UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

VERÔNICA MODOLO TEIXEIRA

Avaliação em saúde para a gestão do Sistema Único de Saúde: uma revisão integrativa

Ribeirão Preto
2019

VERÔNICA MODOLO TEIXEIRA

Avaliação em saúde para a gestão do Sistema Único de Saúde: uma revisão integrativa

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Linha de pesquisa: Gestão e Gerenciamento de Serviços de Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves

Ribeirão Preto
2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Teixeira, Verônica Modolo
Avaliação em saúde para a gestão do Sistema Único de Saúde: uma revisão integrativa. Ribeirão Preto, 2019.
130f.: il. ; 30 cm

Dissertação de mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.
Orientadora: Profa. Dra. Lucieli Dias Pedreschi Chaves

1. Enfermagem. 2. Avaliação em Saúde. 3. Avaliação de Serviços de Saúde. 4. Gestão em Saúde. I. Chaves, Lucieli Dias Pedreschi. II. Universidade de São Paulo. III. Título.

CDD: 610.73

Nome: TEIXEIRA, Verônica Modolo
Título: Avaliação em saúde para a gestão do Sistema Único de Saúde: uma revisão integrativa

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestra em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr._____Instituição:_____
Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof. Dr._____Instituição:_____
Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof. Dr._____Instituição:_____
Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof. Dr._____Instituição:_____
Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof. Dr._____Instituição:_____
Julgamento:_____Assinatura:_____

Ao meu amor, Lucas Francisco Cestari

Obrigada pelo carinho, compreensão, paciência, companheirismo e principalmente pelo apoio durante esta etapa desafiadora.

Você é meu alicerce e meu refúgio. Te amo!

Aos meus pais, Álvaro e Marli

Obrigada por todos os esforços dedicados a mim.

À minha amada avó, Antônia,

que me deixou no início desta etapa da minha vida, mas vibrou, torceu e acreditou que eu era capaz. Saudades!

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. **Lucieli Dias Pedreschi Chaves**, pelo acolhimento, compreensão, pela maneira de conduzir a construção do conhecimento e oportunidade de tê-la como orientadora. Agradeço por todos os momentos de troca de conhecimento e orientações que vieram a contribuir para o meu aprimoramento como pesquisadora e docente.

À Enf. Dra. **Karina Dal Sasso Mendes**, pela disponibilidade e auxílio na construção desta revisão integrativa, muito obrigada por ser tão solícita.

Ao **Grupo de Pesquisa** Márcia, Larissa, Josué, Gisele, Camila, Priscila, aos alunos Victor e Alice, obrigada pela oportunidade de crescer com vocês, pelas risadas e pelos momentos de apoio mútuo.

À Profa. Dra. **Silvia Henriques**, obrigada pelas contribuições e pela espontaneidade.

À **Equipe da Oncologia Clínica,** pelo apoio e torcida para a conclusão do mestrado.

Ao meu tio, **Flávio**, que foi sempre quem me motivou nos estudos.

À minha amiga, **Edlaine**, por acreditar e me incentivar a buscar meus sonhos e por dividir os momentos bons e ruins.

Às minhas **amigas do ballet**, pela presença constante na minha vida.

À **CAPES,** pela concessão da bolsa de estudos, durante o desenvolvimento do mestrado.

Aos meus **sogros**, pela acolhida, incentivo e torcida para a conclusão desta etapa.

RESUMO

TEIXEIRA, V. M. **Avaliação em saúde para a gestão do Sistema Único de Saúde: uma revisão integrativa.** 2019. 120f. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

A avaliação em saúde é um tema em pauta, que é estudado e discutido mundialmente, tendo como prioridade a visibilidade na gestão de recursos públicos e a implicação dos resultados na melhoria do desempenho do sistema de saúde. Este estudo tem como objetivo: analisar a produção científica, nacional e internacional, acerca das evidências da avaliação em saúde para a gestão do Sistema Único de Saúde, no período de 1988 a 2017. Revisão integrativa (RI) percorreu cinco etapas para sua elaboração, os estudos primários foram selecionados nas bases de dados LILACS, MEDLINE via PUBMED, SCOPUS, EMBASE e CINAHL. A amostra da revisão integrativa foi composta por 26 estudos, que foram inseridos e armazenados no software *EndNote Basic*, e para sistematizar os artigos selecionados optou-se pelo uso do software *Rayyan*. A seleção dos artigos foi realizada em dupla conferência por dois pesquisadores, de modo independente. Após a síntese dos estudos primários selecionados, foram agrupados em categorias para favorecer a análise e as comparações. Os estudos primários foram agrupados em duas categorias: A categoria "Avaliação de Serviços, Programas e Ações de Saúde" agrupa dezenove artigos que trazem aspectos de avaliação de utilização, implantação e/ou objetivos de avaliações referentes aos serviços, programas ou intervenções de ações. Destaca-se que, dentre os artigos, sete referem-se aos aspectos relativos à Atenção Hospitalar e doze estudos dizem respeito à Atenção Básica. A categoria "Enfoque Metodológico da Avaliação em Saúde" agrupa sete artigos que trazem propostas e métodos de avaliação que implicam na gestão dos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde. O conhecimento e os resultados produzidos acerca da avaliação de serviços de saúde trazem contribuições para a gestão em saúde, à medida que os resultados evidenciam aspectos relevantes, tais como; a potencialidade para monitorizar, planejar, fornecer subsídios para reorientar mudanças dentro dos serviços, racionalizar o cuidar; avaliar o grau de implementação, de resultados obtidos, de políticas ou programas; direcionar ações, identificar necessidades e, principalmente, tomar decisões.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde. Gestão em Saúde.

ABSTRACT

TEIXEIRA, V. M. **Health assessment for the management of the Unified Health System: an integrative review**. 2019. 120f. Dissertation (Master degree) Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Health assessment is a topic that is studied and discussed worldwide, with priority being given to visibility in the management of public resources and the implication of the results in improving the performance of the health system. This study aims to analyze the national and international scientific production on the evidence of health assessment for the management of the Unified Health System, from 1988 to 2017. Integrative review (IR) covered five stages for its elaboration, the primary studies were selected from the LILACS, PubMed, SCOPUS, Embase and CINAHL databases. The sample of the integrative review was composed by 26 studies, which were inserted and stored in the EndNote Basic software, and to systematize the selected articles the use of Rayyan software was chosen. The selection of articles was done in a double conference by two researchers, independently. After synthesis of the selected primary studies, they were grouped into categories to favor the analysis and comparisons. Primary studies were grouped into two categories: The "Evaluation of Health Services, Programs and Actions" category comprises nineteen articles that provide evaluation aspects of the use, implementation and/or evaluation objectives related to services, programs or actions interventions. It should be noted that, among the articles, seven refer to aspects related to hospital care and twelve studies concern primary care. The category "Methodological Approach to Health Assessment" includes seven articles that bring proposals and evaluation methods that imply the management of the services offered by the Unified Health System. Knowledge and results produced about the evaluation of health services bring contributions to the health management, as results show relevant aspects such as the potential to monitor, plan, provide subsidies to reorient change within services, rationalize care; evaluate the degree of implementation and results obtained from policies or programs; target actions, identify need and especially make decisions.

Keywords: Health Evaluation. Health Services Research. Health Management.

RESUMEN

TEIXEIRA, V. M. **Evaluación en salud para la gestión del Sistema Único de Salud: una revisión integrativa**. 2019. 120f. Disertación (Maestría) Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

La evaluación en salud es un tema en pauta, que se estudia y se discute mundialmente, teniendo como prioridad la visibilidad en la gestión de los recursos públicos y la implicación de los resultados en la mejora del rendimiento del sistema de salud. El objetivo del este estudio es analizar la producción científica, nacional e internacional sobre las evidencias de la evaluación en salud para la gestión del Sistema Único de Salud, en el período 1988 a 2017. La revisión integradora (IR) pasó por cinco etapas para su elaboración, los estudios primarios fueron seleccionados en las bases de datos LILACS, MEDLINE via PUBMED, SCOPUS, EMBASE y CINAHL. La muestra de revisión Integrativa consistió en 26 estudios, que fueron insertados y almacenados en el *software EndNote Basic*, y para sistematizar los artículos seleccionados, optamos por usar el *software Rayyan*. La selección de los artículos fue realizada en doble conferencia por dos investigadores, de forma independiente. Después de la síntesis de los estudios primarios seleccionados, se agruparon en categorías para favorecer el análisis y las comparaciones. Los estudios primarios se agruparon en dos categorías: la categoría "Evaluación de Servicios, Proyectos y Acciones de Salud" se agrupa diecinueve artículos que aportan aspectos de evaluación de la utilización, implementación y/o objetivos de las evaluaciones relacionadas con los servicios, programas o intervenciones de acciones. Cabe destacar que, entre los artículos, siete se refieren a aspectos relacionados con la Atención Hospitalaria y doce estudios se refieren a la Atención Primaria. La categoría "Enfoque Metodológico de la Evaluación de la Salud" agrupa siete artículos que aportan propuestas y métodos de evaluación que implican la gestión de los servicios ofrecidos por el Sistema Única de Salud. El conocimiento y los resultados producidos sobre la evaluación de los servicios de salud aportan contribuciones a la gestión de la salud, ya que los resultados muestran aspectos relevantes como la potencialidad de monitorear, planear, proporcionar subsidios para redirigir los cambios dentro de los servicios, racionalizar la atención; evaluar el grado de implementación y los resultados obtenidos, de las políticas, los programas; orientar las acciones, identificar las necesidades y, principalmente, tomar decisiones.

