Plano de Ação Estadual de Enfrentamento dos Acidentes de Transporte Terrestre.

Fonte: Elaboração dos Autores.

## 2.5 Mapeamento dos interessados na avaliação

Quadro 2. Interessados na respectiva avaliação

Primeiros interessados	Principais interesses
Gestores estaduais da saúde e outras áreas da Adm. Pública.	Reduzir a incidência, mortalidade e sequelas por ATT.
Legisladores estaduais e municipais.	Contribuir para a redução das taxas de mortalidade e morbidade por ATT em âmbito estadual e municipal.
Servidores públicos e profissionais das diferentes áreas envolvidas no processo.	Contribuir para o melhor funcionamento dos serviços nos quais trabalham e que são impactados pelas consequências dos ATT (hospitais, prontos-socorros, serviços de reabilitação etc.); Contribuir para a melhoria da vigilância sobre as regras de condução, limites de alcoolemia etc.
Organizações da sociedade civil relacionadas ao tema (Aliança Brasileira de Organizações da Sociedade Civil pela Vida no Trânsito, Observatório Nacional da Segurança Viária etc.)	Ampliar seu escopo de atuação, com vistas ao reconhecimento pela sociedade.
Representantes de usuários dos serviços públicos e organismos de controle social (conselhos)	Cumprir com sua missão institucional e buscar o reconhecimento da sociedade.
Usuários.	Transitar com segurança nas vias públicas como pedestre ou como condutor.

Fonte: Elaboração dos Autores.

Quadro 3. Papel dos interessados na Avaliação

Indivíduos ou órgãos que tem interesse na avaliação	Papel na avaliação	Tipo de apoio		
		Aliado	Neutro ou desconhecido	Oponente
Gestores estaduais da saúde e outras áreas da Adm. Pública.	Coordenação, execução, levantamento de dados e engajamento no processo de funcionamento de um Grupo Gestor da estratégia.	Serviços de saúde; Detran; Secretarias de Transporte; agências reguladoras.	Mídia.	Setores produtivos de veículos; Secretarias de Fazenda/Planejamento.
Legisladores estaduais e municipais.	Apoio específico na modificação e aprimoramento do arcabouço normativo, quando for o caso.			

Indivíduos ou órgãos que tem interesse na avaliação	Papel na avaliação	Tipo de apoio		
		Aliado	Neutro ou desconhecido	Oponente
Servidores públicos e profissionais das diferentes áreas envolvidas no processo.	Envolvimento nas ações de execuções a cargo das diferentes áreas.			
Organizações da sociedade civil relacionadas ao tema.	Envolvimento nas ações de execuções que estiverem a seu cargo.			
Representantes de usuários dos serviços públicos e organismos de controle social (conselhos).	Envolvimento nas ações de execuções que estiverem a seu cargo.			
Cidadãos.	Desejo de transitar em segurança.			

Fonte: Elaboração das Autores.

## 2.6 Perguntas avaliativas

Quadro 4. Perguntas avaliativas

Perguntas	Tipo	Abordagem	Critérios/ indicadores	Descrição ou método de cálculo	Parâmetros
Qual a situação da morbimortalidade dos ATT em seu Estado?	Quantitativa	Processo	Número de óbitos anuais por ATT/1.000 hab.; Número de sequelados anuais por ATT/1.000 hab.	Óbitos anuais/1.000 sequelados anuais/1.000	
Quais os tipos de sequelas encontradas e em que proporção?	Quantitativa	Processo	Tipos de sequelas encontradas/1.000 hab.	Sequeladas/1.000	
O Estado dispõe de organismo formal para o enfrentamento aos ATT?	Qualitativa	Estrutura	Sim/não	Presença ou ausência de estrutura formalmente constituída	Existência de organismo formal

Perguntas	Tipo	Abordagem	CrITÉrios/ indicadores	Descrição ou método de cálculo	Parâmetros
Foi possível realizar a sensibilização das SES e governos estaduais?	Qualitativa	Processo	Sim/Não	Sim/Não	Sim
Houve constituição de Grupo Conductor ou comitê gestor estadual?	Qualitativa	Processo	Sim/Não	Sim/Não	Sim
Os passos do Guia foram realizados?	Qualitativa	Processo	Sim/Não/ Parcialmente	Realização no todo ou em parte	100%
Foi possível identificar estudos, regras, normativas que auxiliam no entendimento e no enfrentamento do problema?	Qualitativa	Processo	Sim/Não	Sim/Não	Sim
Foi possível elaborar e implementar o Plano de Ação Estadual de enfrentamento a Violência no Trânsito?	Qualitativo	Resultado	Sim/Não	Sim/Não	Sim

Fonte: Elaboração dos Autores

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O programa e-TRANSITAR busca potencializar os instrumentos de gestão e propiciar maior eficiência no gerenciamento dos agravos e da situação vinculada à violência no trânsito.

Considerando os desafios existentes no Brasil, quanto ao enfrentamento às lesões e mortes decorrentes dos acidentes de trânsito, há uma necessidade urgente de cooperação solidária entre os três entes federados em diversos setores, no sentido de buscar minimizar os impactos desses eventos na vida das pessoas.

A presente análise da avaliabilidade é uma busca de poupar tempo e dinheiro, verificando se o programa em estudo é exequível. Como já referido, uma análise da avaliabilidade eventualmente aponta todas as áreas que necessitam ser avaliadas. Por isso, a decisão de prosseguir ou não para uma avaliação deve ser negociada com os principais interessados nos seus resultados.

Diante do problema, é certo que o Brasil precisa avançar no desenvolvimento de uma política pública de âmbito nacional no sentido de construir um Plano Nacional de Mobilidade Urbana Sustentável, que considere os determinantes sociais e induza o planejamento de estratégias, ações e intervenções, de acordo com as recomendações da ONU e da OMS.

O setor saúde, no decorrer dos últimos quase 10 anos, vem acumulando experiência na área do trânsito, porém precisa aprimorar o sistema de vigilância dos eventos com ele relacionados, na assistência às vítimas, nas ações de prevenção, principalmente da promoção da saúde e no fazer advocacy com os demais setores.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global status report on road safety 2018. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BYNC-SA 3.0 IGO.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Tendência e cenário da mortalidade por acidentes de transporte terrestre no Brasil, de 2000 a 2015. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil – 2017: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Brasília; 2018. p. 293-312.
3. Pavarino Filho RV. As Declarações de Moscou e Brasília sobre a segurança no trânsito – um paralelo entre dois momentos no tema da saúde. Ciênc saúde coletiva. 2016;21(12)3649-60.
4. Declaração de Brasília. Segunda Conferência Global de Alto Nível sobre Segurança no Trânsito: Tempo de Resultados [internet]. Brasília, 18-19 de novembro de 2015 [acesso em 2019 set 27]. Disponível em: [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_traffic/Final\\_Brasilia\\_declaration\\_PT.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_traffic/Final_Brasilia_declaration_PT.pdf).
5. World Health Organization. Drinking and Driving: a road safety manual for decision-makers and practitioners. Geneva: Global Road Safety Partnership; 2007.
6. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Plano Nacional de Saúde (2016-2019) [internet]. 2016 [acesso em 2019 set 27]. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2016/docs/planonacionalsaude\\_2016\\_2019.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2016/docs/planonacionalsaude_2016_2019.pdf).
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil e evolução da morbimortalidade de acidentes de transporte terrestre – Brasil, 2004-2013. In: Minis-

tério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília; 2015. p. 343-372.

8. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Divisão de Polícia Rodoviária Federal. Acidentes de trânsito nas rodovias federais brasileiras: caracterização, tendências e custos para a sociedade. Brasília: Ipea, 2015. Relatório de pesquisa.

9. Silva MMA, Neto OLM, Lima CM, Malta DC, Silva Jr. JB. Projeto Vida no Trânsito – 2010 a 2012: uma contribuição para a Década de Ações para a Segurança no Trânsito 2011-2020 no Brasil. Epidemiol Serv Saúde [internet]. 2013 [acesso em 2019 set 27];22(3):531-6. 2013. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v22n3/v22n3a19.pdf>.

10. Rossi PH, Lipsey MW, Freeman HE. Expressing and assessing Program theory. In: Rossi PH, Lipsey MW, Freeman HE. Evaluation: A System approach. 7. ed. California: Sage; 2004, cap. 5, p. 133-166.

11. Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.

## CAPÍTULO 6

---

# ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS: UM ESTUDO DE AVALIABILIDADE NO DISTRITO FEDERAL

---

**Tania Cristina Moraes Santa Barbara Rehem<sup>1</sup>**  
**Maria José Evangelista<sup>2</sup>**

- 1. Universidade de Brasília (UnB).*
- 2. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass).*

## Resumo

**Objetivo:** Verificar se o Modelo de Atenção às Condições Crônicas como está sendo implantado no Distrito Federal, para abordagem da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, preenche os critérios necessários para sua avaliação e consequente uso dos seus resultados.

**Métodos:** Estudo descritivo, realizado por meio de revisão documental, seguindo as etapas de um Estudo de Avaliabilidade, quais sejam: elaboração do modelo lógico, mapeamento dos interessados na avaliação, identificação das perguntas avaliativas e elaboração da matriz de medidas. Participaram dessa etapa os consultores do Conass responsáveis pela condução das oficinas teóricas e atividades de tutorias para implantação do modelo na Região de Saúde Leste do Distrito Federal.

**Resultados:** A elaboração deste estudo foi baseada em uma metodologia descritiva que facilitou o alinhamento conceitual, a sistematização de informações, permitindo identificar e definir os atores estratégicos e seus papéis, os objetivos, as ações e os recursos necessários, assim como as metas avaliativas. Observa-se que esse modelo se constitui em uma estratégia importante para a abordagem das condições crônicas em detrimento do modelo hegemônico, fragmentado. A partir da realização deste Estudo de Avaliabilidade, acredita-se que existam condições favoráveis para ampliar e qualificar o processo de cuidado dos usuários portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Região de Saúde Leste, entretanto, avaliar a sua implantação, é fundamental para assim sustentar uma possível ampliação para toda a rede de saúde do Distrito Federal. Uma limitação deste estudo diz respeito ao fato de ele não ter sido validado pelos potenciais utilizadores. Recomenda-se, portanto, que esta validação seja realizada em uma próxima etapa.

**Palavras-chave:** Doenças crônicas não transmissíveis; Sistemas de saúde; Atenção primária à saúde.

## 1. INTRODUÇÃO

As condições crônicas podem ser definidas como as características na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínua e fragmentadas ou integradas,

dos sistemas de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das pessoas usuárias. Já as condições agudas, em geral, apresentam um curso curto, inferior a três meses de duração, e tendem a se autolimitar<sup>1</sup>.

Normalmente, trabalha-se com uma divisão entre doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis, especialmente na epidemiologia. Entretanto, essa tipologia se assenta no conceito de doença e exclui outras condições que não são doenças, mas que exigem uma resposta social adequada dos sistemas de atenção à saúde<sup>1</sup>.

A dicotomia existente entre o modelo de atenção que está voltado predominantemente às condições agudas, atuando de forma reativa, episódica e fragmentada, e a realidade de crescimento das condições crônicas, a exemplo da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), que se configuram como importantes causas de morbimortalidade e incapacidades, no mundo, no Brasil e no Distrito Federal<sup>2</sup>, resulta na crise que permeia os sistemas de saúde, os quais são incapazes de prestar uma atenção contínua a população.

Em geral, nesses sistemas fragmentados, não existe uma população adscrita de responsabilização, a Atenção Primária à Saúde (APS) não se comunica fluidamente com a atenção secundária à saúde e esses dois níveis não se articulam com a atenção terciária à saúde<sup>1</sup>.

Pesquisa realizada pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) (2019), envolvendo a percepção de atores estratégicos sobre a sustentabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS), aponta, entre outros aspectos, a necessidade de revisão do modelo de atenção à saúde, com mudanças profundas na APS, prevendo-a como coordenadora do sistema, tendo na Estratégia Saúde da Família (ESF) sua melhor alternativa<sup>3</sup>.

O sistema de saúde do Distrito Federal (DF) tem apresentado inúmeros sinais de que a forma de organização dos serviços, seu funcionamento e o modelo de gestão assistencial não vêm sendo capazes de responder adequadamente às necessidades de saúde da população. Nos últimos anos, essa situação vem-se expressando na superlotação das emergências dos hospitais, na subutilização das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), na insuficiência de leitos hospitalares, na falta de qualidade no atendimento e na longa lista de espera por consultas de especialidades. Além dessas questões, o sistema tem uma baixa cobertura e resolutividade da APS com conseqüente insatisfação da população em relação aos serviços e ações ofertadas<sup>4</sup>.

Para romper com o modelo de atenção hegemônico, voltado para as condições agudas, o DF vem passando, a partir de 2015, por uma reforma de seu sistema de saúde, para estabelecer uma rede de atenção regionalizada, ordenada a partir da APS, baseada na ESF. Foram implementados alguns projetos, à exemplo do complexo regulador

em saúde e da organização da atenção ambulatorial secundária (AAE)<sup>4</sup>, sendo esta última definida como o conjunto de ações e serviços especializados em nível ambulatorial, com densidade tecnológica intermediária entre a APS e a terciária, devendo ser ainda referência assistencial e consultora para a APS.

Quanto à organização da AAE, foi criada uma estrutura administrativa na Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) constituída de uma Diretoria vinculada à Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde (Sais) e Diretorias Regionais de Atenção à Saúde. Foram incluídos, nesse nível de atenção, os ambulatórios de especialidades, alguns inicialmente mantidos dentro dos hospitais, e outros em policlínicas, algumas das quais instaladas em centros de saúde onde profissionais, principalmente médicos, tiveram baixa adesão ao Converte (reforma da APS)<sup>5</sup>.

Entre as características da AAE organizada, espera-se: o acesso regulado pela APS com base na estratificação dos riscos; critérios de referência e contrarreferência definidos conjuntamente por generalistas e especialistas; acordos sobre procedimentos clínicos e exames complementares para reduzir duplicações, redundâncias ou retrabalhos; atenção prestada por uma equipe multiprofissional trabalhando de forma interdisciplinar; produto final da atenção é um plano de cuidado interdisciplinar para ser executado na APS; incorporação de novas formas de encontro clínico além da consulta presencial face a face; conhecimento pessoal e próximo entre especialistas e generalistas; atuação clínica conjunta em planos de cuidados compartilhados; vinculação de generalistas a especialistas envolvendo a regionalização da atenção especializada; envolvimento de especialistas em atividades educacionais da equipe da APS, em segunda opinião, supervisão e pesquisa<sup>6</sup>.

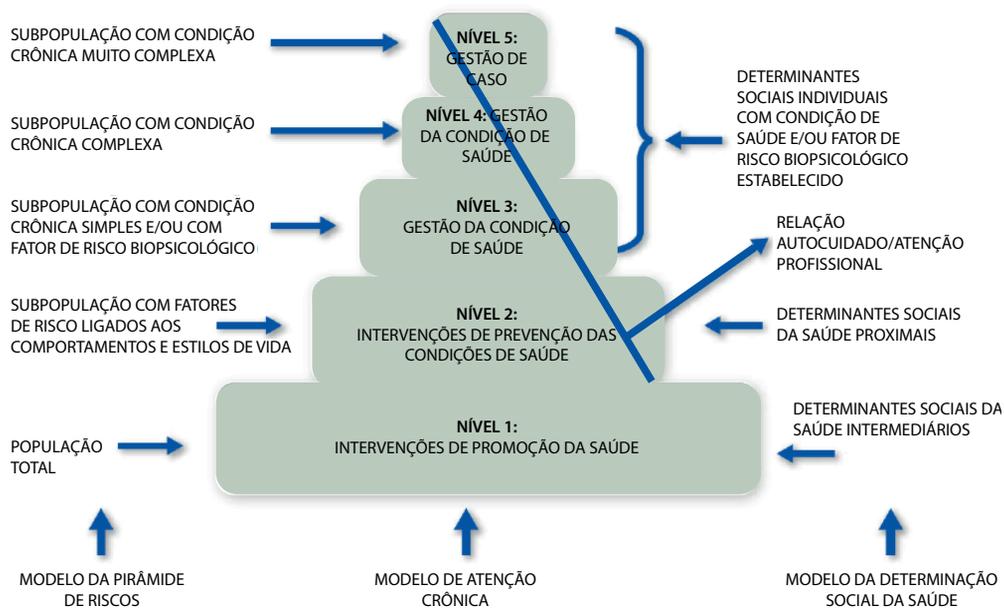
A organização da AAE no DF se deu a partir do projeto Planificação da Atenção à Saúde (PAS) na Região de Saúde Leste, com apoio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). No Hospital dessa região, foi estruturado um espaço para organização da AAE, com formação de uma equipe, multidisciplinar e interdisciplinar. Na APS, foram selecionadas inicialmente duas Unidades de Laboratório (UL) definidas com essa nomenclatura pelo fato de ali se desenvolveram as primeiras atividades de tutoria. As UL escolhidas foram Itapoã I e Itapoã II<sup>6</sup>.

O projeto PAS teve o diferencial de ser iniciado tanto na APS quanto na AAE, sendo este último desenhado a partir do Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)<sup>10</sup>.

Esse modelo foi desenvolvido por Mendes<sup>1</sup> para o SUS, e consiste em um sistema lógico que organiza o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e

epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (figura 1).

Figura 1. Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)



Fonte: Mendes<sup>1</sup>.

Do ponto de vista operacional, a implantação do MACC envolve a organização dos macroprocessos e microprocessos, tanto da APS quanto da AAE. Nesse sentido, o risco do usuário é estratificado na APS, sendo que, àqueles identificados como de alto e muito alto risco, o cuidado é compartilhado entre a APS e a AAE, em que será acolhido e atendido pela equipe de acordo com as necessidades identificadas, não havendo agendamento exclusivo para profissionais como no modelo tradicional. Trata-se de uma tecnologia de saúde que utiliza atendimento individual sequencial dos profissionais de uma equipe multidisciplinar, coordenado por um ponto de apoio, com vista ao cumprimento da programação assistencial integrada para cada usuário que culmina com elaboração de um plano de cuidado para este, que é compartilhado com a APS e que se destina à estabilização clínica do usuário<sup>1</sup>.

Além desses aspectos, o atendimento não se resume apenas à consulta médica individualizada, mas abrange também atendimentos em grupos, bem como atividades de promoção e prevenção. Os usuários recebem um plano terapêutico produzido conjuntamente com toda a equipe, de modo que ele seja o modificador da sua própria condição



Considerando a incipiência da aplicação do MACC no Brasil e a proposta do DF de organizar a AAE, com base nesse modelo para o manejo adequado de usuários portadores de HAS e DM na Região de Saúde Leste do DF, faz-se necessária a realização de Estudo de Avaliabilidade (EA) para verificar as reais possibilidades de sua implantação.

## **2. ESTUDO DE AVALIABILIDADE**

Trata-se de um tipo de estudo que faz parte do processo avaliativo, podendo ser utilizado como uma pré-avaliação de um programa, tanto na sua fase de desenvolvimento quanto de implementação, bem como ao longo do seu ciclo de vida<sup>7</sup>.

Os produtos desejados de um EA, entre outros, são uma descrição completa do programa, as questões-chave a serem abordadas pela avaliação e um acordo entre os *stakeholders* sobre o processo<sup>7</sup>.

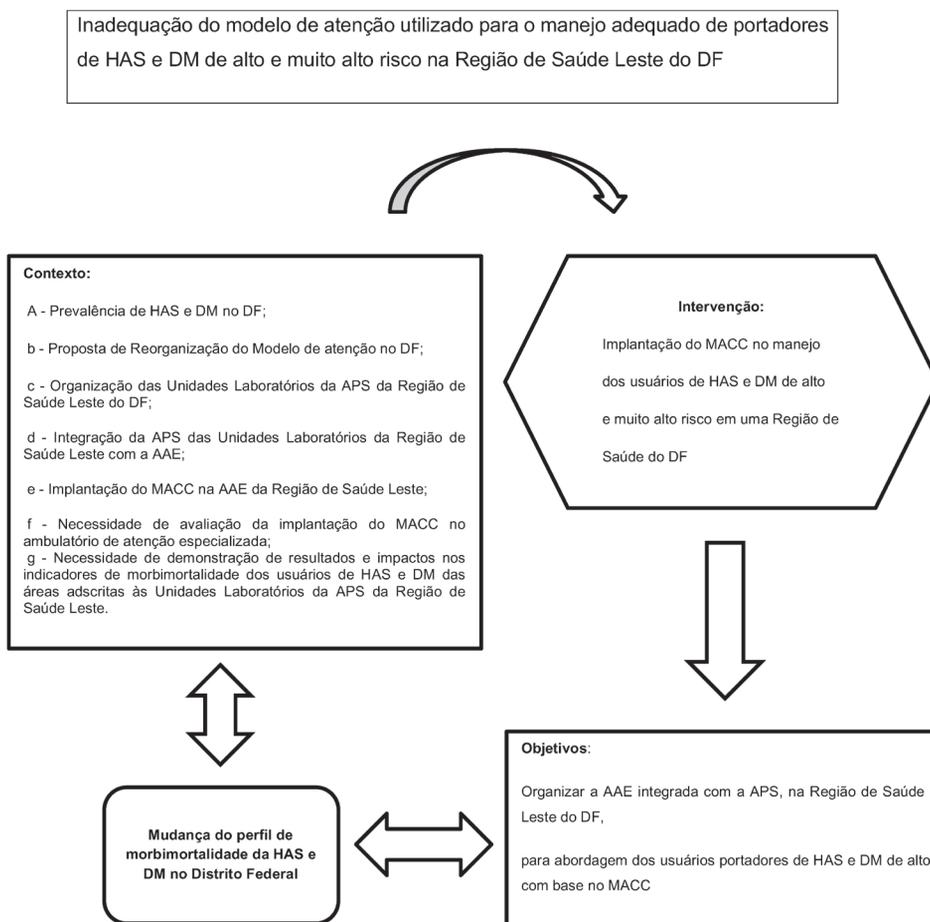
Nesse sentido, este estudo tem como objetivo verificar se o MAAC como está sendo implantado no Distrito Federal, para abordagem da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, preenche os critérios necessários para sua avaliação e consequente uso dos seus resultados.

### **2.1 Descrevendo a intervenção**

Uma intervenção, seja ela um programa ou uma política, pode ser concebida como um sistema organizado de ação que visa, em um determinado ambiente e durante um determinado período, modificar o curso previsível de um fenômeno para corrigir uma situação problemática<sup>7</sup>. No caso deste estudo, trata-se da implantação do MACC na rede de atenção do DF envolvendo a APS e a AAE.

Figura 3. Apresentação da Intervenção

**Intervenção: Implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas no manejo dos usuários de HAS e DM de alto e muito alto risco em uma Região de Saúde do DF. Distrito Federal, Brasil, 2019.**



Fonte: Adaptado de Santos AO e Alves JA.

## 2.2 Problema

Inadequação do modelo de atenção utilizado para o manejo adequado de portadores de HAS e DM de alto e muito alto risco na Região de Saúde Leste do DF.

### **2.3 Programa/Projeto**

Implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas no manejo dos usuários de HAS e DM de alto e muito alto risco em uma Região de Saúde Leste do DF.

### **2.4 Objetivos**

**Geral:** organizar a AAE integrada com a APS, na Região de Saúde Leste do DF, para abordagem dos usuários portadores de HAS e DM de alto e muito alto risco com base no MACC.

**Específicos:**

- Organizar os macroprocessos na APS e AAE para implantação do MACC;
- Organizar os microprocessos na APS e AAE para implantação do MACC.

### **2.5 Público-alvo**

População portadora de HAS e DM, estratificadas na APS, como alto e muito alto risco na Região de Saúde Leste do DF.

### **2.6 Metas**

- Disponibilizar para a unidade de AAE uma equipe multiprofissional para o manejo de HAS e DM (cardiologistas, endocrinologistas, enfermeiros, assistente social, nutricionista, farmacêutico clínico, psicólogos, fisioterapeuta técnico de enfermagem);
- Capacitar 100% das equipes de ESF das UL para estratificação de risco de HAS;
- Capacitar 100% das equipes de ESF das UL para estratificação de risco de DM;
- Capacitar 100% das equipes da AAE para estratificação de risco de HAS;
- Capacitar 100% das equipes da AAE para estratificação de risco de DM;
- Identificar 100% dos usuários portadores de HAS do território de abrangências das UL;
- Identificar 100% dos usuários portadores de DM do território de abrangências das UL;
- Estratificar o risco de 100% dos usuários portadores de HAS do território de abrangências das UL;
- Estratificar 100% dos usuários portadores de DM do território de abrangências das UL;
- Referenciar 100% dos portadores de HAS de alto e muito alto risco do território de abrangências das UL para o AAE;

- Referenciar 100% dos portadores de DM de alto e muito alto risco do território de abrangências das UL o AAE;
- Monitorar 100% dos planos de cuidados dos usuários portadores de alto e muito alto risco de HAS;
- Monitorar 100% dos planos de cuidados dos usuários portadores de alto e muito alto risco de DM;
- Atender no AAE de forma multiprofissional e interdisciplinar 100% dos usuários portadores de HAS de alto e muito alto risco referenciados pela APS;
- Atender no AAE de forma multiprofissional e interdisciplinar 100% dos usuários portadores de DM de alto e muito alto risco referenciados pela APS;
- Capacitar 100% dos profissionais da ESF no manejo adequado dos usuários portadores de HAS;
- Capacitar 100% dos profissionais da ESF no manejo adequado dos usuários portadores de DM;
- Garantir a realização de 100% dos exames laboratoriais de acordo com o protocolo diretrizes clínicas da HAS;
- Garantir a realização de 100% dos exames laboratoriais de acordo com o protocolo diretrizes clínicas de DM;
- Garantir a dispensação de 100% dos medicamentos necessários de acordo com o protocolo diretrizes clínicas de HAS;
- Garantir a dispensação de 100% dos medicamentos necessários de acordo com o protocolo diretrizes clínicas de DM;
- Elaborar plano de cuidado de 100% dos usuários portadores de alto e muito alto risco de HAS;
- Elaborar plano de cuidado de 100% dos usuários portadores de alto e muito alto risco de DM;

## **2.7 Tempo de implantação: 2 anos**

## **3. MÉTODO**

Foi realizado um estudo descritivo considerando as seguintes etapas: i) elaboração do modelo lógico; ii) mapeamento dos interessados na avaliação; iii) identificação de perguntas avaliativas; iv) e elaboração da matriz de medidas<sup>7</sup>.

A realização de um EA deve envolver uma revisão documental e a coleta de dados qualitativos por meio de entrevistas individuais e/ou reuniões com os principais inte-

ressados, de modo que se verifiquem, desde o início, os interesses e prováveis usos da avaliação, não perdendo de vista que o EA é um processo cíclico e interativo<sup>7</sup>.

Nesse sentido, foram realizadas a identificação e a revisão da documentação disponível a partir de referências básicas sobre a temática (quadro 1), de modo a compreender a proposta de implantação e funcionamento do MACC; o projeto de planificação da atenção à saúde no DF com todos os seus pontos de atenção, em especial, a organização da APS integrada à AAE na Região de Saúde Leste; bem como a identificação dos insumos, atividades, produtos, resultados e impactos, entre outros aspectos, que subsidiaram a elaboração do modelo lógico e as demais etapas necessárias para realização de um EA.

Quadro 1. Referências utilizadas para revisão documental.  
Brasília. Distrito Federal, Brasil, 2019

Documento	Conteúdo	Ano de Publicação
Portaria nº 77, de 14 de fevereiro de 2017.	Estabelece a Política de Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal.	2017
Portaria nº 78, de 14 de fevereiro de 2017.	Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família.	2017
Cadernos de informação técnica e memória do CONASS N. 31.	Planificação da Atenção à Saúde: um instrumento de gestão e organização da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde.	2018
O cuidado das Condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.	O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).	2012
Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	2010

Fonte: Elaboração dos autores.

Participaram desse processo consultores do Conass responsáveis pela condução das oficinas teóricas e atividades de tutorias na APS e na AAE para implantação do MACC na Região de Saúde Leste do DF. Esta participação visou privilegiar os sujeitos que detêm conhecimento teórico-prático sobre a temática e que estão atuando nesse processo de implantação na Região de Saúde Leste do DF. Na continuidade deste estudo, serão realizadas entrevistas e/ou reuniões com os principais envolvidos/interessados na implantação do MACC do DF, particularmente os profissionais da ESF das UL da AAE, de modo que o modelo lógico seja consensuado obtendo-se a sua versão final.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Modelo Lógico

Para avaliar uma intervenção, é fundamental a elaboração do modelo lógico (quadro 2), o qual permite documentar o sentido de um programa graças à conceitualização dos vínculos entre as estruturas, os processos e os resultados<sup>8</sup>.

No caso deste estudo, para sua construção, foi tomado o referencial teórico de Hartz, o qual contempla os componentes, os quais devem ser retirados dos objetivos específicos.

Quadro 2. Modelo Lógico baseado no Modelo de Atenção às Condições Crônicas, para abordagem de usuários portadores de HAS e DM de alto e muito alto risco, em uma região de saúde do DF, estruturado a partir do referencial teórico de Hartz. Distrito Federal, Brasil, 2019

Componentes	Insumos	Atividades	Produtos	Resultados Imediatos	Resultados Intermediários	Resultado Final (Impacto)
Atenção Primária à Saúde	Recursos humanos Recursos materiais Recursos financeiros Recursos físicos	1. Capacitar as equipes das UL/ESF para estratificação de risco de HAS	1. 14 equipes das UL/ESF capacitadas para estratificar riscos dos usuários com HAS	1. Profissionais aptos estratificar usuários com HAS	Equipes das UL/ESF aptas a Organizar a atenção aos usuários de HAS e DM da área adscrita, de acordo com o MACC  UL/ESF como ordenadora do cuidado dos usuários com HAS e DM  UL/ESF resolutiva no cuidado aos usuários com HAS e DM  Usuários de HAS e DM estratificados como alto e muito alto risco atendidos no AAE estabilizados  Adesão dos usuários de HAS e DM estratificados como alto e muito alto risco ao auto cuidado apoiado  Equipe e usuários satisfeitos	Modelo de Atenção às Condições Crônicas Implantado para manejo de HAS e DM, nas Unidades Laboratoriais /ESF e Ambulatório de Atenção Especializada da Região de Saúde Leste do DF
		2. Capacitar as equipes das UL/ESF para estratificação de risco de DM	2. 14 equipes da UL/ESF capacitadas para estratificar riscos dos usuários com DM	2. Profissionais aptos a estratificar usuários com DM		
		3. Identificar os usuários de HAS do território de abrangência das UL/ESF	3. 100% dos usuários de HAS da área adscrita as UL/ESF identificados	3. Usuários com HAS da área adscrita identificados		
		4. Identificar os usuários de DM do território de abrangência das UL/ESF	4. 100% dos usuários de DM da área adscrita as UL/ESF identificados	4. Usuários com DM da área adscrita identificados		
		5. Estratificar o risco dos usuários de HAS do território de abrangência das UL/ESF	5. 100% dos usuários de HAS da área adscritas UL/ESF estratificados por risco	5. Usuários com HAS da área adscrita estratificados por risco		
		6. Estratificar o risco dos usuários de DM do território de abrangência das UL/ESF	6. 100% dos usuários de DM da área adscrita as UL/ESF estratificados por risco	6. Usuários com DM da área adscrita estratificados por risco		
		7. Garantir a realização dos exames laboratoriais dos usuários de HAS conforme protocolo e diretrizes clínicas	7. 100% dos usuários de HAS da área adscrita as UL/ESF com exames laboratoriais realizados	7. Usuários com HAS da área adscrita com exames laboratoriais realizados		
		8. Garantir a realização dos exames laboratoriais dos usuários de DM conforme protocolo e diretrizes clínicas	8. 100% dos usuários de DM da área adscrita as UL/ESF com exames laboratoriais realizados	8. Usuários com DM da área adscrita com exames laboratoriais realizados		
		9. Garantir a dispensação de medicamentos necessários para os usuários de HAS conforme protocolo e diretrizes clínicas	9. 100% dos usuários de HAS da área adscrita as UL/ESF com acesso aos medicamentos	9. Usuários com HAS da área adscrita com medicamentos dispensados		
		10. Garantir a dispensação de medicamentos necessários para os usuários de DM conforme protocolo e diretrizes clínicas	10. 100% dos usuários de DM da área adscrita as UL/ESF com acesso aos medicamentos	10. Usuários com DM da área adscrita com medicamentos dispensados		
		11. Referenciar os usuários de HAS de alto e muito alto risco ao AAE	11. 25% dos usuários de HAS estratificados como de alto e muito alto risco encaminhados ao AAE	11. Usuários de HAS estratificados como alto e muito alto risco atendidos no AAE		
		12. Referenciar os usuários de DM de alto e muito alto risco ao AAE	12. 30% dos usuários de DM estratificados como de alto e muito alto risco encaminhados ao AAE	12. Usuários de DM estratificados como alto e muito alto risco atendidos no AAE		
		13. Monitorar os planos de cuidados dos usuários de alto e muito alto risco de HAS	13. 100 % dos planos de cuidados dos usuários de alto e muito alto risco de HAS monitorados	13. Equipe da APS monitorando os planos de cuidado dos usuários de HAS estratificados como alto e muito alto risco atendidos no AAE		
		14. Monitorar os planos de cuidados dos usuários de alto e muito alto risco de DM	14. 100 % dos planos de cuida dos usuários de alto e muito alto risco de DM monitorados	14. equipe da APS monitorando os planos de cuidado dos usuários de DM estratificados como alto e muito alto risco atendidos no AAE		
		15. Adequar as UL para desenvolver o MACC	15. UL/ESF com ambiência adequada ao MACC	15. Equipe com melhor condição de trabalho		