Palabras clave: Evaluación en Salud. Investigación en Servicios de Salud. Gestión en Salud.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Elementos da estratégia PICO para a construção da pergunta norteadora..... 42

Quadro 2 Estratégia de busca para a base LILACS..... 44

Quadro 3 Estratégia de busca para as bases EMBASE, MEDLINE via PUBMED, SCOPUS e CINAHL..... 45

Quadro 4 Nível de evidência de acordo com questão de estudo..... 47

Quadro 5 Aspectos gerais dos estudos incluídos na RI, considerando a distribuição em categorias, autor, título, periódico, ano, tipo de estudo, nível de evidência, tipo de avaliação e instrumentos..... 51

Quadro 6 Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde no cenário hospitalar –ID01..... 58

Quadro 7 Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde no cenário hospitalar – ID02..... 60

Quadro 8 Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde no cenário hospitalar –ID03..... 61

Quadro 9 Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde no cenário hospitalar – ID04..... 62

Quadro 10 Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde no cenário hospitalar –ID05..... 63

Quadro 11 Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde no cenário hospitalar –ID06..... 64

Quadro 12 Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde no cenário hospitalar –ID07..... 66

Quadro 13 Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde na Saúde Básica – ID08..... 68

Quadro 14 Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde na Saúde Básica – ID09..... 69

Quadro 15 Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde na Saúde Básica – ID10..... 71

Quadro 16 Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde na Saúde Básica – ID11..... 73

Quadro 17 Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde na Saúde Básica – ID12..... 75
Quadro 18 Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde na Saúde Básica – ID13..... 77
Quadro 19 Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde na Saúde Básica – ID14..... 78
Quadro 20 Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde na Saúde Básica – ID15..... 80
Quadro 21 Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde na Saúde Básica – ID16..... 82
Quadro 22 Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde na Saúde Básica – ID17..... 84
Quadro 23 Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde na Saúde Básica – ID18..... 85
Quadro 24 Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde na Saúde Básica – ID19..... 86
Quadro 25 Síntese do estudo primário agrupado na categoria: enfoque metodológico na avaliação em saúde – ID20..... 88
Quadro 26 Síntese do estudo primário agrupado na categoria: enfoque metodológico na avaliação em saúde – ID21..... 90
Quadro 27 Síntese do estudo primário agrupado na categoria: enfoque metodológico na avaliação em saúde – ID22..... 92
Quadro 28 Síntese do estudo primário agrupado na categoria: enfoque metodológico na avaliação em saúde – ID23..... 94
Quadro 29 Síntese do estudo primário agrupado na categoria: enfoque metodológico na avaliação em saúde – ID24..... 95
Quadro 30 Síntese do estudo primário agrupado na categoria: enfoque metodológico na avaliação em saúde – ID25..... 96
Quadro 31 Síntese do estudo primário agrupado na categoria: enfoque metodológico na avaliação em saúde – ID26..... 97

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AM	Aleitamento Materno
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
BSC	*Balanced Scorecard*
CAA/DAB	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CECB	Centro de Engenharia Clínica e Bioequipamentos
CIAPVIV	Centros Integrados de Atenção e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa
CIH	Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar
CIHA	Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial
CINAHL	*Cummulative Index to Nursing and Allied Health*
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública
DAB	Departamento de Atenção Básica
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DEMAS	Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS
DTGM	Desvio Médio da Taxa Geral de Mortalidade
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
EMBASE	*Excerpta Medica data BASE*
EMTREE	*Embase Subject Headings*
ESF	Estratégia Saúde da Família
HCFMRP/USP	Hospital da Clínica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HNC	Hospitais Não Credenciados
HU/UFGD	Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LILACS	*Latin American and Caribbean Health Sciences Literature*
M&A	Monitoramento e Avaliação
MeSH	*Medical Subject Headings*
MH	*CINAHL Headings*
MS	Ministério da Saúde
NOAS/2001	Norma Operacional da Assistência à Saúde 2001
NOAS/2002	Norma Operacional da Assistência à Saúde 2002
NOB 01/91	Norma Operacional Básica nº 01/1991
NOB 01/92	Norma Operacional Básica nº 01/1992
NOB 01/93	Norma Operacional Básica nº 01/1993
NOB 01/96	Norma Operacional Básica nº 01/1996
OS	Ordem de Serviço
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PICO	Population (população), Intervention (intervenção), Comparison (Comparação) da intervenção (se aplicável) e Outcome (Resultados)
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNASH	Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares
PNASS	Programa Nacional de Avaliação em Saúde
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PROADI/SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
ProAR	Programa de Controle da Asma e Rinite Alérgica
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família
PSF	Programa de Saúde da Família
PUBMED	*Public/Publisher Medline da US National Library of Medicine*
RBMA	Rede Brasileira de Monitoramento e Avaliação
RI	Revisão Integrativa
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SCOPUS	*Sci Verse SCOPUS*

SES	Secretaria Estadual de Saúde
SEVS/PE	Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco
SGEP/MS	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/ Ministério da Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH/SUS	Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SIM/SUS	Sistema de Informações de Mortalidade do SUS
SINASC	Sistema de informação de Nascidos Vivos
SIPNASS	Sistema de Informação do PNASS
SIS	Sistemas de Informação em Saúde
SISPRENATAL	Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNAS/MS	Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPS	Unidades Prestadoras de Serviços
USP	Universidade de São Paulo
VS	Vigilância em Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO..... 15

1 INTRODUÇÃO..... 19

1.1 AVALIAÇÃO EM SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE..... 20

1.2 ASPECTOS RELEVANTES SOBRE AVALIAÇÃO EM SAÚDE..... 27

2 JUSTIFICATIVA..... 36

3 OBJETIVO..... 39

3.1 OBJETIVO GERAL..... 40

4 MATERIAL E MÉTODO..... 41

4.1 DEFINIÇÃO DA PERGUNTA DA REVISÃO..... 42

4.2 BUSCA E SELEÇÃO DOS ESTUDOS PRIMÁRIOS..... 43

4.3 EXTRAÇÃO DE DADOS DOS ESTUDOS PRIMÁRIOS..... 46

4.4 AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS PRIMÁRIOS INCLUÍDOS NA RI..... 46

4.5 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA REVISÃO..... 48

5 RESULTADOS..... 49

6 DISCUSSÃO..... 98

6.1 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS, PROGRAMAS E AÇÕES DE SAÚDE 99

6.2 ENFOQUE METODOLÓGICO NA AVALIAÇÃO EM SAÚDE..... 109

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 115

REFERÊNCIAS..... 118

ANEXO..... 128

ANEXO A - Instrumento para coleta de dados..... 129

APRESENTAÇÃO

Em 2010, ingressei na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP), no curso de Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem, concluindo a graduação em 2014. Durante a formação, para além das atividades previstas no currículo, busquei ampliar a inserção na Universidade de modo a favorecer a formação profissional.

Estive engajada em diferentes campos, dentre eles, a Liga de Cuidados Paliativos, que possibilitou a aproximação com essa temática ainda pouco discutida durante a graduação. Em atividades de pesquisa, fui voluntária e bolsista de iniciação científica, com auxílio da bolsa de Iniciação Científica Institucional, ambos os projetos com foco na atuação de profissionais de saúde. Busquei conhecimento das formas mais variadas, situação que contribuiu positivamente para a formação, em um processo de construção de bagagem acadêmica e profissional.

As atividades de gestão sempre despertaram interesse, tanto no que diz respeito ao sistema de saúde quanto no desenvolvimento de competências para a prática gerencial do enfermeiro que, acredito, deve ocorrer de maneira articulada ao cuidado.

Nesse sentido, destaco a oportunidade de participar, em 2015, como colaboradora do Ministério da Saúde (MS), em uma pesquisa de campo do Programa Nacional de Avaliação em Saúde (PNASS). Essa participação despertou o interesse em compreender melhor o processo de avaliação dos serviços de saúde, entendendo ser este um campo com muito potencial para a atuação do enfermeiro, cuja formação acadêmica contempla, além dos conhecimentos técnico-científicos, relativos à assistência à saúde, aqueles relativos ao gerenciamento de serviços e gestão de sistemas de saúde.

Durante a participação no PNASS, apesar do desempenho da função ser estabelecido por roteiro previamente estruturado pelo MS, realizei visitas técnicas a hospitais de diferentes cidades, organizados para atender a distintos portes populacionais, em diferentes estruturas operacionais, que exigiram desenvolver olhar pormenorizado para o processo avaliativo, contemplando o tipo de atendimento prestado, condições de gestão, características populacionais e de conformação da equipe multiprofissional, trazendo implicações para o processo avaliativo, com

diferentes formas de inserção do enfermeiro, situação que ampliou minha visão sobre hospitais, Enfermagem e o potencial de uso da avaliação em saúde.

Essa experiência, somada ao interesse pela área acadêmica, constituiu estímulos para o retorno à universidade, com foco na continuidade da formação centrada na investigação acerca da avaliação em saúde enquanto instrumento de gestão.

Nesse sentido, destaco a importância da inserção prévia, em 2016, como aluna especial em disciplinas de Pós-Graduação, oportunidade que favoreceu a construção do projeto de pesquisa do mestrado, como também possibilitou a aproximação das atividades do grupo de pesquisa e a interação com a orientadora. Nesse mesmo ano, também ingressei em curso de especialização em Auditoria nas Organizações de Saúde pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), concluindo-o em 2017.

A aprovação no processo seletivo da Pós-Graduação, nível Mestrado, marcou o início do percurso em 2017, incluindo cursar disciplinas e participar de um conjunto de atividades que favoreceram o desenvolvimento profissional e intelectual. A partir do segundo semestre de 2017, passei a ter auxílio da bolsa da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), fator que repercutiu em maior dedicação ao projeto, bem como propiciou a participação em eventos e divulgação da produção científica.

Em outubro de 2017, fui aprovada no exame de qualificação, e esta etapa permitiu ajustar aspectos operacionais do projeto de pesquisa e iniciar a fase de coleta e análise de dados.

Em julho de 2018, após aprovação em concurso público do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP/USP), fui convocada para assumir uma vaga para o cargo de enfermeira na Unidade de Oncologia Clínica. A atuação no mercado de trabalho tem favorecido a aproximação com a prática de gestão, monitoramento e avaliação no dia a dia do contexto hospitalar, ampliando minha visão profissional.

Assim, entendo que essa dissertação representa a finalização de uma etapa e seus resultados podem contribuir para a compreensão, no contexto da gestão em saúde, das dimensões da avaliação, sua importância para subsidiar a tomada de decisão, assim como acredito que o conhecimento produzido, possível de ser transferido, possa favorecer a atuação crítica e analítica dos profissionais na avaliação

e gestão de serviços e sistemas de saúde que, em última análise, vão repercutir no cuidado.

1 INTRODUÇÃO

1.1 AVALIAÇÃO EM SAÚDE E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Constituição Federal brasileira de 1988 estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS) que adota, como princípios doutrinários, a universalidade, a equidade e a integralidade. O SUS é sustentado pelas Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90, leis orgânicas da saúde, que dispõem sobre o funcionamento do sistema (BRASIL,1990; 2011). Ressalta-se que, passados tantos anos desde a criação, tantas normativas legais para a ordenação do sistema, a gestão ainda apresenta fragilidades no tocante à qualidade e eficiência, bem como no uso de estratégias para melhorar o desempenho e garantir o atendimento qualificado (PENA, 2016). Ainda assim, entendem-se e reconhecem-se a relevância e a abrangência de um sistema de saúde universalista como o SUS, em um país de dimensões continentais, que pode e deve ser aprimorado constantemente.

Para favorecer a gestão eficiente, pautada no planejamento, controle e transparência, a governança pública pode influenciar positivamente a reestruturação do sistema de saúde para que este seja capaz de atender às demandas da população, com ações adequadas, competentes e qualificadas (PENA, 2016).

Entende-se como desejável que a gestão do sistema de saúde incorpore a avaliação enquanto componente do processo de planejamento, atividade que tanto pode subsidiar a tomada de decisão como também auxiliar iniciativas de mudanças do modelo assistencial e de (re) organização do próprio sistema (CARVALHO; SHIMIZU, 2017).

No Brasil, a partir de 1990, a avaliação começou a ter crescente interesse, com a ampliação de iniciativas ligadas às políticas públicas sociais relacionadas à Constituição de 1988, na qual os direitos civis dos brasileiros foram ampliados. Neste contexto, no setor de saúde, a partir da criação do SUS, a avaliação econômica, política e social dos serviços e programas de saúde ganhou destaque. O enfoque de gestão do SUS caracterizou-se pela oscilação entre a descentralização e a centralização.

A regulamentação do SUS ocorreu no final de 1990, já o processo de descentralização da saúde teve início a partir de 1991, com a Resolução n° 273, do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que

editou a Norma Operacional Básica 01/91 (NOB 01/91). Esta norma tem aspectos operacionais que vêm ao encontro do gerenciamento dos serviços e ações de saúde estabelecidos pela Constituição de 1988, nos três níveis de governo, em relação a instrumentos de acompanhamento, controle e fiscalização da aplicação dos recursos. Particularmente, nessa NOB, a avaliação estava atrelada aos relatórios de gestão, requisito obrigatório para o repasse financeiro fundo a fundo (BRASIL, 1991).

A Norma Operacional Básica 01/92 (NOB 01/92), editada em 1992 pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde (SNAS/MS), juntamente com o INAMPS, ressaltava aspectos de ações de planejamento, municipalização, elementos da descentralização como princípios norteadores de flexibilidade, gradualismo, progressividade, transparência, controle social e investimentos em redes. Esta NOB também previa a implantação e o uso de sistema de informações, sendo eles o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS) e o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). O controle e a avaliação passaram a ser responsabilidade primária dos municípios, em conjunto com os Estados e o MS, buscando qualificar os serviços oferecidos, acompanhar o atingimento de metas programadas, sua eficiência e efetividade, e a avaliação passa ser vista com um pré-requisito para os planejamentos futuros (BRASIL, 1992).

A Norma Operacional Básica 1/93 (NOB 1/93) abrangia elementos da descentralização, redistribuição de poder, reorganização institucional, negociação, pactuação, definição de papéis e autonomia proporcional à capacidade de gestão, sendo a primeira a trazer o processo de gerenciamento, em três níveis de governo, por meio das comissões intergestoras tripartite e bipartite. A avaliação tornou-se interligada aos sistemas de informações hospitalar e ambulatorial, que também definem o repasse financeiro (BRASIL, 1993).

A Norma Operacional Básica 01/96 (NOB 01/96) foi a mais descentralizadora das normas operacionais, propiciando a gestão plena dos serviços de atenção básica pelos municípios. Ela trouxe avanços devido às exigências para a habilitação a essa modalidade de gestão, sendo os setores demandados a criar oportunidades para estabelecer ações administrativas e assistenciais antes restritas a outras esferas do governo. Assim, os gestores passaram a participar da elaboração de leis municipais como, por exemplo, a lei de criação do Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria, além dos planos de descentralização e regionalização da assistência à saúde.

As NOB 01/93 e NOB 01/96 foram indutoras da remodelação das funções e competências referentes à gestão, organização, prestação de serviços de saúde e transferências de recursos das esferas federal, estadual e municipal. O controle, a avaliação e a auditoria ficaram sob a responsabilidade dos gestores municipais, seguindo as recomendações do MS, incluindo manter o cadastro atualizado das Unidades Prestadoras de Serviços (UPS) como forma de controle da regularidade dos faturamentos, além de manter atualizados bancos de dados nacionais SIH/SUS, SIA/SUS, Sistema de informações de Mortalidade do SUS (SIM/SUS), Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar (CIH), Sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA), Sistema de informação de Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança (SISPRENATAL), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), bem como outros arquivos com a base territorial (BRASIL, 1996).

Apesar de atribuições dos municípios e gestores no tocante à implantação de setores e ações de avaliação, na década de 1990, as avaliações em saúde ainda focavam, principalmente, indicadores epidemiológicos, produzindo análises comparativas entre coeficientes e índices de morbimortalidade, além de indicadores quantitativos de oferta de assistência.

A partir do ano 2000, com a ampliação dos serviços de atenção básica, tornou-se evidente a necessidade da melhoria da qualidade da assistência e da resolubilidade dos serviços de saúde, desencadeando iniciativas de avaliação. Nessa esfera de atenção, por meio de organização interna do MS, ocorreu a criação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/DAB), vinculada ao Departamento de Atenção Básica (DAB). O CAA/DAB surgiu com o propósito de formular e conduzir processos de avaliação na Atenção Básica (AB) com o intuito de redirecionar a organização do sistema de saúde no país (BRASIL, 2005). Assim, entende-se o final da década de 1990 como um período de intensa ordenação do SUS, de reconfiguração de gestão e de modelo assistencial, que trouxeram repercussão, ainda que incipiente, para as questões de avaliação em saúde.

Nesse movimento, de configurar o SUS, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2001), instituída pela portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001, traz, como pressuposto, a ampliação das responsabilidades dos municípios, tendo como eixo norteador a regionalização como forma de garantir o acesso aos serviços

de saúde e reorganizar a assistência, com a finalidade de buscar equidade na alocação de recursos e serviços de saúde. A NOAS tinha três estratégias prioritárias: a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), coordenado pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES); o fortalecimento da capacidade gestora do SUS e a responsabilização, pactuação de compromissos e metas a serem cumpridas pelos gestores (BRASIL, 2003).

Diante disso, a organização dos serviços de saúde, no âmbito da Atenção Básica, passou a ser dos municípios, as ações secundárias ficaram a cargo dos municípios da microrregião e as de alta complexidade sob a responsabilidade do Estado, em uma hierarquização dos serviços de saúde, com proposta de ampliação da Atenção Básica. Dessa forma, a NOAS 2001 buscou fortalecer os mecanismos de gestão, definindo prioridades de intervenção coerentes com as necessidades da população. O fortalecimento das funções de controle e avaliação dos gestores do SUS estava previsto nas seguintes dimensões: avaliação da organização do sistema e do modelo de gestão; relação com os prestadores de serviços; qualidade da assistência e satisfação dos usuários; resultados e impacto sobre a saúde da população (BRASIL, 2001).

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2002), que foi revista e publicada pela portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, contemplava propostas relativas ao fortalecimento da gestão dos Estados, sobre as esferas intermunicipais, no que se diz respeito ao acompanhamento dos recursos federais, propondo duas condições de participação do município na gestão do SUS: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, na qual o município é habilitado a receber um valor definido em base *per capita* para o financiamento da Atenção Básica, ou a Gestão Plena do Sistema Municipal, na qual o município recebe o total de recursos federais programados para o custeio da assistência em todo o seu território.

Assim, o gestor tem como obrigação alimentar os sistemas de informações nacionais de saúde cujos dados servem como insumo para futuras negociações de alocação de recursos financeiros. Dessa forma, o gestor tem como responsabilidade o controle e a avaliação do sistema, quanto à sua resolubilidade e acessibilidade, e a otimização da oferta de serviços, tendo em vista a otimização dos recursos disponíveis. As atribuições do Controle, Regulação e Avaliação, nesta norma, passaram a ser definidas conforme as pactuações efetuadas pelos três níveis de governo (BRASIL, 2002).