Componentes	Insumos	Atividades	Produtos	Resultados Imediatos	Resultados Intermediários	Resultado Final (Impacto)
Atenção Ambulatorial Especializada	<p><b>Recursos humanos</b></p> <p><b>Recursos materiais</b></p> <p><b>Recursos financeiros</b></p> <p><b>Recursos físicos</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Disponibilizar para o AAE equipe multiprofissional (enfermeiro; médicos cardiologista, endocrinologista e oftalmologista; fisioterapeuta, educador físico, psicólogo, assistente social, nutricionista e técnicos de enfermagem) necessários para o manejo de HAS e DM</li> <li>Capacitar os profissionais para estratificação de risco de HAS</li> <li>Capacitar os profissionais da AAE para estratificação de risco de DM</li> <li>Atender de forma multi e interdisciplinar os usuários de HAS de alto e muito alto risco referenciados pela APS</li> <li>Atender de forma multi e interdisciplinar os usuários de DM de alto e muito alto risco referenciados pela APS</li> <li>Capacitar os profissionais da UL ESF no manejo adequado dos usuários de HAS</li> <li>Capacitar os profissionais da UL ESF no manejo adequado dos usuários de DM</li> <li>Garantir a realização de exames laboratoriais de acordo com protocolo diretrizes clínicas da HAS</li> <li>Garantir a realização de exames laboratoriais de acordo com o protocolo diretrizes clínicas de DM</li> <li>Garantir a dispensação de 100% dos medicamentos necessários de acordo com o protocolo diretrizes clínicas de HAS</li> <li>Garantir a dispensação de 100% dos medicamentos necessários de acordo com o protocolo e diretrizes clínicas de DM</li> <li>Elaborar plano de cuidado dos usuários de alto e muito alto risco de HAS</li> <li>Elaborar plano de cuidado dos usuários de alto e muito alto risco de DM</li> <li>Adequar a ambiência do AAE para desenvolver o MACC</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>carteira de serviço da AAE Implantada conforme o modelo MACC</li> <li>100% dos usuários de HAS de alto e muito alto risco acompanhados no AAE</li> <li>100% dos usuários de DM de alto e muito alto risco acompanhados no AAE</li> <li>100% dos usuários de HAS de alto e muito alto risco gerenciados pela equipe multi e interdisciplinar</li> <li>100% dos usuários de DM de alto e muito alto risco gerenciados pela equipe multi e interdisciplinar</li> <li>100% dos usuários de HAS de alto e muito alto risco atendidos conforme protocolo e diretrizes clínicas</li> <li>100% dos usuários de DM de alto e muito alto risco atendidos conforme protocolo e diretrizes clínicas</li> <li>100% dos Usuários com exames laboratoriais realizados de acordo com protocolo e diretrizes clínicas da HAS</li> <li>100% dos Usuários com exames laboratoriais realizados de acordo com protocolo e Diretrizes clínicas da DM</li> <li>100% dos usuários de HAS com Medicamentos dispensados</li> <li>100% dos usuários de DM com medicamentos dispensados</li> <li>100% dos usuários de HAS de alto e muito alto risco com planos de cuidado elaborados</li> <li>100% dos usuários de DM de alto e muito alto risco com planos de cuidado elaborados</li> <li>AAE com ambiência adequada ao MACC</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mudança nos processos de trabalho</li> <li>Redução dos encaminhamentos desnecessários de HAS da APS</li> <li>Redução dos encaminhamentos desnecessários de DM da APS</li> <li>Usuários de HAS de alto e muito alto risco atendidos de acordo com o MACC</li> <li>Usuários de DM de alto e muito alto risco atendidos de acordo com o MACC</li> <li>Usuários de HAS de alto e muito alto risco atendidos no MACC</li> <li>Usuários de DM de alto e muito alto risco atendidos no MACC</li> <li>AAE resolutivo no cuidado aos usuários com HAS</li> <li>AAE resolutivo no cuidado aos usuários com DM</li> <li>AAE resolutivo no cuidado aos usuários com HAS</li> <li>AAE resolutivo no cuidado aos usuários com DM</li> <li>Planos de Cuidados dos usuários de HAS de alto e muito alto risco encaminhados a APS</li> <li>Planos de Cuidados dos usuários de DM de alto e muito alto risco encaminhados a APS</li> <li>Equipe com melhor condição de trabalho</li> </ol>	<p>Equipe da AAE Manejando os usuários da HAS e DM de acordo com o MACC</p> <p>Usuários de HAS e DM de alto e muito alto risco estabilizados</p> <p>Adesão dos usuários de HAS e DM estratificados como alto e muito alto risco ao autocuidado apoiado</p> <p>Equipe e usuários satisfeitos</p>	<p>Modelo de Atenção às Condições Crônicas Implantado, para manejo de HAS e DM, nas Unidades Laboratórias /ESF e Ambulatório de Atenção Especializada da Região de Saúde Les-te do DF</p>

Fonte: Elaboração dos autores.

O modelo lógico, além de contribuir para uma melhor compreensão do programa, poderá subsidiar futuros processos de avaliação referentes ao MACC. Entretanto, vale ressaltar que o resultado aqui proposto não é uma recomendação definitiva, pois um modelo pode ser adequado e reformulado a cada contexto e ao longo do tempo.

## 4.2 Mapeamento dos interessados na avaliação

Com o objetivo de garantir que a avaliação seja útil e responda às questões diretamente relevantes para os usuários, além de garantir que a avaliação seja ética e conduzida respeitando os direitos e interesses dos envolvidos, foi realizado o mapeamento dos interessados na avaliação (quadro 3), tendo em conta que, para ser considerado adequado, um processo avaliativo deve identificar seu potencial público e comunicar-se

com ele. Quando os avaliadores não dirigem claramente a avaliação para os usuários potenciais desde o início, é improvável que os resultados tenham a utilidade e a credibilidade esperadas<sup>8</sup>.

Quadro 3. Mapeamento dos Interessados na Avaliação da Implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, para abordagem de usuários portadores de HAS e DM de alto e muito alto risco, em uma região de saúde do DF. Brasil. Distrito Federal, 2019

<b>Primeiros Interessados</b>	<b>Principais Interesses</b>
Gestor Estadual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudar o modelo de atenção à saúde na Região de Saúde Leste/DF, passando de fragmentado e hierarquizado, para RAS;</li> <li>• Organizar a atenção ambulatorial especializada tendo como base o MACC, integrando as equipes de APS com as do AAE;</li> <li>• Implantar a regulação das condições crônicas prioritárias (HÁ e DM) por meio da APS;</li> <li>• Promover capacitação/educação permanente para todos os profissionais da APS e da AAE;</li> <li>• Orientar a população quanto as mudanças nos processos de trabalho para o atendimento das demandas espontâneas e programadas;</li> </ul>
Colegiado Gestor do DF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decidir com base em evidências expandir a implantação do MACC para outras regiões de saúde do DF</li> </ul>
Profissionais das equipes da ESF e da AAE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melhorar a qualidade da atenção</li> <li>• Realizar matriciamento da AAE para a APS, como educação permanente</li> </ul>
Usuários	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acessar os serviços de saúde com oportunidade e resolutividade tendo a APS como porta de entrada do sistema</li> </ul>
Conselho de Saúde do DF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decidir com base em evidências a aprovação ou não deste componente no Plano Distrital de Saúde</li> </ul>
Conass	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Decidir com base em evidências a respeito da adoção do MACC como modelo prioritário para o manejo adequado das condições crônicas</li> <li>• Possibilidade de verificar o impacto do modelo na morbimortalidade dos usuários de HAS e DM</li> <li>• Possibilidade de verificar o impacto da função matricial dos especialistas frente às equipes da APS</li> </ul>

Fonte: Elaboração dos autores.

Além da identificação dos interessados na avaliação, é importante identificar o papel a ser desenvolvido por cada um deles e o tipo de apoio que pode vir a ser prestado (quadro 4). Essa lista deve ser revisada periodicamente devido a mudanças no público interessado, sua inserção, interesses ou tipo de apoio<sup>8</sup>.

Quadro 4. Interessados na avaliação da implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, para abordagem de usuários portadores de HAS e DM de alto e muito alto risco, em uma região de saúde do DF, segundo papel e tipo de apoio.

Brasil. Distrito Federal, 2019

Indivíduos ou órgãos que tem interesse na avaliação	Papel na avaliação	Tipo de apoio		
		Aliado	Neutro ou desconhecido	Oponente
Gestor Estadual	Possibilitar o acesso dos avaliadores ao serviço e as equipes	x		
Colegiado Gestor do DF	Receber os avaliadores e colaborar no fornecimento das informações necessárias	x		
Profissionais das equipes da ESF e da AAE	Receber os avaliadores e colaborar no fornecimento das informações necessárias	x		
Usuários	Informar sobre a sua satisfação em relação ao atendimento que recebe no serviço	x		
Conselho de Saúde do DF	Opinar sobre o modelo implantado no serviço		x	
Conass	Contribuir para o processo avaliativo	x		

Fonte: Elaboração dos autores.

### 4.3 Perguntas avaliativas

As questões-chave a serem abordadas pela avaliação constituem-se um dos produtos esperados para o EA (quadro 5). As perguntas avaliativas proporcionam a direção e base de sustentação à avaliação, e o modelo lógico do programa é essencial na formulação dessas perguntas; dessa forma, essas deverão preferencialmente ser baseadas em seus elementos<sup>8</sup>.

Quadro 5. Perguntas avaliativas a respeito da implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, para abordagem de usuários portadores de HAS e DM de alto e muito alto risco, em uma região de saúde do DF. Brasil. Distrito Federal, 2019

Perguntas Avaliativas	É prioritária?	É útil?	Gera informações importantes?	É viável?	Total
Os usuários portadores de HAS estão identificados e cadastrados na APS?	s	s	s	s	4s
Os usuários portadores de DM estão identificados e cadastrados na APS?	s	s	s	s	4s

<b>Perguntas Avaliativas</b>	<b>É prioritária?</b>	<b>É útil?</b>	<b>Gera informações importantes?</b>	<b>É viável?</b>	<b>Total</b>
Os usuários portadores de HAS estão estratificados por risco na APS?	s	s	s	s	4s
Os usuários portadores de DM estão estratificados por risco na APS?	s	s	s	s	4s
Os usuários portadores de HAS de alto e muito alto risco estão sendo acompanhados na AAE?	s	s	s	s	4s
Os usuários portadores de DM de alto e muito alto risco estão sendo acompanhados na AAE?	s	s	s	s	4s
Os profissionais da AAE estão matriciando os profissionais das equipes da APS?	s	s	s	s	4s
Houve redução no percentual de encaminhamentos desnecessários de HAS da APS para a AAE?	s	s	s	s	4s
Houve redução no percentual de encaminhamentos desnecessários de DM da APS para a AAE?	s	s	s	s	4s
Os hipertensos de alto e muito alto risco estão estabilizados levando em consideração os níveis pressóricos?	s	s	s	s	4s
Os diabéticos de alto risco estão controlados levando em consideração a hemoglobina glicada?	s	s	s	s	4s
As equipes da APS estão gerenciando os planos de cuidado dos usuários de HAS de alto e muito alto risco?	s	s	s	s	4s
As equipes da APS estão gerenciando os planos de cuidado dos usuários de DM de alto e muito alto risco?	s	s	s	s	4s

Fonte: Elaboração das autoras

#### **4.4 Apresentação da matriz de medidas**

A elaboração da matriz de medidas, por meio do estabelecimento de critérios, indicadores e parâmetros, é uma condição necessária para avaliação, pois esses quesitos permitirão não apenas descrever o programa, mas também realizar um julgamento sobre o objeto da avaliação, no caso deste estudo, a implantação do MACC no manejo dos usuários de HAS e DM de alto e muito alto risco em uma Região de Saúde do DF (quadro 6).

Quadro 6. Matriz de Medidas para avaliação da implantação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas, para abordagem de usuários portadores de HAS e DM de alto e muito alto risco, em uma região de saúde do DF. Brasil. Distrito Federal, 2019

Perguntas Avaliativas	Critérios/ Indicadores	Parâmetros	Tipo de abordagem	Tipo de Dados	Fontes de Dados	Técnica
Os usuários portadores de HAS estão identificados e cadastrados na APS?	Proporção de pessoas usuárias de HAS da área adscrita a UL atendidas na APS	20,4% da população adulta da área adscrita a UL	Quantitativa	Secundário	- Painel de bordo (indicadores definidos para acompanhar a implantação do MACC)	Banco de dados
Os usuários portadores de DM estão identificados e cadastrados na APS?	Proporção de pessoas usuárias de DM da área adscrita a UL atendidas na APS	8% da população adulta da área adscrita a UL	Quantitativa	Secundário	- Planilhas de acompanhamento dos usuários atendidos no AAE - Checklist dos macroprocessos da AAE	Banco de dados
Os usuários portadores de HAS estão estratificados por risco na APS?	Proporção de pessoas usuárias portadoras de HAS estratificados na APS	100% dos hipertensos estratificados	Quantitativa	Secundário	- Sistema do DF (Região Leste) integrado ao Sistema de Internação Hospitalar (SIH)	Banco de dados
Os usuários portadores de DM estão estratificados por risco na APS?	Proporção de pessoas usuárias portadoras de DM estratificados na APS	100% dos diabéticos estratificados	Quantitativa	Secundário		Banco de dados
Os usuários portadores de HAS de alto e muito alto risco estão sendo acompanhados na AAE?	Proporção de pessoas com HAS de alto e muito alto risco acompanhados na AAE	100% dos hipertensos de alto e muito alto risco acompanhados na AAE	Quantitativa	Secundário		Banco de dados
Os usuários portadores de DM de alto e muito alto risco estão sendo acompanhados na AAE?	Proporção de pessoas com DM de alto e muito alto risco acompanhados na AAE	100% dos diabéticos de alto e muito alto risco acompanhados na AAE	Quantitativa	Secundário		Banco de dados

Perguntas Avaliativas	Crítérios/ Indicadores	Parâmetros	Tipo de abordagem	Tipo de Dados	Fontes de Dados	Técnica
Os profissionais da AAE estão matriciando os profissionais das equipes da APS?	Proporção de profissionais da APS sendo matriciados pela equipe da AAE	100% dos profissionais da APS sendo matriciados pela equipe da AAE	Quantitativa	Secundário	- Sistema do DF (Região Leste) integrado ao Sistema de Internação Hospitalar (SIH)	Banco de dados
Houve redução no percentual de encaminhamentos desnecessários da APS para a AAE?	Proporção de usuários de alto e muito alto risco encaminhados da APS para a AAE	Até 12% dos usuários hipertensos e diabéticos encaminhados da APS para a AAE	Quantitativa	Secundário		
Os hipertensos de alto e muito alto risco estão estabilizados levando em consideração os níveis pressóricos?	Proporção de usuários hipertensos de alto e muito alto risco atendidos no AAE no período de 12 meses pelo número de usuários estabilizados no período de 12 meses	Acima de 70% dos hipertensos de alto e muito alto risco estabilizados	Quantitativa	Secundário	- Painel de bordo (indicadores definidos para acompanhar a implantação do MACC) - Planilhas de acompanhamento dos usuários atendidos no AAE	Banco de dados
Os diabéticos de alto risco estão controlados levando em consideração a hemoglobina glicada?	Proporção de diabéticos de alto e muito alto risco atendidos no AAE no período de 12 meses pelo número de usuários com a hemoglobina glicada compensada	Acima de 50% dos hipertensos de alto e muito alto risco estabilizados	Quantitativa	Secundário	- Checklist dos macroprocessos da AAE - Sistema do DF (Região Leste) integrado ao Sistema de Internação Hospitalar (SIH)	Banco de dados

Perguntas Avaliativas	CrITÉrios/ Indicadores	Parâmetros	Tipo de abordagem	Tipo de Dados	Fontes de Dados	Técnica
As equipes da APS estão gerenciando os planos de cuidado dos usuários de HAS de alto risco?	Proporção de pessoas portadoras de HAS de alto risco, com planos de cuidado elaborados e monitorados	100% dos planos de cuidados dos hipertensos de alto e muito alto risco monitorados pela APS	Quantitativa	Secundário	- Painel de bordo (indicadores definidos para acompanhar a implantação do MACC) - Planilhas de acompanhamento dos usuários atendidos no AAE	Banco de dados
As equipes da APS estão gerenciando os planos de cuidado dos usuários de DM de alto risco?	Proporção de pessoas portadoras de DM de alto risco, com planos de cuidado elaborados e monitorados	100% dos planos de cuidados dos diabéticos de alto e muito alto risco monitorados pela APS	Quantitativa	Secundário	- Checklist dos macroprocessos da AAE - Sistema do DF (Região Leste) integrado ao Sistema de Internação Hospitalar (SIH)	Banco de dados

## 5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A elaboração deste EA foi baseada em uma metodologia descritiva que facilitou o alinhamento conceitual, a sistematização de informações, permitindo identificar e definir os atores-chave e seus papéis, os objetivos, as ações e os recursos necessários; assim como as metas avaliativas.

Por meio deste estudo, observa-se que o MACC se constitui em um importante modelo para abordagem das condições crônicas em detrimento do modelo hegemônico, fragmentado, em que a AAE funciona totalmente à margem da APS, sem agregar qualquer valor a condição de saúde do usuário.

O ambulatório AAE, implantado na Região de Saúde Leste do DF, segundo os consultores do Conass que têm acompanhado sistematicamente todo esse processo, destaca-se hoje pela competência da equipe multiprofissional, sendo referência para o MACC na atenção especializada. Tendo crescido como qualidade, crescem também as necessidades e exigências, quais sejam: completar e ampliar a carteira de serviços e tornar o ambulatório mais resolutivo e qualificado; ampliar a cobertura da população-alvo,

incluindo unidades de toda a região e, conseqüentemente, criando o acesso para toda a população-alvo identificada nos territórios; ajustar o fluxo de acesso regulado a partir da integração direta entre ESF e AAE; garantir os exames complementares de rotina e especializados; prover o ambulatório de um sistema eletrônico de registro e monitoramento, qualificando o processo de avaliação.