As NOAS 2001 e 2002 vieram com o propósito de fortalecer a recentralização, dando ênfase à função das Secretariais Estaduais de Saúde, adotando, como principal estratégia, o estímulo à regionalização da assistência por meio da criação de microrregiões de saúde. As NOAS são resultado de um movimento de pactuação, entre os três níveis de gestão, que visa ao aprimoramento por meio da avaliação periódica da implantação e desempenho do SUS (BRASIL, 2002).

Entre 2003 e 2008, ocorreu um processo de expansão da avaliação no SUS, pois o MS criou o Projeto de Expansão e Consolidação Saúde da Família (PROESF), aliado à Política Nacional de Avaliação Básica em Saúde, uma estratégia para institucionalizar a avaliação em uma perspectiva descentralizada, o que veio a impulsionar a criação de centros colaboradores em avaliação, em Instituições de Ensino Superior, estimulando, assim, um processo reflexivo sobre a temática (ALMEIDA; TANAKA, 2016).

Ainda na perspectiva de incentivo à avaliação, em 2004, o MS reformulou o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH), que foi instituído em 1998, para torná-lo mais amplo, contemplando serviços de saúde, de diversas complexidades, com o objetivo de avaliar dimensões de estrutura, processo e resultados relacionados ao acesso e à satisfação dos usuários, além de incentivar a cultura avaliativa dos gestores e dos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2015).

Com essa nova proposta, o PNASH passou a se chamar PNASS. A nova formatação do programa configurou-se como importante estratégia para a revisão e reorientação das ações para avaliar a eficácia, eficiência e efetividade dos estabelecimentos de saúde, utilizando a ferramenta do Sistema de Informação do PNASS (SISPNASS) para subsidiar a produção dos resultados, análises e a divulgação dessa ampla avaliação (BRASIL, 2015).

Em 2006, foi aprovado o Pacto pela Saúde, articulado em três dimensões: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão, acordo interfederativo que veio promover um processo de negociação permanente entre os gestores, a fim de favorecer a implementação de ações políticas prioritárias, substituindo as estratégias anteriormente adotadas. Mais especificamente no Pacto de Gestão, traz como um dos compromissos redefinir os instrumentos de regulação, programação e avaliação e valorizar a cooperação técnica entre os gestores. Assim, o planejamento do SUS está baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, com definição de objetivos e conferindo direcionalidade ao processo de gestão

do SUS, compreendendo, nesse sistema, o monitoramento e a avaliação (BRASIL, 2006).

A implantação da Política Nacional de Promoção da Saúde, instituída em 2006 e revista em 2014, trouxe elementos importantes para o debate sobre o alcance da avaliação nas iniciativas de promoção da saúde, partindo da organização dos dados secundários e informações de portarias do MS, para a construção de indicadores que possibilitam monitorar as ações de promoção da saúde (MAGALHÃES, 2016).

Em 2011, o Pacto pela Saúde foi aprimorado com o Decreto n° 7.508/11, que regulamenta aspectos da Lei n° 8.080/90, que se fundamenta nos princípios do SUS, tendo ênfase nas necessidades prioritárias da população, na melhoria do acesso aos serviços de saúde, no fortalecimento da regionalização e na definição das redes de atenção à saúde como, também, no aprimoramento dos mecanismos de governança e qualificação dos processos de pactuação tripartite (CARVALHO; SHIMIZU, 2017).

O decreto nº 7.508/11, que é a maior normatização legal no âmbito do sistema de saúde brasileiro, preconiza a inclusão do planejamento, controle e avaliação das ações e serviços de saúde, que visam a garantir os princípios e diretrizes do SUS e a melhoria dos serviços de saúde (BRASIL, 2011c).

O decreto 7.508/11 corresponde aos acordos estabelecidos entre os entes federativos e interfederativos, com a finalidade de organizar as redes de atenção à saúde, sendo, assim, um instrumento de gestão. Foi instituído o Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), estabelecendo estratégias de avaliação do usuário em relação aos serviços e ações, para qualificar a qualidade da assistência (BRASIL, 2015).

Embora a cultura da avaliação não esteja totalmente consolidada no Brasil e os processos avaliativos sejam incipientes, seu desenvolvimento é entendido como instrumento fundamental para a gestão, estando, inclusive, presente nas diretrizes políticas brasileiras (FELISBERTO et al., 2010).

O Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS), instituído pelo MS em 2011, estabeleceu a criação de um “Sistema de Avaliação para a Qualificação do SUS”, composto pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ/AB) e o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS), tendo como objetivo produzir informações para o desenvolvimento e qualificação do SUS. Essas iniciativas estão voltadas à produção de informação com profundidade para subsidiar o gerenciamento dos programas de

saúde, favorecer a análise de desempenho, além de contribuir com a definição de ajustes em políticas públicas de saúde já instituídas (ALMEIDA; TANAKA, 2016).

O enfoque nacional do PMAQ-AB e do IDSUS favorece o diagnóstico amplo, porém, dificulta a tomada de decisão descentralizada e o ajuste dos programas em diferentes contextos, constituindo-se em lacuna no movimento de avaliação em nível local, que busca aprofundar o entendimento da organização dos serviços, pois o SUS busca o fortalecimento da gestão local e estimula o desenvolvimento de governabilidade territorial, sendo que avaliações mais locais se constituem em ferramentas importantes (ALMEIDA; TANAKA, 2016).

É possível entender que, desde a institucionalização e regulamentação do SUS, foi grande a ênfase à ampliação do acesso aos serviços e na descentralização da gestão, por meio da municipalização. Isso tem representado incremento/crescimento de ações e serviços de saúde, sob a responsabilidade dos municípios, os quais, historicamente, tinham papel bastante limitado na gestão da saúde. Essa nova responsabilidade do município, na execução das ações de saúde, implica a organização de estruturas político-administrativas necessárias para viabilizar a gestão dos serviços. Entretanto, cabe destacar que a heterogeneidade da capacidade de gestão e gerenciamento de municípios, regiões e Estados brasileiros pode influenciar os resultados da atenção prestada, sendo notório o desnivelamento de formação e capacitação dos gestores em saúde, constituindo-se, dentre outros, um importante desafio a ser superado para a sustentabilidade e o avanço do SUS.

Para superar essa situação, acredita-se na potencialidade de ações que visam a difundir processos e práticas metodológicas em monitoramento e avaliação, ao uso de ferramentas e tecnologias de apoio à gestão para a tomada de decisão, com enfoque diferenciado para a Atenção Básica e a atenção hospitalar.

Nesse sentido, ressalta-se a indução das normativas do MS para focar na avaliação em saúde, aqui destacadas, desde as NOBs, PROESF, PNASH, PNASS, PMAQ-AB, ID-SUS, até o Decreto nº 7508/11, entretanto, ainda há um longo caminho a ser percorrido.

É de consenso a necessidade de incorporar a cultura avaliativa no país, mesmo que os resultados das avaliações não venham a gerar ações imediatas, mas o desejável é que estas influenciem positivamente a tomada de decisões. Diante das dificuldades em colocar em prática, é importante destacar alguns aspectos importantes, como a pertinência, o mérito e a credibilidade da avaliação, porém, o

primeiro passo para que isso ocorra é valorizar, ter objetivo com a ação desenvolvida, não existindo um modelo de avaliação padrão para aplicação em qualquer contexto (BOUSQUAT et al., 2017).

No próximo tópico, apresentam-se considerações conceituais e operacionais acerca da avaliação em saúde.

1.2 ASPECTOS RELEVANTES SOBRE AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Avaliação é o ato ou efeito de avaliar, a apreciação, o cômputo ou a estimação da qualidade de algo ou da competência de alguém (WEISZFLOG, 2018).

Existem múltiplas concepções sobre a avaliação relacionadas ao seu objetivo e método, podendo ser definida, de maneira abrangente, com “um dos tipos de julgamento que se faz sobre as práticas sociais” (VIEIRA-DA-SILVA, 2014). Avaliar consiste, fundamentalmente, em fazer um julgamento de valor de uma intervenção, tendo como objetivo a tomada de decisões (HARTZ; SILVA, 2014).

A avaliação não deve ser considerada uma ciência ou área desta, mas é um campo de aplicação de conhecimentos de várias áreas que utiliza múltiplos conceitos e enfoques metodológicos que favorecem a ampliação da visão acerca do objeto avaliado (CHAVES et al., 2014).

O ato de avaliar é tão necessário quanto complexo e demanda investimento consistente na construção de consenso. Não se trata apenas da compatibilização de instrumentos, mas, principalmente, de definir objetos e os objetivos da avaliação, sendo, antes de tudo, uma negociação entre diferentes atores, pois, sem isto, é impossível gerar processos decisórios (BRASIL, 2005).

Para Balderrama (2017), a avaliação pode ser entendida como referencial teórico metodológico, dependendo do momento e utilização em que será aplicada. Desse modo, a avaliação auxilia a gestão em saúde, sendo entendida como referencial teórico para a tomada de decisão, como também pode conduzir o modo de pensar de um estudo, caracterizando-se como um referencial metodológico.

Nesse sentido, as atividades avaliativas podem constituir-se em um incentivo para efetivas ações em saúde, seu aperfeiçoamento, fornecendo bases para o trabalho de profissionais, pesquisadores e órgãos de saúde (ANTUNES et al., 2016).

A avaliação não possui apenas uma definição aplicável e consistente, pois encerra diferentes interpretações e múltiplas abordagens, partindo do objetivo, abrangência e estratégias metodológicas adotadas (MAGALHÃES, 2016).

A avaliação em saúde é um tema em pauta, que vem sendo estudado e discutido mundialmente, tendo, como prioridade, a transparência na gestão de recursos públicos e a implicação dos resultados alcançados na melhoria do desempenho dos sistemas de saúde (ALMEIDA; TANAKA, 2016).

Embora a avaliação tradicional concentre o enfoque no impacto pós-intervenção, os modelos de avaliação têm surgido com maior consideração de responsabilização, participação, desenvolvimento de intervenções e produção de conhecimento (PATTON, 2008).

Para Donabedian (1980), a avaliação de um serviço/programa de saúde deve levar em conta componentes de estrutura, processos e resultado em uma relação causal entre os componentes: a estrutura favorece a execução do processo e o processo é desenvolvido para atingir resultado.

Nos últimos anos, a avaliação vem ganhando maior visibilidade no Brasil, podendo ser compreendida em três aspectos. Um dos aspectos dá-se pela existência de organizações nacionais de avaliadores em diferentes áreas, sendo a Rede Brasileira de Monitoramento e Avaliação (RBMA) um exemplo delas. Outro aspecto diz respeito à crescente quantidade de eventos ligados à temática, sendo eles promovidos por diferentes entidades, incluindo também as governamentais. E o último aspecto refere-se ao aumento de editais públicos, propostos por organizações governamentais e agências de desenvolvimento internacional, que têm se tornado mais exigentes na questão de visibilidade para o resultado que produzem. Entretanto, ainda existem lacunas importantes para que se consolide o campo da avaliação no Brasil, sendo a formação de pessoas e a produção de conhecimento desafios relevantes (CHIANCA, 2017).

A avaliação sistemática das intervenções sociais é uma atividade antiga. Há relatos de que, há mais de quatro mil anos, os chineses já a usavam como método para recrutar funcionários públicos. Na história moderna, a avaliação inicia-se no ocidente, no século XVIII, na Grã-Bretanha e França. Sua trajetória pode ser dividida em quatro gerações de acumulação de conhecimentos, com abordagens distintas, em processo de aprimoramento e evolução (BROUSSELLE et al., 2013).

Guba e Lincoln (1989) apresentaram a avaliação dividida em quatro gerações no decorrer da história. A avaliação de primeira geração pode ser compreendida como essencialmente normativa, limitada a um conjunto de medidas, coleta sistemática de dados, análises quantitativas, ou seja, a avaliação entendida como medida. Na avaliação de segunda geração, além de proceder medidas, o avaliador buscava identificar de que modo os objetivos foram atingidos, além de reconhecer fragilidades e potencialidades das intervenções, para poder fazer recomendações. A expansão e a institucionalização da avaliação caracterizaram a avaliação de terceira geração, onde o avaliador é um juiz cujos critérios de julgamento são bastante ampliados, que se apropria de informações com a finalidade de testar o mérito de programas, permitindo questionar os objetivos, abrangendo, inclusive, aspectos econômicos dos programas avaliados. A história da avaliação mostra que as abordagens e métodos nunca param de evoluir. Nesse sentido, a avaliação de quarta geração é um avanço ao admitir as vantagens de abordagens pluralistas que permitem se apropriar adequadamente do campo de investigação. A avaliação de quarta geração é responsiva, construtivista, participativa, feita em processo de negociação entre os envolvidos na intervenção a ser avaliada e o avaliador assume um papel de moderador.

Hartz e Silva (2014) apresentaram a concepção emancipadora da avaliação como a quinta geração, que combina características das anteriores. Entretanto, esse processo de avaliação implica a opção declarada em aumentar o poder dos participantes.

Cabe destacar que, ainda hoje, é possível verificar, nos processos avaliativos em saúde, abordagens pertinentes a cada uma das gerações de avaliação citadas e que, a depender do contexto, podem ser adequadas. Ressalta-se que, nos cenários dos serviços de saúde, as avaliações de quarta e quinta geração têm tido incremento face à sua ênfase participativa, que permite a inclusão dos sujeitos implicados e que pode resultar em maior responsabilização pelos resultados.

Na gestão em saúde, a avaliação torna-se fundamental, uma vez que pode estabelecer um olhar crítico sobre o que está sendo feito e o compara com o que deveria estar ocorrendo, para favorecer a busca por resultados desejáveis. Somada a isso, a avaliação pode assumir caráter de suporte ao processo decisório, na prestação de serviços de saúde, além de permitir a identificação de fragilidades nos serviços instalados, mensurar a eficiência e a efetividade das ações assistenciais e verificar o

impacto advindo das ações de saúde na condição sanitária da população (CHAVES; TANAKA, 2012).

Em muitos casos, os resultados das intervenções não correspondem aos objetivos pretendidos. Argumenta-se que, devido à falta de avaliação contínua, os gestores não conseguem compreender, de maneira adequada, a forma como um projeto se desenrola e os seus resultados. Há também muitos gestores que simplesmente não compreendem os benefícios da avaliação (KHAN, 1998).

Destaca-se que a avaliação deve ser entendida não apenas como um modo de verificar a melhor forma de executar uma determinada ação, mas como um processo político de disputa de poder e interesses. Assim, a avaliação interfere na tomada de decisão e os participantes destas devem estar dispostos a disputar poder, além de entender que não existe neutralidade política.

Para Hartz e Silva (2014), a avaliação pode ter objetivos numerosos, podendo ser oficiais ou oficiosos, explícitos ou implícitos, consensuais ou conflitantes. Os objetivos oficiais podem ser de quatro tipos: estratégico, com o intuito de auxiliar no planejamento ou na elaboração de uma intervenção; formativo, que visa a fornecer informações para melhorar uma intervenção no seu decorrer; somativo, para determinar os efeitos de uma intervenção e auxiliar na decisão e se ela deve ser mantida, reformulada ou interrompida; fundamental, que contribui para o aperfeiçoamento do conhecimento, para construir teorias. Já os objetivos oficiosos, muitas vezes, estão implícitos e, dependendo de quem solicita a avaliação e sua intencionalidade, podem ser para: atrasar uma decisão; legitimar uma decisão já tomada; ampliar o poder de controle sobre a intervenção e atender a exigências de financiamento.

Pode-se afirmar que, de modo geral, o sujeito que solicita uma avaliação necessariamente tem poder e sempre tem uma intencionalidade para o seu pedido, não sendo ela apenas um desejo de verificar o que aconteceu. Nesse sentido, o avaliador deve romper a ingenuidade de se situar apenas como técnico detentor do saber e se posicionar politicamente frente ao objeto, evidenciar qual sua visão e posição no mundo, sua opção política, que não é partidária, mas diz respeito a políticas públicas, políticas sociais, educacionais, de saúde, dentre outras, e seus respectivos referenciais. Portanto, é necessário identificar os propósitos do contratante e do avaliador, uma vez que a avaliação é uma disputa de poder, que deve despertar o desejo de mudança (TANAKA, 2017).

Na perspectiva de propiciar a participação de diferentes atores sociais, a avaliação deve ser um processo democrático, favorecendo a articulação entre teoria e prática, uma vez que a multiplicidade de pontos de vista enriquece a construção e a análise do processo avaliativo, além de alavancar a utilização de seus resultados a fim de tornar a avaliação contínua e sistemática. Essa participação ampliada ainda não está implementada nos serviços, pois é preciso oportunizar sua construção no sentido de fomentar a negociação de prioridades de ação, a construção de credibilidade e o amadurecimento do processo avaliativo (CHAVES; TANAKA, 2012; ALMEIDA; TANAKA, 2016).

A gestão dos sistemas de saúde é transversalizada por processos permanentes de decisão, sendo possível inferir que os processos decisórios deveriam ocorrer fortemente articulados àqueles de planejamento e avaliação, amparados em sistemas de informação apropriados (CHAVES; TANAKA, 2012).

A consequência e o uso da avaliação são algo importante, que deve ser considerado no processo e no resultado avaliativo, uma vez que as consequências das avaliações não se restringem ao processo decisório, mas influenciam pessoas ligadas às instituições, ocasionando mudanças organizacionais. Ainda assim, as avaliações têm participação modesta na construção de políticas públicas, pois seus resultados não são absorvidos imediatamente e transformados em ações, são utilizados em médio e longo prazos. Destaca-se que o uso da avaliação por instituições públicas pode ser considerado uma forma de prestação de contas à sociedade (NICKEL et al., 2014).

Os estudos de formulações políticas avaliativas seguem um ciclo que envolve três fases: formulação, implementação e avaliação. Na fase um, formulação, reconhece-se o momento de disputa daquilo que deve ser objeto merecedor de política. Na fase dois, implementação, concentra-se a maioria das avaliações e busca-se verificar o quanto foi seguido das políticas propostas. Na fase três, ocorre a estimativa daquilo que foi implementado. Trata-se de momento para repensar as ações que não deram resultado, retornando para a fase de formulação, sendo, assim, um ciclo contínuo, que gera a revisão e a retroalimentação do processo. Essas fases não são estanques, mas períodos de intensificação de determinada etapa do processo, uma vez que, continuamente, diferentes atores disputam a proposição de estratégias, relações de saber e de poder. Nesse sentido, para que se efetivem

políticas no cotidiano, é preciso considerar dispositivos que favoreçam explicitar as experiências e as disputas dos atores envolvidos (FEUERWERKER, 2017).

Dessa forma, a caracterização conceitual e metodológica de cada processo avaliativo torna-se importante, pois, sem isso, dificilmente se compreenderá como as interpretações das ações estão sendo implementadas e se os objetivos estão sendo atingidos. Enfim, é necessário conhecer a teoria que estrutura os componentes e mecanismos para que se possa compreender (captar/apreender) o que investigar e as problemáticas que podem interferir na implementação do objeto foco de política (MAGALHÃES, 2016).