A APS no DF, apesar dos esforços, ainda é muito frágil, com graves limitações de estrutura predial e de equipes de saúde da família, principalmente com relação aos Agentes Comunitários de Saúde, o que reduz a capacidade de resposta para a população. Sem uma APS qualificada, é praticamente impossível o conhecimento da população, estratificação de risco e monitoramento clínico com vistas à estabilização, três pontos que demonstram a competência de uma equipe de APS no cuidado de pessoas com condições crônicas.

No que se refere à gestão, o mais importante é a compreensão de que não se pode implantar um novo modelo de atenção se apoiando ainda em um modelo antigo de gestão. Precisa mudar o foco: da simples implantação de serviços, com uma produção de atendimentos diversificados, do que deriva uma avaliação equivocada do sistema de saúde na qual quanto maior a produção, maior a qualidade, para o interesse e decisões concretas de resposta qualificada à necessidade da população de um território sanitário. A cada ciclo de melhoria contínua na atenção à saúde deve corresponder um ciclo de melhoria contínua na gestão dos serviços e sistemas de saúde.

Uma limitação deste estudo diz respeito ao fato de ele não ter sido validado pelos potenciais utilizadores. Nesse sentido, as metas de avaliação não foram acordadas, assim como os objetivos, os recursos, os processos, os produtos e os resultados que podem ser objeto da avaliação. Portanto, recomenda-se que essa validação seja realizada.

Por fim, acredita-se que existam todas as condições para ampliar e qualificar o processo de cuidado dos usuários com HAS e DM, na APS com o apoio da equipe AAE, sendo imprescindíveis os ajustes na estrutura e processos necessários para tal. Por conseguinte, avaliar a implantação do MACC no DF, a partir do EA, é fundamental para assim sustentar uma possível ampliação para toda a sua rede de saúde.

## REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde; 2012. 512p.

2. Distrito Federal. Protocolo de Atenção à Saúde: manejo da pressão arterial sistêmica e diabetes mellitus na Atenção Primária à Saúde [internet]. Distrito Federal; 2018 [acesso em 2019 set 30]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br>.
3. Organização Pan-Americana de Saúde. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília: OPAS; 2018. 218p.
4. Fonseca HLP. A reforma da saúde de Brasília, Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2019;24(6):1981-90.
5. Guedes BAL, Binda do Vale FL, Souza RW, Costa MKA, Batista SR. A organização da atenção ambulatorial secundária na SESDF. Ciênc Saúde Coletiva. 2019;24(6):2125-34.
6. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Planificação da Atenção à saúde: Um instrumento de Gestão e Organização da Atenção Primária e da Atenção Ambulatorial Especializada nas redes de Atenção à Saúde. CONASS documenta 31. Brasília: Conass; 2018. 436p.
7. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011, 292p.
8. Hartz ZMA, Silva LMV, organizadoras. Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. 275p.

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação  
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de  
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

[www.conass.org.br/biblioteca](http://www.conass.org.br/biblioteca)



## CAPÍTULO 7

---

# ESTUDO DE AVALIABILIDADE DO PROJETO DE CUIDADO FARMACÊUTICO PARA PORTADORES DE ASMA ATENDIDOS POR MEIO DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

---

**Heber Dobis Bernarde<sup>1</sup>**  
**Janara Alexandre Nunes<sup>1</sup>**  
**Marcus Vinícius de Carvalho<sup>1</sup>**

## Resumo

**Objetivo:** Esta avaliação teve como foco verificar a implementação do projeto de cuidado farmacêutico para portadores de Asma atendidos por meio do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS). Especialmente sobre a metodologia adotada na intervenção para o aumento da taxa de resolução dos Problemas Relacionados ao Medicamento (PRM).

**Métodos:** Com a intenção de verificar a implementação da intervenção, consolidado em uma prática clínica que visa assegurar a necessidade correta, efetividade, segurança e comodidade da terapia medicamentosa para o paciente, optou-se por realizar uma avaliação do tipo qualiquantitativa, composta pela identificação dos interessados e de matriz de questões avaliativas, que serão aplicadas por meio de entrevistas individuais com os profissionais capacitados e, também, por meio da análise dos dados coletados.

**Resultados:** Considerando que a intervenção irá desenvolver trabalho inédito no SUS, a avaliação se torna fundamental para medir a real eficiência na execução do cuidado farmacêutico no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. A partir do projeto de avaliação, será possível aprimorar e ajustar possíveis falhas, tanto no método aplicado, quanto na própria estratégia de aplicação da intervenção.

**Palavras-chave:** Cuidado Farmacêutico; Asma; Avaliação de Processos e Resultados (Cuidados de Saúde).

## 1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), aprovada por meio da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338, de 2004, define a assistência farmacêutica como um conjunto de ações voltadas à saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e ao seu uso racional<sup>1</sup>. Complementarmente a esse dispositivo legal, a Lei nº 12.401, de 2011, definiu claramente o entendimento de que a assistência farmacêutica consiste na oferta, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de medicamentos e produtos de interesse para a saúde em conformidade com os protocolos clínicos, além da oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do SUS<sup>2</sup>.

No marco da PNAF, os medicamentos disponibilizados em nível ambulatorial pelo SUS são organizados em três Componentes, considerando as suas características em relação aos objetivos, abrangência e formas de financiamento. Nesse contexto, está o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf), caracterizado como uma estratégia de acesso a medicamentos que objetiva garantir a integralidade do tratamento medicamentoso, a partir das linhas de cuidado expressas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde (MS)<sup>3</sup>. Atualmente, 80 situações clínicas estão inseridas no Ceaf, como Asma, Artrite Reumatoide, Doença de Parkinson, Hepatite Viral C e Doença de Crohn<sup>4</sup>.

Dentre as doenças tratadas por meio do CEAF, cabe especial destaque à asma, doença crônica tratável das vias aéreas que afeta todas as faixas etárias e apresenta alta prevalência, morbidade e mortalidade em todo o mundo. Segundo Cardoso e colaboradores<sup>5</sup>, 2.047 pessoas morreram de asma no Brasil no ano de 2013, isto é, aproximadamente 5 óbitos/dia e mais de 120 mil hospitalizações por ano. Entre 2008 e 2013, a taxa de mortalidade no País, em pacientes hospitalizados, aumentou aproximadamente 25%, e a média de tempo de hospitalização por asma manteve-se em torno de 3 dias nesse período<sup>5</sup>. Estima-se que, no Brasil, a prevalência da asma gire em torno de 10%. Um estudo realizado nas cidades de Recife, Salvador, Itabira, Uberlândia, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre concluiu que 13,3% das crianças na faixa etária de 6 anos a 7 anos e de 13 anos a 14 anos eram asmáticas<sup>6</sup>.

Em recente estudo transversal realizado em um centro urbano no sul do Brasil, Roncada identificou que 42,7% das crianças portadoras de asma em idade escolar têm a doença descontrolada e que são altas as taxas de inatividade física e absenteísmo escolar<sup>7</sup>.

Nesse contexto, considerando o crescente aumento no acesso a medicamentos, que pode ser facilmente identificado nos resultados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (Pnaum)<sup>8</sup>, e a necessidade de garantir o seu uso racional, a assistência farmacêutica acaba representando uma das áreas com maior responsabilidade no cumprimento constitucional do direito à saúde; e o profissional farmacêutico se destaca pela capacidade de maximizar os resultados obtidos na utilização desses produtos pelos pacientes.

Conceitualmente, o cuidado farmacêutico corresponde à prática clínica centrada no paciente em que o profissional assume a responsabilidade pelas necessidades farmacoterapêuticas e responde por esse compromisso. Para tanto, o profissional previne, identifica e resolve problemas relacionados com o uso de medicamentos com o propósito de o paciente alcançar resultados positivos com a farmacoterapia<sup>9</sup>.

Existem alguns métodos de cuidado farmacêutico já consolidados na prática, propostos nos últimos anos. Entre eles destacam-se, o Pharmacotherapy Workup, desenvolvido por Cipolle, Strand e Morley<sup>10</sup> e o Método Dáder, do Grupo de Pesquisa em Atenção Farmacêutica da Universidade de Granada<sup>11</sup>.

Considerado a nova missão da profissão<sup>14</sup>, o cuidado farmacêutico não é uma atividade a mais para o farmacêutico, mas uma nova forma de atuar perante a sociedade com vistas a auxiliar a diminuição de problemas relacionados ao uso de medicamentos.

Diante do exposto, o MS está desenvolvendo um projeto intitulado “O Cuidado Farmacêutico no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica”. Tal projeto está sendo executado por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde – Proadi-SUS (Portaria nº 3.362, de 8 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017)<sup>15</sup>, que tem como característica colaborar para o fortalecimento do SUS, por meio de recursos de isenção fiscal concedidos aos hospitais filantrópicos de excelência, nesse caso, o Hospital do Coração (HCor), com o apoio técnico do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass).

O referido projeto foi divulgado nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) dos 26 estados da Federação e do Distrito Federal, e todas manifestaram interesse em participar da implementação das Unidades de Cuidado Farmacêutico (UCF) em seu território. Uma vez manifestado o interesse, um cronograma de implementação foi planejado em conjunto entre o HCor, a SES interessada, o Conass e a Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Estratégicos (SCTIE) do MS, cada qual fornecendo apoio específico para execução e manutenção das atividades.

As UCF devem ter os seguintes objetivos:

- Garantir que todos os medicamentos em uso pelo paciente sejam indicados, efetivos, seguros e convenientes;
- Detectar, prevenir e resolver problemas relacionados com o uso de medicamentos;
- Trabalhar de maneira centrada na pessoa e integrada com a equipe de saúde para assegurar os melhores resultados com a terapia medicamentosa do paciente;
- Trabalhar em colaboração com o médico prescritor, sempre que necessário, para garantir que todas as necessidades farmacoterapêuticas dos pacientes sejam atendidas;
- Trabalhar em parceria com o paciente para que ele compreenda a razão do uso de todos os medicamentos, como eles funcionam, o que esperar deles e quais as possíveis reações adversas;

- Garantir os melhores resultados com o uso dos medicamentos, reduzindo custos desnecessários para o sistema de saúde e melhoria na qualidade de vida do usuário.

O projeto está dividido em três etapas: realização de diagnóstico situacional das SES, capacitação dos Recursos Humanos e acompanhamento com UCF capacitadas, como descrito a seguir:

1. Realização de diagnóstico situacional das SES – Inicialmente, as SES preenchem um questionário enviado pelo HCor. Depois de recebidos os questionários, são programadas visitas de qualificação das informações fornecidas por cada SES participante.
2. Capacitação dos Recursos Humanos – Com a agenda de implementação definida, após o diagnóstico situacional, tem-se o início do treinamento dos profissionais indicados pelas SES por meio de visitas de orientação. Os profissionais serão treinados por simulação, receberão material instrutivo e serão acompanhados por uma semana pelos técnicos do HCor. Cada treinamento é dimensionado para as necessidades identificadas pelas próprias SES, tornando-se um treinamento focado nos medicamentos e condições de saúde característicos daquele estado ou Distrito Federal. Do total das 27 SES, 11 identificaram a asma com a principal doença para ser desenvolvido o acompanhamento farmacêutico.
3. Acompanhamento das UCF capacitadas – Depois da etapa de visita e treinamento presencial, inicia-se a etapa de acompanhamento a distância. Um técnico do HCor ficará disponível pelo período de 30 dias a contar do término da visita de treinamento para dar suporte aos casos necessários e dúvidas dos profissionais que solicitarem apoio para as SES onde a UCF foi implementada. Sendo necessária mais uma visita, esta pode ser realizada no semestre que se segue à semana de implementação da Unidade. Os resultados alcançados por cada UCF deverão ser apresentados por representantes da própria Unidade em um seminário final, em que serão convidados a participar representantes do MS, das SES e do Conass.

Gráfico 1. Etapas da intervenção



Fonte: Elaboração dos autores.

A intervenção visa atingir pacientes portadores de asma, atendidos por meio do Ceaf nas farmácias de Alto Custo das SES, e tem como principais metas:

- i. Implementar uma unidade modelo para o Cuidado Farmacêutico no Ceaf em farmácia ambulatorial da SES;
- ii. Capacitar os profissionais envolvidos no Cuidado Farmacêutico dessa unidade;
- iii. Auxiliar o monitoramento das atividades no primeiro mês de implementação do serviço de Cuidado Farmacêutico.

De forma geral, os resultados de saúde esperados com a intervenção decorrem do trabalho do farmacêutico, consolidado em uma prática clínica que visa assegurar a necessidade, a efetividade, a segurança e a comodidade da terapia medicamentosa para o paciente.

## 2. OBJETIVOS

A avaliação tem como principal objetivo verificar a eficiência e a eficácia da aplicação da intervenção, especialmente da metodologia adotada, no aumento da taxa de resolução dos Problemas Relacionados ao Medicamento (PRM).

### 3. MÉTODOS

Com a intenção de verificar a implementação da intervenção, consolidado em uma prática clínica que visa assegurar a necessidade correta, efetividade, segurança e comodidade da terapia medicamentosa para o paciente, optou-se por realizar uma avaliação do tipo qualiquantitativa, composta pela identificação dos interessados e de matriz de questões avaliativas, que serão aplicadas por meio de entrevistas individuais com os profissionais capacitados e, também, por meio da análise dos dados coletados.

### 4. RESULTADOS

O MS, mantenedor do Proadi-SUS; o HCor, executor do projeto; e o Conass, apoiador técnico, são os principais interessados na avaliação que pode sugerir melhorias e mudanças estratégicas no escopo das atividades ou da metodologia desenvolvida. São interessados com responsabilidades em nível da gestão da intervenção.

Profissionais responsáveis pela aplicação dos treinamentos e da consultoria a distância, além dos profissionais farmacêuticos capacitados e das equipes das UCF onde ocorreu a intervenção, têm enorme importância para a avaliação pelo conhecimento e experiência acumulados ao nível de aplicação das ações da intervenção.

Os órgãos e indivíduos mencionados acima são aliados à avaliação.

Pacientes e médicos assistências, ou médicos prescritores, são indivíduos com interesse nos resultados da intervenção. Não é possível qualificá-los, pois cada indivíduo poderá ter um apoio diferente, conforme experiência individual. Com isso, foram definidos com o tipo de apoio desconhecido.

Quadro 1. Interessados na avaliação

Indivíduos ou órgãos que têm interesse na avaliação	Papel na avaliação	Tipo de apoio		
		Aliado	Neutro ou desconhecido	Oponente
MS	Tomador de decisão	x		
HCor	Tomador de decisão	x		
SES	Coleta de dados Execução	x		
Conass	Apoio Institucional	x		
Consultores responsáveis pelas capacitações	Consultivo Assessoria	x		

Indivíduos ou órgãos que têm interesse na avaliação	Papel na avaliação	Tipo de apoio		
		Aliado	Neutro ou desconhecido	Oponente
Profissionais capacitados (farmacêuticos)	Consultivo	x		
Equipe técnica dos estabelecimentos de saúde (Unidades Modelo)	Consultivo	x		
Pacientes	Usuários Consultivo		x	
Médicos assistentes	Consultivo		x	

Fonte: Elaboração dos autores.

Foram definidas perguntas iniciais com o objetivo de avaliar a efetividade da intervenção de forma a compreendê-lo em sua amplitude. Com isso, 17 perguntas avaliativas foram elaboradas que abordam aspectos metodológicos, estruturais e de aplicabilidade.

No quadro 2, é apresentada a pontuação das perguntas avaliativas iniciais, com base em critérios de qualificação.

Quadro 2. Perguntas iniciais de avaliação

Perguntas Avaliativas	É prioritária?	É útil?	Gera informações importantes?	É viável?	Total
O farmacêutico capacitado é dedicado e se identifica com a filosofia de prática?	X	X	X	X	4
O método de prática clínica adotado é consistente e serve para tomada de decisão?	X	X	X	X	4
A infraestrutura da farmácia é compatível com a atividade clínica?		X			1
As atividades técnico-administrativas da farmácia são organizadas e sistematizadas?		X		X	2
O público-alvo da intervenção está bem definido?	X	X		X	3
O instrumento de registro dos dados da consulta farmacêutica é eficiente?	X	X	X	X	4
Foi realizado diagnóstico situacional do cenário global onde a intervenção foi implementada?		X	X	X	3
O perfil de atendimento da unidade é compatível com a intervenção?		X	X		2
Foi necessário redesenho do processo de trabalho da unidade?		X	X	X	3
Houve apresentação formal do serviço clínico à equipe da farmácia?		X	X	X	3

Perguntas Avaliativas	É prioritária?	É útil?	Gera informações importantes?	É viável?	Total
A comunicação entre as equipas de saúde é efetiva?	X	X	X		3
Os indicadores de resultado clínico estão bem definidos?	X	X	X	X	4
Qual o número de pacientes atendidos por farmacêutico?	X	X	X	X	4
Qual a duração média das consultas?	X	X	X	X	4
Qual a taxa de absentismo?	X	X	X	X	4
Qual o número de PRM identificados?	X		X	X	3
Qual a taxa de resolução dos PRM?	X	X	X	X	4

Fonte: Elaboração dos autores.