Para o desenvolvimento da avaliação, é preciso selecionar atributos da prática, dos serviços, dos programas, dos estabelecimentos ou do sistema de saúde que serão focados. Nesse sentido, podem-se elencar as seguintes características: a) disponibilidade e distribuição social dos recursos (cobertura, acessibilidade e equidade); b) efeito das ações (eficácia, efetividade e impacto); c) custos e produtividade (eficiência); d) adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente; e) adequações das ações aos objetivos e problemas de saúde (direcionalidade, consistência e análise estratégica); f) processo de implantação de ações (avaliação do grau de implantação e análise de implantação); g) características relacionais entre os agentes das ações (usuário x profissional, profissional x profissional e gestor x profissional) (HARTZ; SILVA, 2014).

Na construção do processo de avaliação, devem-se levar em conta os seguintes critérios ou variáveis: o objetivo da avaliação (conhecimento, tomada de decisão, aprimoramento); a posição do avaliador (interno, externo); o enfoque priorizado (impacto, compreensão, quantificação); a metodologia predominante (quantitativa, qualitativa); a forma de utilização da informação produzida (a demonstração, a informação e os conhecimentos para a gestão); o contexto da avaliação (controlado, natural); a temporalidade da avaliação (pontual, corrente, contínua) e o tipo de juízo formulado (hipóteses, recomendações, normas). É possível identificar outra forma de classificar as avaliações de acordo com a combinação dos critérios ditos acima: investigação avaliativa, avaliação para a decisão e avaliação para a gestão (NOVAES, 2000).

Além disso, devem ser levados em consideração os seguintes princípios avaliativos: a utilidade (a avaliação precisa subsidiar a tomada de decisões com foco em solucionar problemas dos serviços, atingir objetivos fixados ou que tenham maior

impacto na saúde da população); a oportunidade (a avaliação tem que ser realizada em tempo cabível para a tomada de decisão e o tempo existente entre a demanda da avaliação e o momento da tomada de decisão precisa ser adequado para que a conveniência da resposta seja adequada); a factibilidade (deve ser viável em termos técnicos, econômicos e políticos, mas, principalmente, produzir efeito para as decisões tomadas); a confiabilidade (deve subsidiar a tomada de decisão e a implementação, deve ter racionalidade, coerência e consistência); a objetividade (compreender as condições e recursos disponíveis para a obtenção de foco da maior contribuição possível para a tomada de decisão); a direcionalidade (deve ser direcionada para a resolução dos problemas, satisfação das necessidades da população e implementação de políticas no setor) (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Assim, ao apresentar as ideias de Hartz e Silva (2014), Novaes (2000), Tanaka e Tamaki (2012), pretende-se indicar a amplitude e a abrangência de aspectos envolvidos na avaliação em saúde que precisam ser considerados para elencar elementos relevantes que serão ponderados nas avaliações em saúde.

Pode-se dizer que uma intervenção ou programa é objeto de avaliação normativa ou pesquisa avaliativa. A avaliação normativa aborda cada um dos componentes da intervenção, considerando critérios e normas, em um processo de verificação de conformidade em relação a um padrão definido. A pesquisa avaliativa tem abordagem científica para analisar e compreender as relações de causalidade entre os elementos da intervenção ou programa (SAMICO et al., 2010; HARTZ; SILVA, 2014).

Existem outras possibilidades de classificação da avaliação. Novaes (2000) denomina investigação avaliativa, avaliação para decisão e avaliação para gestão. Na investigação avaliativa, o objetivo é o desenvolvimento do conhecimento que seja reconhecido pela comunidade científica e que seja atrelado a um fator orientador de decisão quando se colocarem questões como viabilidade, disponibilidade de tempo e de recursos e demandas externas à pesquisa. Nesse sentido, o avaliador externo traz maior objetividade, o que é uma condição necessária para o desenvolvimento da investigação. Na avaliação para decisão, o objetivo é construir elementos que produzam respostas para questões daqueles que vivenciam o objeto avaliado. Assim, o avaliador interno tem uma posição favorecida e decisiva para desenrolar o processo. A avaliação para gestão tem como objetivo a produção de informações que visem a

aprimorar o objeto avaliado. Busca-se o aprimoramento de uma condição dada, o que faz necessária a presença do avaliador interno.

No atual cenário de sistema de saúde, observa-se um movimento de suscitar a institucionalização da avaliação com o intuito de consolidar o processo de gestão, porém, a utilização da avaliação pode ser um obstáculo, pois requer recursos e tempo, o que dificulta sua implementação em situações que precisam de soluções imediatas. Assim, a existência de conhecimentos acumulados de outras avaliações pode contribuir para a agilidade na tomada de decisão (SAMICO et al., 2010; TANAKA; TAMAKI, 2012).

Para ter a avaliação como instrumento de gestão nos serviços de saúde, faz-se necessário definir claramente em quem se concentra o poder decisório e qual a pergunta avaliativa que se deseja responder. Caso contrário, sem esta identificação, a avaliação tornar-se-á apenas diagnóstico situacional, que também tem seu mérito, mas tem pouca potência para contribuir na modificação de determinada situação (TANAKA; TAMAKI, 2012).

A tomada de decisão não resolve, por si só, os problemas, apenas as ações desencadeadas e empreendidas decorrentes da decisão é que podem favorecer o alcance das soluções. Quando a avaliação é uma prática sistemática incorporada aos serviços de saúde, constitui-se em ferramenta que propicia, ao gestor, informações para a definição de estratégias e intervenções de gestão. Uma grande quantidade de informações registrada rotineiramente nos serviços não é utilizada para avaliar a situação de saúde ou para definir prioridades que possam reorientar as práticas. Entende-se que essas informações inexploradas ou subutilizadas devem ser foco no processo de elaboração de instrumentos que possibilitem o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS (TAMAKI et al., 2012).

A institucionalização da avaliação na saúde pode ser compreendida como uma intervenção para a melhoria na capacidade de governabilidade e do projeto político, bem como para disseminar a cultura avaliativa, porém, se confronta com a complexidade do campo, que é caracterizado por múltiplos fatores implicados no processo saúde e doença, assim como na gestão, fazendo com que a construção da avaliação seja revestida de princípios próprios para produzir resultados na melhoria da saúde da população (SAMICO et al., 2010; TANAKA; TAMAKI, 2012).

Para Fleischer e Christie (2009), os fatores que mais influenciam a utilização da avaliação envolvem a participação dos usuários das avaliações no processo

avaliativo e o papel do avaliador enquanto facilitador do processo de aprendizado organizacional.

Dessa forma, o acesso, pelo gestor, às informações, em tempo hábil, é importante para qualificar as decisões a serem tomadas. Nesse sentido, o conhecimento já obtido e acumulado de outras avaliações deve ser apropriado pelo gestor e utilizado no processo de decisão. Se ainda não houver tal conhecimento, faz-se necessária a estruturação consistente de processos avaliativos que considerem o tempo e recursos disponíveis (TANAKA; TAMAKI, 2012).

Compreende-se, considerando o conjunto de ideias expostas, a avaliação como uma ação de julgamento. Em uma abordagem normativa, ao julgar uma intervenção, serviço ou programa, comparando-os a critérios e normas estabelecidos, o resultado da avaliação subsidia a tomada de decisão ou, ainda, em uma abordagem de pesquisa avaliativa, ao estabelecer juízo de valor de uma intervenção, serviço ou programa segundo procedimentos do método científico.

2 JUSTIFICATIVA

A avaliação de serviços de saúde, além de permitir a incorporação de saberes e fazeres novos na saúde, possui como objetivo principal fundamentar o processo de construção e consolidação do SUS (SILVA, 2014). Nesse sentido, para Felisberto et al. (2010), a disseminação e a incorporação da cultura avaliativa na prática cotidiana das três instâncias gestoras do SUS poderia qualificar a tomada de decisão dos atores envolvidos na gestão do sistema de saúde.

A incorporação da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde tem sido preconizada como um dos principais instrumentos para a melhoria de qualidade, resolutividade e capacidade responsiva às necessidades de saúde da população (TANAKA; TAMAKI, 2012).

O crescente interesse em avaliação de políticas, programas e serviços de saúde no Brasil deve-se à maior complexidade do perfil epidemiológico, às mudanças nos procedimentos administrativos e legais do SUS, assim como à crescente exigência de controle de gastos na saúde. A incorporação da avaliação em saúde é um novo campo de conhecimento das práticas em saúde no qual se destacam a incorporação de novas tecnologias, a ampliação da oferta e da complexidade organizacional dos serviços em saúde como, também, a crescente necessidade de obter informações sobre a eficácia, a efetividade e o desempenho do sistema (SIQUEIRA; SANTOS NETO, 2016).

O campo da avaliação, no final do século XX, expandiu em produção científica, tendo como principal característica a diversidade conceitual e terminológica, abordagens metodológicas e múltiplas questões relevantes. Desse modo, a apropriação do conhecimento produzido pelos profissionais de saúde e gestores consiste em importante lacuna a ser investigada (HARTZ; SILVA, 2014).

Além disso, a abordagem deste projeto vai ao encontro das propostas expostas pelo MS intitulado “Pesquisas Estratégicas para o Sistema de Saúde”, de 2011 a 2015, que trazem, como prioritárias, as pesquisas relacionadas à avaliação em saúde, resolubilidade dos níveis hierárquicos do SUS, acesso aos serviços de saúde e às ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação e identificação de parâmetros de avaliação do sistema de saúde (BRASIL, 2011b).

Atrelado a isso, há, no artigo 31, da Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta a emenda constitucional 29, a obrigatoriedade de publicar

periodicamente prestações de conta e a avaliação do conselho de saúde de cada ente da federação (BRASIL, 2012) e com o atual edital de apoio a eventos técnico-científicos em saúde do MS, que traz a Avaliação de Tecnologias e Economia da Saúde como uma das linhas de pesquisa, visando a aprimorar e qualificar a gestão e prática em saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2017). Esse conjunto de propostas indutoras fortalece a importância de estudar a temática para valorizar a avaliação em saúde enquanto estratégia de gestão.

Torna-se pertinente e relevante, considerando a potencialidade da avaliação em saúde, a produção científica sobre a temática e as limitações de institucionalização da avaliação, analisar a produção científica sobre a temática no âmbito do SUS, na perspectiva de elencar evidências e lacunas.

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o conhecimento científico acerca da avaliação em saúde na gestão do SUS, no período de 1988 a 2017.

4 MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de Revisão Integrativa (RI), considerada método que sintetiza a literatura, possibilitando a compreensão de uma problemática, com potencial para construir ciência de Enfermagem, contribuindo para o desenvolvimento de teorias que podem ser utilizadas na prática ou na construção de políticas de saúde. A RI permite a inclusão de pesquisa experimental e não experimental, constituindo-se em um dos métodos mais amplos de análise de pesquisa. Por esse motivo, tem papel importante na Prática Baseada em Evidências no contexto da Enfermagem (WHITEMORE; KNAFL, 2005).

A RI constitui-se de cinco etapas a serem percorridas, sendo elas: definição da pergunta da revisão; busca e seleção dos estudos primários; extração de dados dos estudos primários; avaliação dos estudos primários incluídos na RI e análise dos resultados da revisão (WHITEMORE; KNAFL, 2005), que estão descritas de acordo com a literatura e com os passos percorridos pelos autores.

4.1 DEFINIÇÃO DA PERGUNTA DA REVISÃO

Trata-se da construção da pergunta que irá nortear o estudo. Para isso, utilizou-se a estratégia PICO [***P****opulation* (população); ***I****ntervention* (intervenção); ***C****omparison* (Comparação) da intervenção (se aplicável) e ***O****utcome* (Resultados)] (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007), que resultou na questão norteadora: Quais são as evidências disponíveis na literatura sobre a avaliação em saúde na gestão no SUS?

Quadro 1. Elementos da estratégia PICO para a construção da pergunta norteadora.

	Definição	**Descrição**	
P	População	Quem foi estudado?	SUS
	(Participante/Estrutura/Problema)		
I	Intervenção	O que foi feito?	Avaliação em saúde
	(Relação de cuidado/processo)		
C	Comparação das intervenções	Comparações entre resultados	Não aplicável
O	Resultados	Quais foram os	Evidências para a gestão
	(Intermediários e finais)	resultados ou efeitos?	

Fonte: Adaptado de Santos, Pimenta e Nobre (2007)

É importante salientar que, a depender do objeto de estudo, nem todos os itens da estratégia PICO serão preenchidos, a exemplo do que ocorreu neste estudo com o item comparação (C), pois a questão norteadora não busca comparar quais tipos (A ou B) de avaliação em saúde se mostram mais eficientes, mas, sim, resgatar toda a produção científica a respeito da avaliação em saúde no SUS, para que ocorra a compreensão ampla da temática.

4.2 BUSCA E SELEÇÃO DOS ESTUDOS PRIMÁRIOS

Nesta etapa, foram definidas as bases de dados de interesse: *Latin American and Caribbean Health Sciences Literature* (LILACS), por ser o mais abrangente índice da literatura técnica e científica da América Latina e Caribe; *o Sci Verse SCOPUS* (SCOPUS), por apresentar uma visão abrangente dos resultados de pesquisa mundial nos campos de Ciência, Tecnologia, Medicina e Ciências Sociais; a *Public/Publisher Medline US National Library of Medicine* (PUBMED), por compreender mais de 27 milhões de citações para a literatura biomédica; a *Excerpta Medica data BASE (*EMBASE*),* por possuir o banco de dados da literatura biomédica internacional mais importante desde 1947 e a *Cummulative Index to Nursing and Allied Health* (CINAHL), por ser um banco de dados específico da literatura de Enfermagem. A escolha dessas bases de dados deve-se à pretensão de buscar amplitude bibliográfica na RI.

Foi levada em consideração a linguagem documentária (*tesauros*) de cada base de dados: *Medical Subject Headings (*MeSH) via PUBMED; *CINAHL Headings* (MH); Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), pertencente ao LILACS e no *Embase Subject Headings* (EMTREE). A plataforma SCOPUS não possui vocabulário próprio controlado e palavras-chave definidas pelo autor inerentes às leituras prévias sobre a temática.

Esta etapa é desafiadora, complexa e dispendiosa, podendo limitar o sucesso da RI, pois é totalmente dependente da etapa anterior. Sendo assim, a clareza do propósito da revisão é importante para a definição dos descritores que serão utilizados para a busca nas bases de dados selecionadas (WHITEMORE; KNAFL, 2005).

Foi realizado um levantamento de descritores ou palavras-chave que constituíam os estudos utilizados na introdução e na justificativa desta pesquisa, sendo uma forma de nortear a busca na literatura. Realizaram-se, também, buscas

por descritores em cada base de dados, com a finalidade de construir um banco de descritores criterioso e, desse modo, foram realizadas diversas combinações para, então, selecionar aqueles que condizem com o objetivo do estudo.

Ao final, optou-se pela construção de busca única, utilizando palavras-chave e descritores que contemplassem os elementos da estratégia PICO, que constituíram a pergunta norteadora, aplicáveis a todas as bases de dados selecionadas, ou seja, utilizando descritores ou palavras-chave aplicáveis em todas as bases de dados para ampliar a chance de alcançar um número de artigos que respondam à pergunta norteadora.

As palavras-chave ou descritores foram ligados por meio dos operadores *booleanos*, os quais são delimitadores representados por *AND* - combinação restritiva *e OR* - combinação aditiva. Não foi utilizado qualquer tipo de filtro para não restringir, de maneira errônea, os resultados.

A busca na base LILACS possui uma peculiaridade (Quadro 2), pois foi realizada de maneira trilíngue (português, inglês e espanhol), já que a base possibilita a pesquisa em três idiomas. Na demais bases (Embase, MEDLINE via PUBMED, SCOPUS e CINAHL), foi utilizada apenas a língua inglesa (Quadro 3).

Quadro 2. Estratégia de busca para a base LILACS.

P	"Unified Health System" OR "Sistema Único de Salud" OR "Sistema Único de Saúde"
I	"Health Evaluation" OR "Evaluaciónen Salud" OR "Avaliação em Saúde" OR "Health Services Research" OR "Investigaciónen Servicios de Salud" OR "Pesquisa sobre Serviços de Saúde" OR "Program Evaluation" OR "Evaluación de Programas y Proyectos de Salud" OR "Avaliação de Programas e Projetos de Saúde" OR "health carequelity, acess, and evaluation" OR "calidad, acesso y evaluación de la atención de salud" OR "Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde" OR "quality of health care" OR "calidad de la atención de salud" OR "qualidade da assistência à saúde"
C	**Não aplicável**
O	"Decision" OR "Decisiones" OR "Decisões" OR "Health Services Administration" OR "Administración de los Servicios de Salud" OR "Administração de Serviços de Saúde" OR "Health Services Administration" OR "Administración de los Servicios de Salud" OR "Health Management" OR "Gestión en Salud" OR "Gestão em Saúde" OR "Management Indicators" OR "Indicadores de Gestión" OR "Indicadores de Gestão" OR "Decision Making" OR "Toma de Decisiones" OR "Tomada de Decisões"

Quadro 3. Estratégia de busca para as bases EMBASE, MEDLINE via PUBMED, SCOPUS e CINAHL.

P	"Unified Health System"
I	“Health Care Evaluation Mechanisms” OR “Health Care Quality, Access, and Evaluation” OR “Program Evaluation” OR "Quality Assurance, Health Care" OR "Health Services Research" OR "health care quality" OR "evaluation and follow up" OR "Evaluation and Quality Improvement Program" OR "Quality of Health Care" OR "Quality of Care Research" OR "Evaluation" OR "Quality Assessment" OR "Process Assessment (Health Care)"
C	**Não aplicável**
O	“Health Services Administration” OR “Decision Making” OR “Health policy” OR “Organization and Administration” OR "Decision Making, Organizational" OR "Policy Making" OR "Public Health Administration" OR "Health Facility Administration" OR "Health Information Management" OR "Health Services Administration" OR "Organization" OR "Health care policy" OR "organization and management" OR "Management" OR "health care management" OR “Health policy”

Para a seleção dos artigos, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: estudos primários, indexados nas bases de dados selecionadas; nos idiomas português, espanhol e inglês; publicados entre 1988 e 2017; estudos que utilizaram a avaliação como um instrumento que possibilita a tomada de decisão.

A delimitação do período de estudo justifica-se no marco da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, a qual instituiu o SUS, motivando acompanhar a evolução da incorporação da avaliação e seus diferentes enfoques e relevância até a contemporaneidade.

Os critérios de exclusão foram: publicações em forma de teses, dissertações, monografias, livros, revisões (revisão narrativas, sistemática ou integrativa), carta-resposta; estudos que não se relacionam com o tema.

A busca nas bases de dados resultou em 1360 artigos potenciais, os quais foram inseridos no *software EndNote Basic*, versão *on-line*. Trata-se de um gerenciador de referências bibliográficas, disponível gratuitamente, que auxilia na organização dos artigos a serem avaliados. Justifica-se a escolha pela facilidade em aplicar alguns dos critérios de inclusão e exclusão como, também, de manter a busca selecionada em um local seguro e de fácil acesso, favorecendo a aplicação das referências na construção do texto.

Os artigos identificados foram divididos em pastas com o nome da base de dados na qual foram encontrados, permitindo a revisão, a qualquer momento, após a sua seleção. Nesta etapa, identificaram-se 128 artigos duplicados.