Foram selecionadas as perguntas com pontuação máxima. Após ajustes, elas foram divididas em dois blocos:

1. Perguntas avaliativas do tipo qualitativa, direcionadas aos profissionais capacitados por meio de entrevista direcionada. É importante ressaltar que as perguntas qualitativas propostas nessa avaliação estão formatadas a promover perguntas secundárias, de explicação ou complemento à pergunta original;
2. Perguntas avaliativas do tipo quantitativas, por meio de instrumentos de registro de consulta farmacêutica.

Quadro 3. Perguntas iniciais de avaliação

Perguntas Avaliativas	Crítérios/ Indicadores	Parâmetros	Tipo de abordagem	Tipo de Dados	Fontes de Dados	Técnica
O farmacêutico que participou do treinamento possui carga horária exclusiva para o desenvolvimento da atividade?	SIM ou Não	SIM	Qualitativa	Primário	Profissional farmacêutico capacitado	Entrevista
O farmacêutico se identifica com a filosofia de prática?	SIM ou Não	SIM	Qualitativa	Primário	Profissional farmacêutico capacitado	Entrevista
O método adotado para a aplicação do cuidado farmacêutico é consistente e serve para tomada de decisão?	SIM ou Não ou parcialmente	SIM	Qualitativa	Primário	Profissional farmacêutico capacitado	Entrevista

Perguntas Avaliativas	Crítérios/ Indicadores	Parâmetros	Tipo de abordagem	Tipo de Dados	Fontes de Dados	Técnica
O instrumento de registro dos dados da consulta farmacêutica é eficiente?	SIM ou Não ou parcialmente ou não há um instrumento	SIM	Qualitativa	Primário	Profissional farmacêutico capacitado	Entrevista
Os critérios definidos para elegibilidade do público alvo da intervenção estão sendo devidamente aplicados em sua plenitude?	SIM ou Não	SIM	Qualitativa	Primário	Profissional farmacêutico capacitado	Entrevista
Qual o número de pacientes atendidos por farmacêutico no primeiro mês?	Média de atendimento por farmacêutico	20/mês	Quantitativa	secundária	Instrumentos de registro de consulta farmacêutica	Coleta de dados
Qual a duração média das consultas?	Tempo médio de consulta	a) 40-60 minutos para primeiro atendimento b) 20-30 minutos para atendimento de retorno	Quantitativa	secundária	Instrumentos de registro de consulta farmacêutica	Coleta de dados
Qual a taxa de absenteísmo?	É a razão entre os pacientes ausentes e pacientes agendados.	zero	Quantitativa	secundária	Instrumentos de registro de consulta farmacêutica	Coleta de dados
Qual a taxa de resolução dos Problemas Relacionados ao Medicamento (PRM)?	Razão entre o número de PRM resolvidos e os identificados	100% resolvidos	Quantitativa	secundária	Instrumentos de registro de consulta farmacêutica	Coleta de dados

Fonte: Elaboração dos autores.

Por meio das perguntas selecionadas, é possível estimar o potencial dos efeitos da intervenção, especialmente pelas informações de dedicação exclusiva do profissional e da quantidade de atendimentos no período, verificando se o método aplicado está adequado com as necessidades do dia a dia do profissional farmacêutico, além dos impactos nos usuários.

É importante o cruzamento das informações de carga horária exclusiva, a duração média das consultas e a quantidade de pacientes atendidos para verificar a fidedignidade das respostas coletadas. Já a taxa de absenteísmo diferente do parâmetro idealizado

deve ser avaliada para ajustes na marcação e confirmação de consultas, além de possíveis ajustes na condução do atendimento pelo profissional. Quando necessário, esta avaliação deverá ocorrer em formato complementar ao estudo em voga.

Foram considerados e conservados os parâmetros utilizados no escopo do projeto de intervenção, principalmente nas questões quantitativas.

Destaca-se que o objetivo geral da avaliação será medido por meio de uma pergunta quantitativa: qual a taxa de resolução dos Problemas Relacionados ao Medicamento (PRM)? O parâmetro idealizado é que 100% dos PRM sejam resolvidos. A análise das demais respostas poderá esclarecer o motivo de possíveis resultados diferentes ao parâmetro ideal desta pergunta avaliativa.

## **5. LIMITES METODOLÓGICOS**

Considerando as limitações de financiamento e de tempo, a avaliação, em seu formato inicial, tem como grupo focal os profissionais farmacêuticos capacitados pela intervenção. É importante destacar que, qualitativamente e quantitativamente, será possível verificar os impactos da intervenção em nível de gestão e, especialmente, em nível de assistência à sociedade.

Levando-se em conta que a avaliação é diretamente impactada pelo contexto e aos fatores que emergem do processo avaliativo, é importante que o mesmo entrevistador realize as entrevistas para que haja uma padronização nas perguntas secundárias. Essa derivação aumenta a complexidade da análise da avaliação.

Ainda nesse contexto, para evitar vieses de relação de poder entre os entrevistados, as entrevistas devem ocorrer individualmente, com possibilidade de uso de ferramentas que videoconferências.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A assistência farmacêutica é responsável por gerenciar o ciclo do medicamento e pela garantia constitucional do direito à saúde. Um conjunto que envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população<sup>1</sup>.

Considerando o potencial de implementação, a avaliação se torna fundamental para medir a real eficiência na aplicação e execução do projeto de cuidado farmacêutico apresentado. Com isso, é possível aprimorar e ajustar possíveis desvios, tanto no método em si, como na estratégia de aplicação da intervenção.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília; 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Lei 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS [internet]. Brasília, DF. Diário Oficial da União. 29 abr. 2011 [acesso em 2019 ago 01]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. Brasília, DF. Diário Oficial da União. 31 jul 2013 [acesso em 2019 ago 01]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pt-gm-ms-1554-2013-alterada-1996-2013.pdf>.
4. Brasil . Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: Inovação para garantia do acesso a medicamentos no SUS [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [acesso em 2019 ago 01]. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/06/Livro-2-completo-para-site-com-ISBN.pdf>. Acesso em: 01 ago. 2019.
5. Cardoso TA, Roncada C, Silva ER, Pinto LA, Jones MH, Stein RT, et al. Impacto da asma no Brasil: análise longitudinal de dados extraídos de um banco de dados governamental brasileiro. *J Bras Pneumol*. 2017;43(3):163-168.
6. Solé D, Wandalsen GF, Camelo-Nunes IC, Naspitz CK, Isaac – Brazilian Group. Prevalence of symptoms of asthma, rhinitis, and atopic eczema among Brazilian children and

adolescents identified by the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) – Phase 3. *J Pediatr.* 2006;82(5):341-6.

7. Roncada C, Oliveira SG, Cidade SF, Sarria EE, Mattiello R, Ojeda BS, et al. Burden of asthma among inner-city children from Southern Brazil. *J Asthma.* 2016;53(5):498-504.

8. Leal FL, Bertoldi AD, Menezes AMB, Borges RB, Mengue SS, Gazzana MB, et al. Indicação, acesso e utilização de medicamentos para doenças respiratórias crônicas no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), 2014. *Cad Saúde Pública.* 2018;34(10):e00202817.

9. Cipolle RJ, Strand L, Morley P. *Pharmaceutical Care Practice: the patient-centered approach to medication management.* 3rd. ed. New York: Mc Grand Hill; 2012. 697 p.

10. Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical Care Practice – The Clinician’s Guide.* 2nd. Ed. New York: McGraw-Hill; 2004.

11. Machuca M, Fernández-Llimós F, Faus MJ. *Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapêutico.* Granada: Universidad de Granada; 2003

12. Strand LM, Morley PC, Cipolle RJ, Ramsey R, Lamsam GD. Drug-related problems: their structure and function. *Am J Hosp Pharm.* 1990 Nov;24(11):1093-7.

13. Martínez-Romero F, Fernández-Llimós F, Gastelurrutia MA, Parras M, Faus MJ. Programa Dáder de Seguimiento del Tratamiento Farmacológico. Resultados de la fase piloto. *Ars Pharmaceutica.* 2001;42(1-2): 53-65.

14. Oliveira DR. *Atenção Farmacêutica: da filosofia ao gerenciamento da terapia medicamentosa.* São Paulo: RCN editora; 2011. 327 p.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.362, de 8 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) [Internet]. Brasília, DF. Diário Oficial da União.

13 dez 2017 [acesso em 2019 ago 01]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3362\\_13\\_12\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3362_13_12_2017.html).

## CAPÍTULO 8

---

# APOIO À GESTÃO ESTADUAL NO BRASIL DAS DOENÇAS TRANSMITIDAS POR VETORES: UM ESTUDO DE AVALIABILIDADE

---

*Nereu Henrique Mansano<sup>1</sup>*  
*Fernando Campos Avendanho<sup>1</sup>*

*1. Assessores técnicos do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass).*

## Resumo

**Objetivo:** Avaliar o projeto-piloto que será realizado para implementar o fortalecimento dos estados em seu papel de coordenação das ações de atenção, estabelecendo as linhas de cuidado (controle vetorial, vigilância e assistência) às endemias mais prevalentes no Brasil (Dengue, Zika, Chikungunya e Malária) por meio do apoio matricial.

**Métodos:** Para alcançar o objetivo proposto, será utilizada uma matriz com perguntas avaliativas que irão servir de indicadores de resultados da mudança de abordagem por parte dos técnicos do estado em relação aos seus municípios. A abordagem proposta para atuação do estado em relação aos municípios será feita utilizando o modelo de “apoio matricial”, que propõe a horizontalidade das abordagens colocando as equipes estaduais na condição de apoiadoras dos municípios.

**Resultados:** Espera-se, com este estudo de avaliabilidade, observar o impacto da metodologia do apoio matricial na melhoria de indicadores, tanto de controle vetorial quanto na atenção aos pacientes acometidos por arboviroses transmitidas pelo *Aedes aegypti*, bem como pela malária. Também se espera melhorar a relação entre os entes estaduais e municipais.

**Palavras-chave:** Arbovirose; *Aedes aegypti*; dengue; zika; chikungunya *Anopheles*; malária; linhas de cuidado.

## 1. INTRODUÇÃO

Doenças transmitidas por vetores como dengue, zika, chikungunya e malária permanecem como importantes problemas de saúde pública no Brasil, com surtos e epidemias recorrentes (especialmente de dengue e malária) ao longo das últimas décadas.

Após dois anos seguidos em que ocorreram os maiores números de casos de dengue até então registrados no Brasil, com mais de 1,6 milhão de casos em 2015 e quase 1,5 milhão de casos em 2016<sup>1</sup>, houve uma redução do número de casos em 2017 e 2018 (como geralmente se observa após anos hiperendêmicos), ocorrendo, respectivamente, nesses anos 239.389 e 265.934 casos prováveis<sup>2</sup>. Dados iniciais de 2019 indicam, porém, novo e importante recrudescimento do número de casos, com o registro, somente até a 34<sup>a</sup> semana epidemiológica, de 1.439.471 casos suspeitos<sup>3</sup>, com uma

taxa de incidência de 690,4 casos por 100 mil habitantes, enquanto, no mesmo período do ano anterior, a incidência foi de 98,7 casos por 100 mil habitantes<sup>3</sup>.

Os primeiros casos detectados de zika no Brasil ocorreram em 2015, na região Nordeste<sup>4</sup>. Após correlação com alteração expressiva na identificação de casos de microcefalia e outras alterações congênitas, foi decretada Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (Espin) em novembro daquele ano, passando a ter notificação obrigatória<sup>4</sup>. Em 2016, foram registrados 216.207 casos prováveis no país, com queda nos casos identificados a partir de 2017<sup>1</sup>. Em 2019, até a 34<sup>a</sup> semana epidemiológica, foram registrados 9.813 casos prováveis de zika no país, com incidência de 4,7 casos por 100 mil habitantes. Em 2018, no mesmo período, a incidência foi de 3,2 casos por 100 mil habitantes<sup>3</sup>.

Desde a introdução do vírus chikungunya no Brasil, em 2014<sup>4</sup>, os casos vieram aumentando, chegando a 277.882 casos em 2016<sup>1</sup> e 185.593 em 2017<sup>2</sup>. Em 2018, ocorreram 87.687 casos<sup>2</sup>. Em 2019, até a semana epidemiológica 34, foram registrados 110.627 casos prováveis de chikungunya no país, com uma incidência de 53,1 casos por 100 mil habitantes<sup>3</sup>. Em 2018, no mesmo período, a incidência foi de 36,8 casos por 100 mil habitantes<sup>3</sup>.

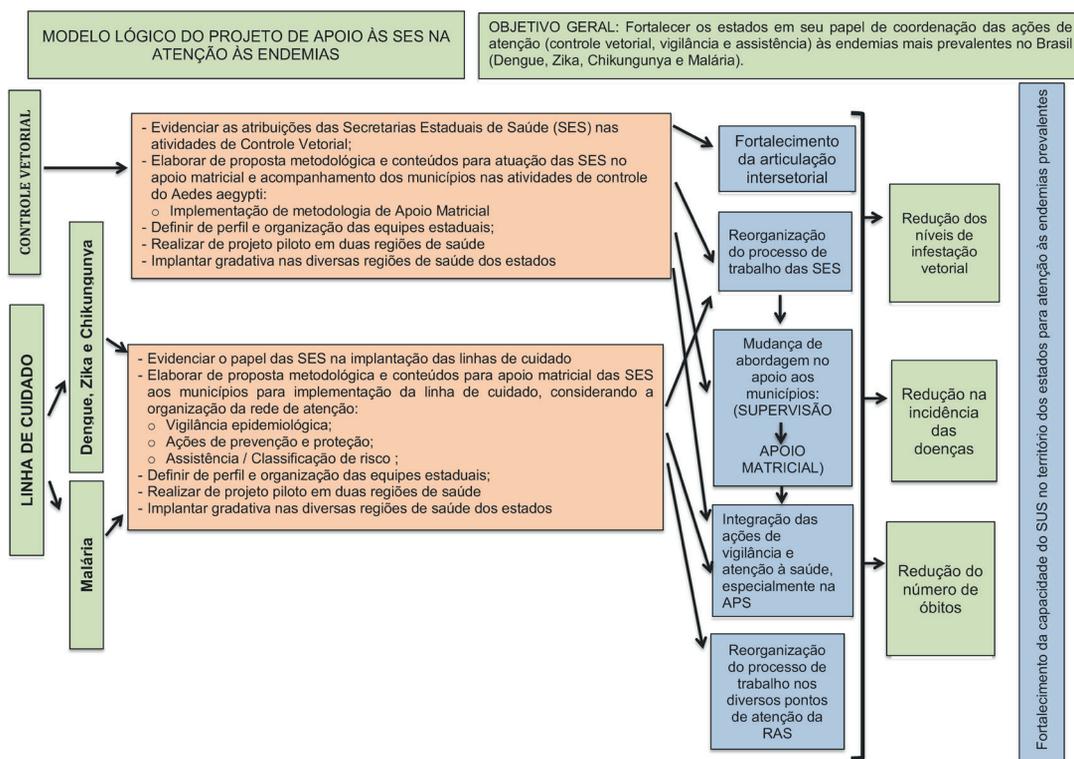
Também a malária tem mostrado sinais de aumento significativo e preocupante na região amazônica, especialmente nos anos de 2017 e 2018, quando ocorreram, respectivamente, 197.081 e 195.191 casos da doença, depois de anos com uma curva descendente de casos notificados (em 2016, ocorreram 114.143 casos). Em 2019, segundo dados preliminares do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica de Malária (Sivep-malária), até a SE 39 (30 de dezembro de 2018 a 26 de setembro de 2019), foram notificados 129.531 casos de malária<sup>5</sup>.

Conforme exposto, as recorrentes epidemias de dengue, a permanência da malária como importante problema de saúde pública na região Norte do Brasil (com agravamento nos anos mais recentes) e a emergência de novas doenças transmitidas por vetores como zika e chikungunya evidenciaram ser necessária uma mudança na abordagem tradicionalmente realizada pela esfera estadual no apoio às Secretarias Municipais de Saúde (SMS), que efetivamente realizam as ações de controle de vetores e na organização das linhas de cuidado para atenção às doenças por eles causadas. Assim, o “Projeto de Apoio às Secretarias Estaduais de Saúde nas Ações de Controle e Atenção às Endemias” (figura 1) está sendo desenvolvido pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) com o objetivo de fortalecer os estados em seu papel de coordenação das ações de atenção (controle vetorial, vigilância e assistência) a essas endemias mais prevalentes no Brasil, tendo como principal objetivo o desenvolvimento das com-

petências das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) para apoio matricial às ações de controle vetorial e a instituição de linhas de cuidado para vigilância e assistência a essas endemias. O projeto também deverá atuar, em etapa posterior, no apoio à estruturação da vigilância entomológica nas SES e o suporte laboratorial em entomologia.

Propõe-se um rearranjo na estrutura atual de “supervisão” adotada pelos estados. As equipes que fazem as supervisões, em alguns casos, ao invés de propor soluções, limitam-se a apontar falhas com caráter punitivo. O próprio termo “supervisão” já traz uma conotação de verticalidade e hierarquia da abordagem; entendendo-se o termo “supervisão” como “a ação e o efeito de supervisionar, fazer a inspeção de um trabalho ou de uma tarefa realizado/a por outra pessoa”<sup>3</sup>. Quem supervisiona encontra-se em uma posição de superioridade hierárquica, uma vez que tem a capacidade ou a faculdade de determinar se a ação supervisionada está ou não sendo executada corretamente.

Figura 1. Modelo lógico<sup>7</sup> do Projeto de Apoio às SES na Atenção às Endemias



Fonte: elaboração dos autores

A abordagem proposta, de “apoio matricial”, pretende ser mais horizontal e agregadora, em que as equipes estaduais se colocam na condição de apoiadoras aos

municípios. Assim, profissionais com ofícios e especialidades diferentes daquelas das equipes apoiadas asseguram retaguarda especializada mediante suporte assistencial e técnico-pedagógico<sup>8</sup>.

Nesse contexto, pretende-se ainda reforçar (nos aspectos relacionados com estas doenças), com vistas à integralidade da atenção, aspectos trazidos pelas políticas nacionais de Atenção Básica (Pnab)<sup>9</sup> e de Vigilância em Saúde (PNVS)<sup>10</sup>. Nesse sentido, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção, o tratamento e a reabilitação. O princípio de integralidade pressupõe ainda a articulação intersectorial com outras políticas públicas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos<sup>11</sup> (e, em especial, no controle de vetores), bem como na integração das ações de Vigilância em Saúde (VS) em todos os pontos da Rede de Saúde e, em particular, na Atenção Primária à Saúde (APS).

A integração das ações da VS com a APS pode ser considerada um dos grandes desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil em todas as esferas de gestão. Embora diversas normativas e estratégias tenham sido elaboradas no sentido de estimular essa integração nas últimas décadas, e esforços institucionais tenham sido empreendidos para viabilizar os recursos financeiros e organizar estruturas técnico-administrativas locais, a integração dessas duas áreas de conhecimento ainda não se efetivou como esperado, especialmente no âmbito das equipes que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)<sup>12</sup>.

Destarte, este artigo apresenta estudo de avaliabilidade do “Projeto de Apoio às Secretarias Estaduais de Saúde na Atenção às Endemias Prevalentes no Brasil”, em desenvolvimento pelo Conass; elaborado pelos assessores técnicos responsáveis pela execução do projeto durante a realização, na instituição, do Curso Internacional de Avaliação em Saúde, a partir de colaboração com o Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) da Universidade Nova de Lisboa (UNL).

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Verificar a viabilidade da avaliação do “Projeto de Apoio às Secretarias Estaduais de Saúde na Atenção às Endemias Prevalentes no Brasil”.

### **2.2 Específico**

Construir modelo avaliativo a ser testado durante a execução de projeto-piloto em regiões de saúde de pelo menos duas unidades da federação.

### 3. RESULTADOS

#### 3.1 Mapeamento dos interessados na avaliação

Identificam-se diversos interessados nesse processo avaliativo, apresentados de forma sintética no quadro 1. Não se espera de antemão que nenhum se oponha à proposta. Cabe considerar, porém, que qualquer mudança no processo de trabalho pode ser acompanhada de resistência em equipes que sempre atuaram de uma mesma forma, motivo pelo qual foi considerado como neutro ou desconhecido o apoio das equipes técnicas das três esferas de gestão.

Quadro 1. Lista de verificação dos interessados no estudo avaliativo

Indivíduos ou órgãos que têm interesse na avaliação		Papel na avaliação	Tipo de apoio		
Órgãos	Profissionais		Aliado	Neutro ou desconhecido	Oponente
Conass	Diretoria / Assembleia	Decisão / apreciação do resultado	X		
	SE / Assessoria técnica	Coordenação do processo / execução	X		
	Consultores contratados	Elaboração da proposta / execução	X		
SES	Secretários	Adesão / Decisão de implantar projeto na SES / apreciação do resultado	X		
	Dirigentes da VS / Assistência	Coordenação do processo na SES / participação	X		
	Profissionais	Execução das atividades nas SMS / participação		X	
Ministério da Saúde	Dirigentes da VS	Apoio institucional à proposta / apreciação do resultado	X		
	Profissionais	Apoio técnico / participação		X	
Conasems	Diretoria	Apoio institucional à proposta / apreciação do resultado		X	
	Assessoria técnica	Apoio técnico / participação	X		
SMS	Secretários	Apoio institucional à proposta / apreciação do resultado		X	
	Dirigentes e profissionais	Apoio técnico / participação		X	
Resp. políticas públicas relacionadas	Gestores	Apoio institucional / participação		X	
	Profissionais	Apoio técnico / participação		X	

Indivíduos ou órgãos que têm interesse na avaliação		Papel na avaliação	Tipo de apoio		
Órgãos	Profissionais		Aliado	Neutro ou desconhecido	Oponente
Comunidade	Conselhos estaduais e municipais	Apoio / participação		X	
Outras entidades / Academia	Fiocruz	Apoio técnico / participação	X		

Fonte: Elaboração dos autores

### 3.2 Seleção das perguntas de avaliação

Para a seleção das perguntas a serem respondidas no processo avaliativo, observou-se sua pertinência, do ponto de vista da prioridade, utilidade, importância e viabilidade, conforme descrito no quadro 2.

Todas as questões selecionadas foram consideradas úteis para a avaliação do Projeto de Apoio às SES na Atenção às Endemias. Destacamos porém, duas questões que, apesar de serem referentes a indicadores extremamente úteis e que não podem deixar de ser avaliados, uma vez que tratam dos principais objetivos do projeto – a infestação pelo *Aedes aegypti* e a incidência (ou ocorrência de novos surtos) de dengue, zika e chikungunya –, não podem ser consideradas como prioritários para a avaliação do Projeto. Conforme detalharemos mais adiante, ao tratar dos limites metodológicos para cada uma das medidas a serem utilizadas para responder às questões avaliativas, esses indicadores estão sujeitos a múltiplos fatores que poderão interferir em seu resultado (tanto para melhor como para pior), especialmente a curto prazo.

### 3.3 Matriz de medidas a ser utilizada

O quadro 3 detalha os critérios ou indicadores a serem utilizados, tipo de abordagem e métodos de pesquisa a serem utilizados para responder às questões avaliativas.

Todas as perguntas avaliativas demandarão métodos quantitativos para sua abordagem. Conforme detalharemos a seguir, para a maior parte das questões, serão utilizados indicadores calculados a partir de dados secundários obtidos de sistemas de informação nacionais ou estaduais (em estados que utilizarem sistemas próprios, por exemplo, para acompanhamento da infestação vetorial).

Para algumas questões, porém, relacionadas especialmente com a mudança da forma de interlocução das equipes estaduais com as SMS, será necessário enfoque

qualiquantitativo. Para este fim, será elaborado questionário a ser respondido pelos profissionais dos municípios, bem como serão realizados grupos focais, no sentido de compreender se houve percepção por estes de alguma mudança na forma de atuação das equipes estaduais e alteração em seu processo de trabalho.

Quadro 2. Matriz para seleção das perguntas avaliativas

Perguntas Avaliativas	É prioritária?	É útil?	Gera informações importantes?	É viável?	Total
Após a implementação da proposta, ocorreram novos surtos ou alteração na incidência de dengue, zika e chikungunya? (resultado)	Não	Sim	Sim	Sim	3
Houve alteração significativa nos índices entomológicos (LIRAA / LIA / Ovitrapas)? (resultado)	Depende	Sim	Sim	Sim	3
Ocorreram óbitos por dengue, zika ou chikungunya? (resultado)	Sim	Sim	Sim	Sim	4
Houve alteração no número de visitas para controle do Aedes? (resultado)	Depende	Sim	Sim	Sim	3
As visitas foram direcionadas às áreas mais críticas? (processo)	Sim	Sim	Sim	Sim	4
Houve diminuição da necessidade de ações emergenciais (controle químico espacial)? (resultado)	Sim	Sim	Sim	Sim	4
As ações relacionadas ao controle dos vetores passam por processo de decisão técnica compartilhada (SMS / SES)? (processo)	Sim	Sim	Sim	Sim	4
Ocorreu mudança perceptível (pelas equipes das SMS) da forma de abordagem realizada pela equipe da SES? (processo)	Sim	Sim	Sim	Sim	4
Cronograma de visitas estipulado pela SES / Regional de Saúde aos municípios para apoio matricial foi executado? (processo)	Sim	Sim	Sim	Sim	4
As equipes de APS e serviços de pronto atendimento receberam capacitação / orientação para manejo clínico de dengue, zika e chikungunya? (processo)	Sim	Sim	Sim	Sim	4
Após a implementação da proposta, ocorreram novos surtos ou alteração no número de casos de malária? (resultado)	Sim	Sim	Sim	Sim	4
Ocorreram óbitos por malária? (resultado)	Sim	Sim	Sim	Sim	4
As equipes de APS e serviços de pronto atendimento receberam capacitação / orientação para manejo clínico da malária? (processo)	Sim	Sim	Sim	Sim	4
Houve alteração no tempo médio de início de tratamento de malária, em relação ao início dos sintomas? (resultado)	Sim	Sim	Sim	Sim	4

Quadro 3. Definição dos critérios, indicadores e parâmetros para avaliação

Perguntas	Tipo de abordagem	Crítérios/ indicadores	Tipo de dados	Fonte	Descrição ou método de cálculo *	Parâmetros
Após a implementação da proposta, ocorreram novos surtos ou alteração na incidência de dengue, zika e chikungunya?	Quantitativa	Taxas de Incidência (dengue; zika; chikungunya)	Secundários	Sinan	Casos novos da doença X 100.000 / população da área no mesmo tempo	Avaliação das tendências da série histórica
Houve alteração significativa nos parâmetros entomológicos (LIRAA / LIA / Ovitrapas)?	Quantitativa	Índice de Infestação Predial (IIP)	Secundários	LIRAA	Percentual de imóveis na região de saúde (ou município) com presença de larvas do <i>Aedes aegypti</i>	Avaliação das tendências da série histórica
Ocorreram óbitos por dengue, zika ou chikungunya?	Quantitativa	Número de óbitos	Secundários	SIM / Sinan	Número absoluto de óbitos	Avaliação das tendências da série histórica / zero
Houve alteração no número de visitas para controle do <i>Aedes</i> ?	Quantitativa	Número de ciclos que atingiram mínimo de 80% de cobertura de imóveis visitados para controle vetorial da dengue.	Secundários	SI-PNCD (ou sistema adotado na SES)	Número de imóveis visitados (em cada um dos ciclos de visitas domiciliares de rotina para o controle da dengue) / Número de imóveis	Avaliação das tendências da série histórica Número de ciclos por ano com cobertura acima de 80% (mínimo de 4)
As visitas foram direcionadas às áreas mais críticas?	Quantitativa e qualitativa	Percentual de municípios da RS com resposta positiva / avaliação do grupo focal	Primários	N/A	Questionário e grupo focal	Sim / Não
Houve diminuição da necessidade de ações emergenciais (controle químico espacial)?	Quantitativa	Número de quarteirões trabalhados com controle químico espacial (aspersão de inseticida por UBV)	Secundários	SI-PNCD (ou sistema adotado na SES)	Número de quarteirões submetidos à aspersão de inseticida por UBV na região de saúde (ou município)	Avaliação das tendências da série histórica

Perguntas	Tipo de abordagem	Critérios/ indicadores	Tipo de dados	Fonte	Descrição ou método de cálculo *	Parâmetros
As ações relacionadas ao controle dos vetores passam por processo de decisão técnica compartilhada (SMS / SES)?	Quantitativa / qualitativa	Percentual de municípios da RS com resposta positiva / avaliação do grupo focal	Primários	N/A	Questionário e grupo focal	Sim / Não
Ocorreu mudança perceptível (pelas equipes das SMS) da forma de abordagem realizada pela equipe da SES?	Quantitativa / qualitativa	Percentual de municípios da RS com resposta positiva / avaliação do grupo focal	Primários	N/A	Questionário e grupo focal	Sim / Não
Cronograma de visitas estipulado pela SES / Regional de Saúde aos municípios para apoio matricial foi executado?	Quantitativa	Percentual de visitas realizadas em relação ao programado	Primários	Instrumento de acompanhamento do projeto (?)	Número de visitas realizadas / programadas	100%
As equipes de APS e serviços de pronto atendimento receberam capacitação / orientação para manejo clínico da dengue, zika e chikungunya? (processo)	Quantitativa	Percentual de profissionais médicos e enfermeiros envolvidos em atividades de orientação / capacitação em serviço (apoio matricial / educação permanente)	Primários	Instrumento de acompanhamento do projeto (?)	Profissionais envolvidos / total de profissionais	100%
Após a implementação da proposta, ocorreram novos surtos ou alteração no número de casos de malária? (resultado)	Quantitativa	Número de casos de malária	Secundários	SIVEP-malária	Número absoluto de casos	Avaliação das tendências da série histórica
Ocorreram óbitos por malária? (resultado)	Quantitativa	Número de óbitos	Secundários	SIM / Sinan	Número absoluto de óbitos	Avaliação das tendências da série histórica

Perguntas	Tipo de abordagem	Crítérios/ indicadores	Tipo de dados	Fonte	Descrição ou método de cálculo *	Parâmetros
As equipes de APS e serviços de pronto atendimento receberam capacitação / orientação para manejo clínico da malária? (processo)	Quantitativa	Percentual de profissionais médicos e enfermeiros envolvidos em atividades de orientação / capacitação em serviço (apoio matricial / educação permanente)	Primários	Instru-mento de acompa-nhamento do projeto (?)	Profissionais envolvidos / total de profissionais	100%
Houve alteração no tempo médio de início de tratamento de malária, em relação ao início dos sintomas? (resultado)	Quantitativa	Percentual de casos com início de tratamento em tempo oportuno	Secundários	SIVEP-malária	Número total de casos autóctones de malária com tratamento em tempo oportuno / Número total de casos de malária	70% dos casos com tratamento iniciado em tempo oportuno (48hs – casos autóctones / 96hs – casos importados, em rel. ao início dos sintomas)

Fonte: Elaboração dos autores

#### 4. LIMITAÇÕES METODOLÓGICAS DAS QUESTÕES AVALIATIVAS

##### Ocorrência de novos surtos / taxas de incidência de dengue, zika e chikungunya:

Apesar de estas informações estarem disponíveis a partir de dados secundários (Sistema de Informações de Agravos de Notificação – Sinan), cabe cautela importante em sua avaliação, não somente por estar sujeito a falhas no processo de notificação (especialmente em períodos interepidêmicos, quando pode ocorrer menor sensibilidade da vigilância), mas especialmente por não poder ser avaliado de forma isolada e, principalmente, por não poder ser interpretado como um indicador absoluto do fracasso ou sucesso das intervenções.

Seu resultado pode ser influenciado por fatores que, muitas vezes, não são conhecidos ou não podem ser alterados, especialmente em curto prazo. Como exemplo, pode

ocorrer diminuição do número de casos após períodos hiperendêmicos ou epidêmicos, pelo esgotamento de suscetíveis. Ao mesmo tempo, mesmo com a melhora nas ações de controle do vetor, pode ocorrer aumento do número de casos quando ocorre a introdução de um novo sorotipo de dengue, ou quando se inicia a circulação de zika e chikungunya. É de se esperar que, após implementar ações diferenciadas em determinada área, consiga-se diminuir a incidência das doenças, mas é mais importante observar se ocorreu mudança sustentável em longo prazo.

### **Alteração nos índices entomológicos (LIRAA / LIA / Ovitrapas):**

Também é informação disponível com dados secundários, a partir do Sistema de Informação do Programa Nacional de Controle da dengue (SI-PNCD), das planilhas encaminhadas pelas SES ao Ministério da Saúde com os resultados do Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* (LIRAA) ou em sistemas próprios de alguns estados de controle vetorial. Precisar ser avaliado com o máximo de cautela, pois os índices entomológicos disponíveis não permitem avaliar com segurança a densidade vetorial. Esse fator é importante, visto que impacta na dinâmica da transmissão da doença. Às vezes, os índices de infestação são baixos, mas a densidade de vetores adultos é alta, pela possibilidade de que um menor número de imóveis positivos tenha criadouros mais produtivos.

Depende também fortemente da articulação intersetorial, uma vez que, mesmo com forte atuação do setor saúde, poderá ocorrer grande aumento da infestação se não ocorrer o envolvimento de diversas outras políticas públicas, com destaque para o saneamento básico (regularidade no abastecimento de água e coleta e disposição adequada do lixo).

### **Ocorrência de óbitos por dengue, zika ou chikungunya / ocorrência de óbitos por malária**

Esses indicadores são, talvez, dos mais importantes a serem avaliados, por se constituir em eventos sentinela para a qualidade da atenção prestada aos pacientes. A maior parte dos óbitos por essas doenças são evitáveis, desde que seu cuidado seja conduzido de acordo com os protocolos instituídos. Pode também ser obtido a partir de dados secundários (Sinan e Sistema de Informações de Mortalidade – SIM), sofrendo influência de eventual subnotificação destes sistemas.

Entre outros fatores que podem interferir nos resultados, podemos citar: o tempo de procura dos serviços de saúde a partir do início dos sintomas; a facilidade de acesso aos serviços; a rapidez na suspeição, diagnóstico e início do tratamento a partir da en-

trada na unidade de saúde; a conduta clínica do profissional; a utilização dos protocolos e a incorporação da recomendação do profissional de saúde por parte do paciente.

### **Número de visitas para controle do Aedes**

Esse indicador pode demonstrar a adesão das equipes responsáveis pelo controle de vetores às atividades de vigilância ambiental e às orientações repassadas nas atividades de apoio matricial. Por si, porém, não impactarão nos resultados do Projeto, uma vez que tão ou mais importante que o quantitativo de visitas é sua qualidade, pois essas devem ser resolutivas e informativas, uma vez que a manutenção de condições menos apropriadas à reprodução do vetor dependerá da incorporação das orientações pelo morador do imóvel visitado.

Também será obtido a partir de dados secundários, do SI-PNCD ou sistemas próprios estaduais, podendo também ser influenciado pela oportunidade e qualidade da alimentação das informações nestes sistemas.

### **Direcionamento das visitas às áreas mais críticas**

É importante que as equipes realizem análises retrospectivas dos dados, uma vez que algumas áreas do território se destacam mais que outras em termos de produção e manutenção de casos. Isso se dá, possivelmente, por fatores ambientais, de infraestrutura urbana e demográfica que favorecem a reprodução e manutenção de vetores e consequente maior transmissão da doença.

A incorporação desse olhar na rotina das atividades de controle vetorial deverá ser estimulada durante o apoio matricial.

Essa informação não está presente nos sistemas de informação atualmente existentes, exigindo, para sua avaliação, a utilização de questionários para a análise quantitativa, sujeita, porém à interpretação e viés na resposta. Será mais importante nessa questão a avaliação qualitativa, a ser realizada a partir de discussão em grupo focal com representantes das equipes municipais, no sentido de apreender se ocorreu a incorporação em sua rotina.

### **Diminuição da necessidade de ações emergenciais (controle químico espacial)**

Dados a respeito da realização de atividades de nebulização espacial com inseticidas podem ser obtidas com dados secundários (SI-PNCD ou sistemas estaduais), estando, porém, sujeitas a eventuais problemas em sua alimentação. Como o que se recomenda na rotina é a realização de ações educativas, remoção mecânica de cria-

douros e, se necessário, a utilização de larvicidas, essas ações seriam recomendadas somente em situações hiperendêmicas ou emergenciais.

Aumento no quantitativo dessas atividades pode indicar tanto maior necessidade, por aumento do número de casos das doenças, quanto sua utilização de forma inadequada, o que pode refletir problemas no processo de trabalho das equipes municipais, a inexistência de critérios definidos para sua indicação ou inadequada orientação / apoio por parte das SES.

### **Ações relacionadas com o controle dos vetores com processo de decisão técnica compartilhada / mudança perceptível (pelas equipes das SMS) da forma de abordagem realizada pela equipe da SES**

Essas questões serão avaliadas a partir de abordagem qualiquantitativa, incluindo questionário a ser encaminhado a representantes das equipes municipais e a realização de grupos focais. A avaliação dos questionários estará sujeita a dificuldades de interpretação e ao retorno de suas respostas. Será fundamental a avaliação qualitativa, a ser realizada por meio de grupos focais. Estes demandarão cuidado, tanto na forma de realização dos questionamentos, evitando-se influenciar suas respostas, quanto na interpretação e síntese dos diálogos realizados.

### **Execução de cronograma de visitas estipulado pela SES ou Regional de Saúde aos municípios para apoio matricial / realização de atividades de capacitação ou orientação para manejo clínico de dengue, zika e chikungunya / realização de atividades de capacitação ou orientação para manejo clínico de malária**

Não existem sistemas de informação específicos para coleta de dados referentes a essas questões. Pretende-se construir planilha para registro das atividades realizadas durante o projeto, para posterior análise quantitativa delas. Essa estratégia está sujeita tanto ao adequado preenchimento das informações pelos profissionais das SES responsáveis pela execução das atividades de apoio matricial quanto à qualidade, objetividade e facilidade de resposta do instrumento.

### **Questões relacionadas com o controle da malária**

Como as ações relacionadas com o controle da malária serão direcionadas aos estados da Amazônia Legal e, geralmente, não são executadas nas SES pelas mesmas equipes responsáveis pelas ações relacionadas com a dengue, zika e chikungunya, foram definidas perguntas avaliativas específicas para essa doença. Não haverá diferença, porém, em relação ao já descrito para as arboviroses, no que se refere aos limites

metodológicos para avaliação da ocorrência de óbitos por malária e à realização de atividades de capacitação ou orientação para manejo clínico de malária.

Já a ocorrência de novos surtos / número absoluto de casos de malária e o tempo médio de tratamento de malária estarão diretamente relacionados com a execução das atividades de controle executadas pelo setor saúde, dependendo especialmente da incorporação das atividades de tratamento da doença e da adequada utilização dos protocolos clínicos na APS. Sua avaliação também se dará por abordagem quantitativa, a partir de dados secundários do Sivep-malária, podendo ser influenciada por eventual subnotificação ou problemas na alimentação deste sistema de informação.

## **5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES**

Este estudo demonstra a viabilidade de se realizar avaliação do “Projeto de Apoio às Secretarias Estaduais de Saúde na Atenção às Endemias Prevalentes no Brasil”, que se encontra em fase final de planejamento e elaboração de conteúdos pelo Conass. O modelo avaliativo apresentado neste artigo se mostrou extenso, buscando envolver os diversos aspectos relacionados com a proposta de atuação do projeto com vistas a fortalecer a atuação das SES por meio do apoio matricial aos municípios nas ações de controle e atenção à dengue, zika, chikungunya e malária.

Foram evidenciados os desafios e os limites metodológicos para a realização do processo de avaliação a partir da implementação do projeto, cabendo aqui recomendar que seja considerada a possibilidade de eventual diminuição das questões avaliativas e indicadores a serem acompanhados, a depender dos recursos disponíveis e capacidade operacional. Para a maior parte, poderão ser utilizados dados secundários a partir de dados de sistemas de informação. Um esforço adicional será necessário, contudo, na elaboração e na aplicação de questionários e na realização dos estudos qualitativos, que seriam importantes para avaliar com maior detalhe se efetivamente ocorreram mudanças no processo de trabalho e na forma de atuação das equipes.

## **REFERÊNCIAS**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Jan 2018;49(02).

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Jan 2019;50(04).
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Set 2019;50(22).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Dengue, Chikungunya e Zika. In: Guia de Vigilância em Saúde (volume 2). Brasília: Ministério da Saúde; 2017. p. 415-454.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica de Malária – SIVEP malária. Malária: o que é, causas, sintomas, tratamento, diagnóstico e prevenção [internet]. [acesso em 2019 set 26]. Disponível em: <http://saude.gov.br/saude-de-a-z/malaria>.
6. Romero GB. Manual do supervisor. São Paulo-SP 1ª edição; 2018.
7. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault RA. Avaliação na área da Saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); 1997. p. 29-48.
8. Oliveira MM, Campos GWS. Formação para o Apoio Matricial: percepção dos profissionais sobre processos de formação. *Physis*. jun 2017; 27(2):187-206.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União; 2017.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio desta resolução. Brasília: Diário Oficial da União; 13 ago. 2018.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Princípios do SUS [internet]. [acesso em 2019 set]. Disponível em: <http://saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia Política Nacional de Atenção Básica – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 2019 set]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia\\_pnab.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_pnab.pdf).

## CAPÍTULO 9

---

# AVALIABILIDADE DO SISTEMA DE MONITORAMENTO EM TEMPO REAL E GEORREFERENCIADO DO *AEDES AEGYPTI* PARA O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO PELOS GESTORES

---

**Leonardo Moura Vilela<sup>1</sup>**

1. Universidade Federal de Goiás. CV disponível em: <http://lattes.cnpq.br/1257586670316786>

## Resumo

**Objetivo:** Este projeto visa avaliar a efetividade do Simaz/Conecta SUS na redução dos criadouros de *Aedes aegypti*, em Goiás (infestação predial), a morbimortalidade por dengue, os custos para o Sistema Único de Saúde (SUS) e a sobrecarga dos serviços de saúde.

**Métodos:** A maior parte das informações são acessadas diretamente em bancos de dados do Conecta SUS. Outros elementos são verificados por meio de observação direta, como o levantamento das condições de *hardware*, espaço físico e pessoal qualificado do Conecta SUS, registro das atividades educativas e de conscientização da população.

**Resultados:** O estudo de avaliação proposto do Simaz/Conecta SUS é amplamente viável quanto à sua eficácia como um instrumento para a tomada de decisões do controle do *Aedes aegypti*.

**Palavras-chave:** Controle vetorial; Sistema Integrados Georreferenciados; Sistema Único de Saúde.

## 1. INTRODUÇÃO

O *Aedes aegypti*, é o mosquito transmissor da Dengue, Chikungunya e Zika, consideradas as principais arboviroses presentes no Brasil. Existe ainda a possibilidade de que a espécie seja um vetor de urbanização da Febre Amarela, devido ao grande número de casos ocorridos nos últimos anos, em áreas não endêmicas para essa virose. O mesmo raciocínio se aplica em relação ao vírus Mayaro, com registros de ocorrências em diversos estados brasileiros, inclusive em Goiás.

Há descrição de casos no Brasil desde meados do século XIX, sendo o ano de 1923 o marco das primeiras epidemias. O Brasil chegou a erradicar o *Aedes aegypti*, em 1955. No entanto, devido ao relaxamento da vigilância sanitária no território nacional e em outros países, no final da década de 1960, ocorreu a reintrodução do mosquito em solo brasileiro.

Em 1982, houve a confirmação laboratorial do vírus da Dengue, tendo início no Rio de Janeiro, posteriormente, expandindo-se por todo o País. Desde então, várias epidemias da doença têm afetado a população brasileira, além do surgimento de casos de

Chikungunya (2014) e de Zika (2015). A mais relevante foi em 2015, quando houve registro de 1.638.058 casos prováveis e de 863 óbitos, sendo 163.178 ocorrências e 102 óbitos em Goiás<sup>1</sup>. O estado foi o terceiro em número de casos absolutos, atrás apenas de São Paulo e Minas Gerais, os mais populosos. Porém, Goiás teve a maior incidência, 2.468,4/100.000 habitantes, contra 801,2/100.000 habitantes do restante do Brasil.

Em 2017, houve redução no número de casos de Dengue no Estado brasileiro, cujas causas ainda não estão devidamente esclarecidas<sup>2</sup>. As formas de controle do mosquito consistem na identificação e na eliminação dos criadouros da espécie. Esses focos de criadouros se situam, em sua maioria, no domicílio e no seu entorno. A eliminação mecânica do foco, o uso de larvicida em criadouros localizados em ambientes onde isso não é possível e a retirada de materiais e recipientes que possam acumular água parada são os pilares do combate ao vetor<sup>3</sup>.

O Ministério da Saúde preconiza a redução a menos de 1% do Índice de Infestação Predial (IIP) do *Aedes aegypti*, por meio do Programa Nacional de Controle da Dengue. O programa é composto dos seguintes sistemas de informações: Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), Levantamento de Índice (LI), Levantamento Rápido do Índice de Infestação por *Aedes aegypti*, (LIRAA) e do Sistema do Programa Nacional de Controle da Dengue (SisPNCD)<sup>4</sup>.

Os recursos empregados no combate ao *Aedes* são vultuosos e estão cada vez mais elevados. Em 2009, estima-se que esse custo foi de US\$ 371 milhões. Em 2013, foram gastos US\$ 1,228 bilhão. No início de 2016, o Governo Federal cortou R\$ 23,4 bilhões do orçamento da União. Na mesma oportunidade, o Ministério da Saúde assegurou que investiria 100% a mais no combate à epidemia de Dengue que no ano anterior<sup>4</sup>. Em 2016, os custos totais com o manejo das arboviroses atingiram R\$ 2,3 bilhões, cerca de 2% do orçamento previsto para a saúde no Brasil no mesmo ano<sup>5</sup>. O gasto de estados e municípios também é elevado e crescente.

Em dezembro de 2015, o Governo Federal lançou uma ampla mobilização para o controle do *Aedes aegypti*, com a participação da presidente da República, governadores, prefeitos, ministros e secretários de Estado. A iniciativa repercutiu no lançamento do programa Goiás Contra o *Aedes*, com o objetivo de erradicar o vetor. Houve uma grande mobilização no estado de Goiás, envolvendo governador, secretários de Estado, prefeitos, secretários municipais de Saúde, Agentes de Combate a Endemias (ACE), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e professores, com apoio da mídia e instituições da sociedade militar.

A Secretaria Estadual de Saúde (SES), coordenadora do programa, em Goiás representada pelo Corpo de Bombeiros Militar, buscou na Defesa Civil a grande parceria

para desenvolver as ações. A participação do Corpo de Bombeiros foi fundamental. A experiência acumulada em gerenciamento de crises, logística, mobilização e organização teve importância significativa para o engajamento dos municípios e da comunidade.

O Centro de Informações e Decisões Estratégicas em Saúde (Conecta SUS) da Secretaria de Saúde de Goiás foi inaugurado em dezembro de 2014 com a finalidade de reunir de forma sistematizada e atualizada os indicadores de saúde do estado. A iniciativa teve o objetivo de oferecer meios para a tomada rápida e certa de decisões, além do monitoramento e da avaliação das ações em tempo real. O Centro serviu como quartel general e sala de situação para o Goiás Contra o Aedes (figura 1).

Figura 1. Conecta SUS



Fonte: Acervo da Secretaria Estadual de Saúde – Goiás

O conhecimento por parte dos Bombeiros Militares na utilização de Sistemas Integrados de Georreferenciamento (SIG) foi decisivo para o desenvolvimento de um Sistema Georreferenciado, em tempo real, de monitoramento do vetor em todos os 246 municípios goianos, denominado Sistema Integrado de Monitoramento Aedes Zero (Simaz) (figura 2).

Figura 2. Painel de controle do SIMAZ no Conecta SUS



Fonte: Acervo da Secretaria Estadual de Saúde – Goiás

Os SIG são programas de computador que permitem a visualização de mapas georreferenciados em conjunto com os atributos das feições representadas<sup>6</sup>, como a infestação predial do *Aedes aegypti*. O Simaz, desenvolvido em conjunto com a área de Tecnologia da Informação da SES, Superintendência de Vigilância em Saúde (Suvisa/SES) e Corpo de Bombeiros, mostrou-se um instrumento extremamente relevante para a redução da infestação predial pelo mosquito e, portanto, dos casos de Dengue, Chikungunya e Zika.

A tomada rápida e eficiente de decisões em epidemias é fator crítico para a redução de casos da doença e do número de óbitos<sup>7</sup>. Permite ainda a redução significativa da utilização de inseticidas e larvicidas, com conseqüente redução de danos ambientais e agravos à saúde dos trabalhadores e da população.

O sucesso fez com que o Conecta SUS se tornasse uma referência para os órgãos gestores de saúde no Brasil, nas esferas federal, estadual e municipal, pública e privada. Por sua vez, o Simaz foi escolhido pelo Ministério da Saúde como modelo de controle vetorial para os outros estados e premiado nacionalmente como o melhor projeto de Inovação Tecnológica em 2018<sup>8,9</sup>.

Os principais objetivos de ambos são a redução da infestação predial pelo *Aedes aegypti*, da morbimortalidade por dengue, dos custos para o SUS e a sobrecarga dos serviços de saúde. Para isso, são utilizadas informações confiáveis georreferenciadas

e em tempo real, com recursos oriundos do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, Secretarias Municipais de Saúde, Defesa Civil (Corpo de Bombeiros Militar) e da sociedade civil organizada (figura 3).

Figura 3. Identificação do problema

**Problema:** alta incidência de casos de dengue

**Efeitos:**

Infestação predial menor de 1%  
Morbidade inferior a 100 por 100.000 habitantes  
Mortalidade próxima de zero

**Objetivos:**

Reduzir a infestação predial pelo *A. aegypti*  
Reduzir a morbimortalidade por dengue  
Reduzir os custos para o SUS  
Reduzir a sobrecarga dos serviços de saúde

**Serviços/processo:**

Informação confiável georreferenciada  
e em tempo real

**Recursos:**

Ministério da Saúde  
Secretaria Estadual de Saúde  
Secretarias Municipais de Saúde  
Defesa Civil  
Sociedade civil organizada

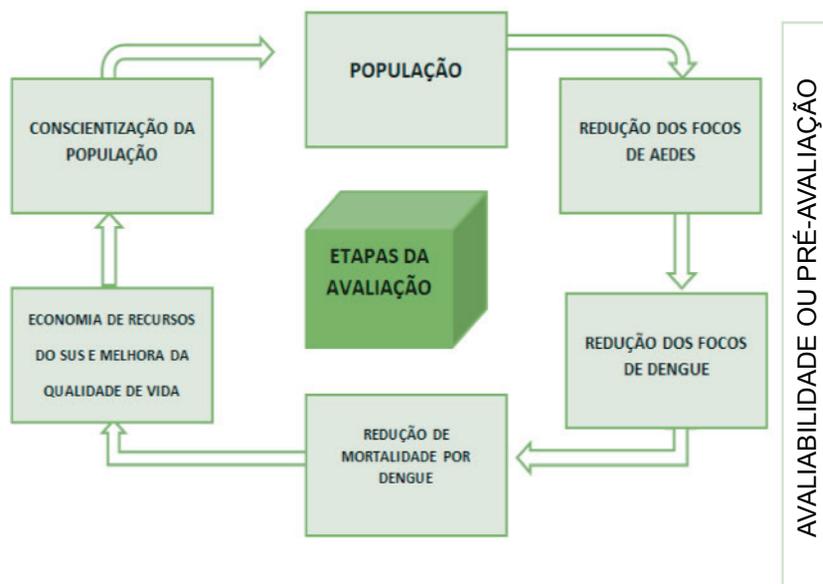
**Contexto:**

Envolvimento da sociedade; organização dos  
serviços públicos; intersetorialidade; comunicação

Fonte: Elaboração do Autor.

O público-alvo é toda a população de Goiás. A atividade é contínua, por tempo indeterminado. A meta é alcançar infestação predial menor que 1%, morbidade inferior a 100/100.000 habitantes e mortalidade próxima de zero. Tudo isso em um contexto de envolvimento da sociedade, de organização dos serviços públicos, intersetorialidade e comunicação adequada e eficaz com a população (figuras 3 e 4).

Figura 4. Diagrama da Identificação das Etapas da avaliação



Fonte: Elaboração do Autor.

Para a construção do Modelo Lógico<sup>10</sup>, podemos elencar dois componentes. No primeiro, a presença de equipamentos (*hardware*) e programas (*software*) adequados. Como insumos necessários, pessoal qualificado e Tecnologia de Informação (TI) apropriada. O produto é a informação para a tomada de decisão estratégica. O resultado imediato esperado é a redução da infestação vetorial e o resultado intermediário é a redução da incidência de Dengue.

No segundo componente, abordamos educação sanitária e comunicação com a população. Como insumo, temos que possuir pessoal qualificado e material didático e de comunicação adequados. Os produtos são os materiais educativos e de comunicação. O resultado imediato é a mudança de hábitos da população e a qualificação de ACS e ACE, com a conscientização da população como resultado intermediário.

Em ambos, o impacto (resultado) esperado é a redução da morbimortalidade por dengue, de custos para o SUS e da sobrecarga dos serviços de saúde. Os elementos do Modelo Lógico (insumos, atividades, produtos e resultados imediatos, intermediários e finais) estão representados na figura 5.

Figura 5. Modelo Lógico

Componentes	Insumos	Atividades	Produtos	Resultados Imediatos	Resultados Intermediários	Resultado Final (Impacto)
Equipamento ( <i>hardware</i> ) e programas adequados ( <i>software</i> )	Pessoal qualificada e TI adequada	Coleta de dados; processamento de dados; sistematização e interpretação	Informação para a tomada de decisão estratégica	Redução de infestação vetorial	Redução da incidência de dengue	REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR DENGUE, REDUÇÃO DOS CUSTOS PARA O SUS E DA SOBRECARGA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.
Educação/ Comunicação	Pessoal qualificado e material didático e de comunicação adequados	Confecção de material educativo/ informativo	Material educativo e de comunicação	Mudança de hábitos na população; Qualificação de ACS e ACE	Conscientização da população	

Fonte: Elaboração do Autor.

## 2. OBJETIVOS<sup>11</sup>

### 2.1 Geral

- Avaliar a efetividade do Simaz/Conecta SUS na redução dos casos de dengue em Goiás.

### 2.2 Específicos

- Avaliar a contribuição do Simaz/Conecta SUS para reduzir a infestação pre-dial, a morbimortalidade, os custos para o SUS e a sobrecarga dos serviços de saúde.

## 3. RESULTADOS

Esta avaliação interessa não somente aos profissionais de vigilância em saúde, mas também aos servidores da SES, inclusive ao secretário de Saúde. Alcança ainda os agentes que atuam na atenção à saúde (primária, média e alta complexidade). Ademais, como não poderia deixar de citar, interessa à população, que está sujeita aos riscos da doença (figura 6).

Todos são aliados no que se refere à avaliação. Os profissionais da vigilância em saúde contribuem sobremaneira para esse processo, com o conhecimento e experiência acumulados em controle vetorial.

Foram selecionadas algumas perguntas para o estudo. Procura-se saber se o programa impacta na redução da infestação vetorial. Também se há redução nos custos com o tratamento da enfermidade, redução na incidência da doença, redução na mortalidade, se a infraestrutura do Conecta SUS é adequada e ainda se as atividades educativas e de comunicação são eficazes. Todas foram submetidas aos seguintes critérios: prioridade; utilidade (alguém vai usar esta informação?); capacidade de gerar informações importantes; viabilidade (governabilidade, recursos financeiros, humanos, tecnológicos etc.).

Figura 6. Lista de verificação dos interessados nos estudos avaliativos

Indivíduos ou órgãos que tem interesse na avaliação	Papel na avaliação	Tipo de apoio		
		Aliado	Neutro ou desconhecido	Oponente
Vigilância em Saúde	Análise técnica	x		
Profissionais de serviços de saúde	Informações epidemiológicas	x		
População	Discussão das ações	x		

Fonte: Elaboração do Autor.

As perguntas que atendem ao maior número de critérios são as prioritariamente escolhidas. Nesse caso, todas foram selecionadas por preencherem todos os critérios.

Figura 7. Matriz de seleção das perguntas avaliativas

Perguntas Avaliativas	É prioritária?	É útil?	Gera informações importantes?	É viável?	Total
O programa impacta na redução da infestação vetorial?	x	x	x	x	4
Há redução nos custos com o tratamento da enfermidade?	x	x	x	x	4
Há redução na incidência da doença?	x	x	x	x	4
Há redução na mortalidade?	x	x	x	x	4
A infraestrutura é adequada?	x	x	x	x	4
As Atividades educativas e de comunicação são eficazes?	x	x	x	x	4

Fonte: Elaboração do autor.

Os próximos passos são a definição dos critérios/indicadores e parâmetros (figura 8). Em relação ao impacto na redução vetorial, temos a utilização de dados secundários, a abordagem é quantitativa, o critério/indicador é a infestação predial. O método de cálculo é o número de imóveis com foco, dividido pelo número de imóveis total e o parâmetro definido é menor que 1%.

Figura 8. Definição dos critérios/indicadores e parâmetros

Perguntas	Tipo de dados	Abordagem	Critérios/ indicadores	Descrição ou método de cálculo	Parâmetros
O programa impacta na redução da infestação vetorial?	Secundário	Quantitativa	Infestação predial	Número de imóveis com focos / número de imóveis total	<1,0%
Há redução nos custos com o tratamento da enfermidade?	Secundário	Quantitativa	Custo em reais dos tratamentos dos casos de dengue	Custo total do tratamento dos casos graves de dengue	Valor a ser definido após maiores estudos
Há redução na incidência da doença?	Secundário	Quantitativa	Casos da doença	Número de casos / 100.000 hab.	< 100 / 100.000 hab.
Há redução na mortalidade?	Secundário	Quantitativa	Número de óbitos	Número de óbitos / 100.000 hab.	"0 (próximo de zero)
A infraestrutura é adequada?	Primário	Qualitativa	<i>Hardware / Software</i>	Equipamentos e programas de TI capazes de efetuar a intervenção	<i>Hardware e Software</i> suficientes para o trabalho
As atividades educativas e de comunicação são eficazes?	Primário	Qualitativa	Ação de conscientização	Redução dos focos de vetor domiciliares	<1,0%

Fonte: Elaboração do Autor.

Quanto à redução nos custos de tratamento, os dados são secundários, a abordagem é quantitativa, o indicador é o custo dos tratamentos dos casos de Dengue. O

método de cálculo é o custo total do tratamento dos casos de Dengue e o parâmetro é um valor a ser definido após estudos aprofundados.

Na redução da incidência da doença, os dados são secundários, a abordagem é quantitativa, o indicador é o número de casos da enfermidade, o método de cálculo é o número de casos dividido por 100.000 habitantes e o parâmetro é menor que 100/100.000 habitantes.

Na redução da mortalidade, os dados são secundários, a abordagem é quantitativa, o indicador é o número de óbitos, o método de cálculo é o número de óbitos dividido por 100.000 habitantes e o parâmetro é o mais próximo possível de zero.

Caso a infraestrutura disponível seja adequada, o dado é primário, a abordagem é qualitativa, os indicadores são a presença de *hardware* e *software* apropriados. O método de cálculo é a capacidade de efetuar a intervenção dos equipamentos e programas de TI disponíveis e o parâmetro é ter *hardware* e *software* suficientes para efetuar o trabalho.

Em relação à eficácia das atividades educativas e de comunicação, o dado é primário, a abordagem é qualitativa, o indicador são as ações de conscientização. O método de cálculo é a redução dos focos domiciliares do vetor e o parâmetro é menor que 1%.

Finalizado esse processo, podemos elaborar a matriz de medidas. O banco de dados do Conecta SUS é a fonte para verificar se há redução da infestação vetorial, bem como se há queda na incidência da doença e diminuição da mortalidade. Para constatar se houve redução nos custos com o tratamento da enfermidade, deve-se realizar levantamento nas unidades de saúde públicas municipais e estaduais. Se a infraestrutura do Conecta SUS é adequada, proceder à avaliação da pertinência dos equipamentos e programas de TI disponíveis. Quanto à eficácia das ações educativas e de comunicação, são utilizados como base de avaliação o registro das atividades e a redução efetiva da infestação domiciliar (quadro 1).

Quadro 1. Matriz de medidas

Perguntas Avaliativas	Critérios/ Indicadores	Parâmetros	Tipo de Dados	Fontes de Dados
Há redução da infestação vetorial?	Infestação predial	<1%	Secundário	Banco de dados (Conecta SUS)
Há redução na incidência da doença?	Casos da doença	<100/100.000	Secundário	Banco de dados (Conecta SUS)
Há redução da mortalidade?	Número de óbitos	~0 (próximo de zero)	Secundário	Banco de dados (Conecta SUS)

Perguntas Avaliativas	Critérios/ Indicadores	Parâmetros	Tipo de Dados	Fontes de Dados
A infraestrutura do Conecta SUS é adequada?	Hardware / software Espaço físico	Hardware, software e espaço físico adequados	Primário	Avaliação da pertinência dos equipamentos de TI disponíveis
As atividades educativas e de comunicação são eficazes?	Ações de educação e conscientização	Número de atividades previstas e realizadas	Primário	Registro das atividades

Fonte: Elaboração do Autor.

## 4. LIMITES METODOLÓGICOS

A maior parte das informações são acessadas diretamente em bancos de dados do Conecta SUS. Outros elementos são verificados por meio de observação direta, como o levantamento das condições de *hardware*, espaço físico e pessoal qualificado do Conecta SUS, registro das atividades educativas e de conscientização da população.

Em relação aos custos de tratamento da enfermidade, há grande dificuldade de levantamento dos valores. A maioria das unidades de saúde não tem sistemas de informações contábeis que permitam o registro de custos. Essa é uma grande limitação de estudos que pretendem relacionar sua eficácia com a redução de despesas.

## 5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O estudo de avaliação proposto do Simaz/Conecta SUS é amplamente viável como um instrumento para a tomada de decisões do controle do *Aedes aegypti*. As perguntas avaliativas dirigidas a membros do centro de informações constituem elementos importantes para inclusão dos trabalhadores nos processos avaliativos.

A adaptação dos dados em âmbito primário e secundário direciona melhor as informações para o cruzamento de dados. O grande problema em questão no Sistema pode ser as limitações na disponibilidade de dados de vigilância entomológica detalhados por áreas, pois as estimativas podem restringir a definição de valores regionais específicos, o que dificulta o direcionamento de esforços para redução da disponibilidade de vetores e conseqüentemente da incidência nos Municípios goianos.

O aumento na detecção de casos de arboviroses coincide com a expansão do sistema de vigilância, ou seja, o desempenho do Conecta SUS possibilita avaliações e as avaliações melhoram o desempenho do Conecta SUS; por isso, o investimento em tecnologias para a interpretação de dados é fundamental, juntamente com investimentos nas ações e serviços de saúde; por exemplo, a disponibilidade do diagnóstico diferencial de arboviroses na SES também pode ser importante para que as notificações sejam fidedignas e alimentem adequadamente os bancos de dados do Conecta SUS; o que é extremamente necessário para relatar a realidade dos casos confirmados e a cocirculação de arboviroses.

Devido às características comuns que geram dificuldades de diagnóstico para as doenças transmitidas pelo mesmo vetor, é importante a avaliação da coleta de dados para outras arboviroses com estabelecimento de locais sentinelas em diferentes lugares no estado do Goiás. Essa medida pode ser estabelecida em paralelo à vigilância epidemiológica dos municípios. Consequentemente, pode-se gerar um melhor detalhamento das informações entomológicas e epidemiológicas no âmbito do estado.

Em contrapartida, o investimento em novas análises espaciais e temporais de dados sobre a vigilância entomológica com o uso de SIG se faz necessário para dar continuidade às ações da vigilância; a série temporal de mapas é fundamental, pois destaca onde e quando os recursos devem ser concentrados pela SES e também fortalece o sistema indiretamente, pois gera viabilidade da realização de pesquisas científicas.

O levantamento de informações mais detalhadas deve nortear as ações de prevenção, o que, consequentemente, torna o sistema mais eficiente e possibilita implantar novas medidas de controle e informações para avaliação.

A SES, juntamente com o Conecta SUS, deve estimular medidas de controle nos municípios. Para isso, é fundamental interpretar e tornar público os dados. Além disso, é necessário formar profissionais para atuar com sistemas para implementar os processos de gerenciamento de eventos, incluindo a avaliação de riscos e planejamento das ações necessárias para prever e prevenir efetivamente os surtos de arboviroses no estado do Goiás. As medidas conjuntas devem incluir o aprimoramento do gerenciamento de casos clínicos; comunicação de risco; identificação de casos epidemiológicos; investigações com mapeamento; recolha de amostras e confirmação laboratorial.

Em termos de prevenção e preparação para futuros surtos, as avaliações devem ocorrer de forma sistemática e periódica, envolvendo os colaboradores do Conecta SUS. As informações de vigilância entomológica do estado do Goiás devem orientar as medidas de controle prioritárias aos municípios. É importante a integração de outras áreas para reduzir estruturas e locais propícios à criação de mosquitos e melhorar a infraestrutura do saneamento básico no estado. É fundamental que a SES garanta também a articulação das operações de emergência regionais de forma integrada entre municípios próximos.

Por fim, constatou-se que há dificuldade na obtenção de dados referentes aos custos dispendidos no tratamento das doenças transmitidas por arbovírus, o que inviabiliza essa avaliação por parte deste estudo. Articulações com gestores da atenção primária, média e alta complexidade deverão ser feitas para que, futuramente, estudos sobre custos possam ser realizados.

## REFERÊNCIAS

1. Goiás. Boletim da Dengue. Secretaria Estadual de Saúde; 2019.
2. Lopes TRR, Silva CS, Pastor AF, Silva Júnior JVJ. Dengue in Brazil in 2017: what happened? Rev Inst Med trop S. Paulo. 2018;60:e43.
3. Lima Neto AS, Nascimento OJ, Souza GS, Lima JW. O. Dengue, Zika e Chikungunya – desafio do controle vetorial frente à ocorrência das três arboviroses – parte II. Rev Bras Promoç Saúde. 2016;29(4):463-466.
4. Silva CGT, Duarte Júnior JM, Leal LGQ, Fortes LCP. Elaboração de um sistema municipal de apoio ao monitoramento, gestão e controle da infestação pelo vetor *Aedes aegypti*. Engenharias Online. 2016;2(1):1-10.
5. Teich V, Arinelli R, Fahham L. *Aedes aegypti* e sociedade: o impacto econômico das arboviroses no Brasil. J Bras Econ Saúde. 2017;9(3): 267-276.
6. Chiaravalloti-Neto F. O Geoprocessamento e Saúde Pública. Arq Ciênc Saúde. 2016 Out-Dez;23(4):01-02.
7. Zara ALSA, Santos SM, Fernandes-Oliveira ES, Carvalho RG, Coelho GE. Estratégias de controle do *Aedes aegypti*: uma revisão. Epidemiol Serv Saúde. 2016;25(2):391-404.

8. Goiás. Secretaria Estadual de Saúde. Sistema goiano inova no combate ao Aedes [internet]. 2018 [acesso em 2019 jan 29]. Disponível em: <http://www.goias.gov.br/noticias/62979-sistema-goiano-inova-no-combate-ao-aedes.html>.
9. Goiás. Secretaria Estadual de Saúde. Conecta SUS [internet]. [acesso em 2019 jan 29]. Disponível em: <http://www.conectasus.go.gov.br>.
10. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault RA. Avaliação na área da Saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizador. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ); 1997. p. 29-48.
11. Champagne F, Contandriopoulos AP, Brouselle A, Hartz Z, Denis JL. Avaliação no campo da Saúde: conceitos e métodos. In: Brouselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, cap. 2, p. 41-61.



Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação  
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de  
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

[www.conass.org.br/biblioteca](http://www.conass.org.br/biblioteca)