Para sistematizar os artigos selecionados, optou-se pelo uso do *software Rayyan*, criado para facilitar as revisões sistemáticas, auxiliando na identificação e seleção dos estudos primários, de forma semiautomática. Foi possível criar categorias de exclusão e inclusão de artigos, identificando outros 81 artigos duplicados não encontrados anteriormente.

A etapa de refinamento e seleção dos artigos foi realizada em dupla conferência, por dois pesquisadores, de modo independente, por meio da leitura do título e resumo dos 1151 artigos não duplicados. As divergências foram discutidas uma a uma e mediadas por um terceiro pesquisador, nos casos de dúvidas e/ou discordâncias. Foram então selecionados 89 artigos para a leitura na íntegra e, após esta etapa, foram excluídos aqueles cuja abordagem não atendeu ao objetivo do estudo, resultando em 26 artigos incluídos na RI.

4.3 EXTRAÇÃO DE DADOS DOS ESTUDOS PRIMÁRIOS

A extração de dados dos artigos incluídos utilizou o instrumento de coleta de dados baseado em Ursi (2005) (ANEXO A), construindo-se o quadro de categorização dos estudos (Quadro 5) e quadros sínteses (Quadros 6 a 31) com os principais achados de cada publicação.

4.4 AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS PRIMÁRIOS INCLUÍDOS NA RI

A síntese dos estudos considerou os tipos de delineamento de pesquisa, que foram mantidos quando referidos pelo autor. Caso contrário, a análise metodológica e o delineamento foram pautados em Polit e Beck (2012).

Foi utilizado, também, o nível de evidência para avaliar e determinar a força dos estudos de maneira que venha a fortalecer as conclusões desta RI. A classificação da evidência em níveis hierárquicos depende da questão do estudo primário a ser levada em consideração (Quadro 4).

Quadro 4. Nível de evidência de acordo com questão de estudo.

Questão de Estudo	Nível	Força de Evidências
Intervenção ou Diagnóstico/Teste diagnóstico	N1	Provenientes de revisão sistemática ou metanálise de todos os ensaios clínicos randomizados controlados.
	N2	Derivadas de ensaios clínicos randomizados controlados bem delineados.
	N3	Obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização.
	N4	Provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados.
	N5	Originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos.
	N6	Derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo.
	N7	Oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.
Questão de Estudo	**Nível**	**Força de Evidências**
Prognóstico/Predição ou Etiologia	N1	Provenientes de síntese dos estudos de coorte ou caso-controle.
	N2	Derivadas de um único estudo de coorte ou caso-controle.
	N3	Decorrentes de metassíntese de estudos qualitativos ou descritivos.
	N4	Procedentes de um único estudo descritivo ou qualitativo.
	N5	Resultantes de opinião de especialistas.
Questão de Estudo	**Nível**	**Força de Evidências**
Significado	N1	Obtidas de metassínteses de estudos qualitativos.
	N2	Alcançadas a partir de um único estudo qualitativo.
	N3	Derivadas de sínteses de estudos descritivos.
	N4	Provenientes de um único estudo descritivo.
	N5	Resultantes de opinião de especialista.

Fonte: Adaptado de Melnyk et al. (2011).

O nível de evidência foi utilizado devido à necessidade de mensurar a força que os estudos têm diante de classificações internacionais, visto que é uma forma de estimular a construção de novos estudos, com maiores níveis de evidência, para consolidar a temática.

4.5 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA REVISÃO

Esta etapa foi realizada de maneira descritiva. A partir da extração dos dados de cada estudo primário, construíram-se quadros constituídos por: identificação do estudo; nível de evidência; objetivo; delineamento metodológico; principais resultados e conclusão.

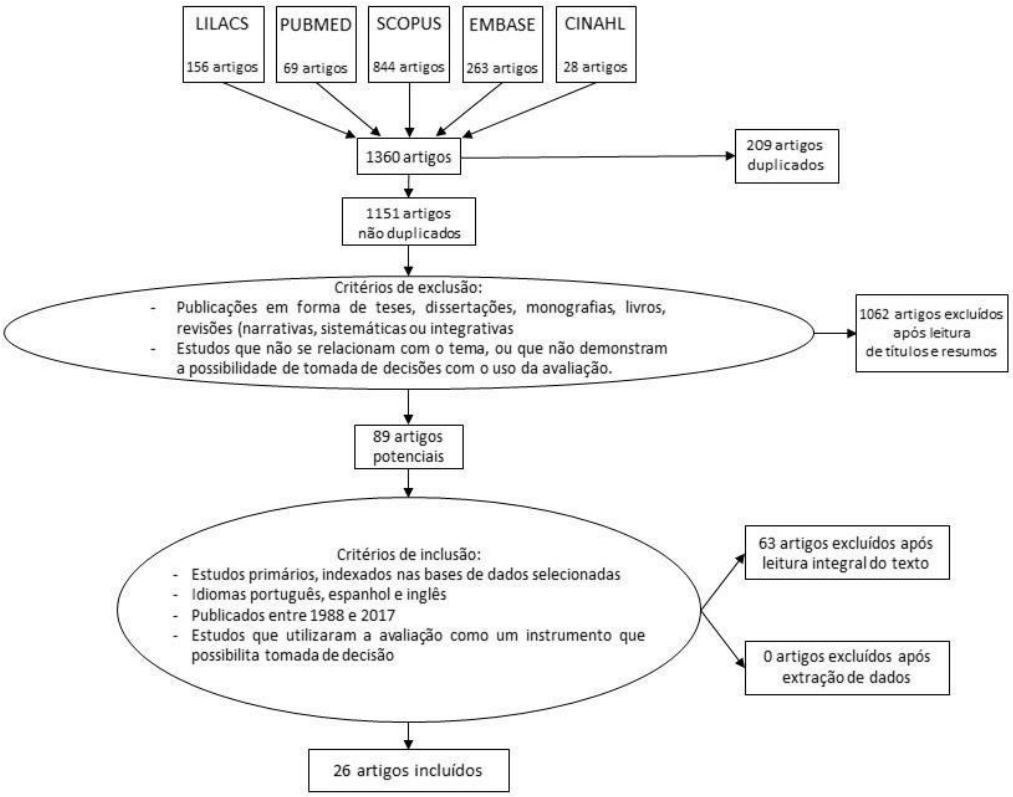
A análise dos resultados dos artigos selecionados foi realizada levando em consideração os conceitos teóricos de Hartz e Silva (2014), os quais definem que uma intervenção pode sofrer dois tipos de avaliação: Avaliação Normativa, a qual julga uma intervenção levando em consideração o cumprimento de normas, analisando estrutura, processo e resultado; Pesquisa Avaliativa, a qual julga uma intervenção, no contexto em que esta se situa, com métodos científicos, analisando pertinência, fundamentos teóricos, produtividade, efeitos e rendimento, com o objetivo de auxiliar na tomada de decisão.

Assim, a análise dos dados consistiu do agrupamento das fontes primárias em subgrupos, por similaridade de abordagem da temática de interesse, para favorecer a análise e permitir, inclusive, a comparação e complementaridade de abordagens dos resultados das fontes primárias. Nesta dissertação, os estudos primários foram agrupados em duas categorias: Avaliação de Serviços, Programas e Ações de Saúde e Enfoque Metodológico da Avaliação em Saúde.

5 RESULTADOS

A busca nas bases de dados resultou em 1360 artigos potenciais que, após os procedimentos de seleção, avaliação, organização, sistematização e leitura na íntegra, resultaram em 26 artigos incluídos na RI, conforme descrito no fluxograma abaixo, que foi construído baseado no modelo do Prisma, por meio do *Open Sourcedot*.

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos que compõem a RI.



Na leitura crítica dos artigos, considerou-se a abordagem de avaliação que contempla a tomada de decisão, ou seja, estudos ditos de avaliação, com enfoque exclusivamente diagnóstico, não integraram a amostra final, composta por 26 artigos.

Para o desenvolvimento dos artigos, os autores utilizaram métodos de abordagem quantitativa em dez artigos, abordagem qualitativa em nove artigos, abordagem mista em três e quatro artigos eram metodológicos.

Os artigos foram publicados em 12 periódicos diferentes. Verificou-se que seis artigos foram publicados no periódico *Ciência & Saúde Coletiva*; cinco artigos, na *Revista de Saúde Pública*; três, na *Saúde e Sociedade*; três, no *Caderno de Saúde*

Pública; dois, na *Interface Comunicação, Saúde e Educação*, e um em cada dos seguintes periódicos: *Jornal Brasileiro de Pneumologia; Revista Panamericana de Salud Publica; Revista Texto e Contexto Enfermagem; Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil; Physis - Revista de Saúde Coletiva, Medicina, Trabalho, Educação e Saúde.*

Observou-se uma publicação por ano em 1997, 2003, 2005, 2006, 2011 e 2016; duas em 2002, 2007 e 2010; três em 2012 e 2013 e quatro em 2015 e 2017, sendo estes os anos com maior número de artigos incluídos.

Em relação às Bases de Dados, o SCOPUS liderou, com 11 artigos incluídos, seguido pelo LILACS, com seis artigos, MEDLINE via PUBMED e EMBASE, ambos com três artigos cada, e a base CINAHL, com apenas um artigo.

Os estudos foram classificados de acordo com o nível de evidência e selecionados de acordo com a questão clínica de significado, sendo que 14 artigos ficaram no nível N4, sendo provenientes de um único estudo descritivo, e 12 no nível N2, alcançado a partir de um único estudo qualitativo. Nenhum estudo foi considerado de nível de evidência N1, que é considerado o melhor nível que corresponde a estudos obtidos de metassínteses de estudos qualitativos.

Assim, construiu-se um quadro contendo as características gerais dos estudos, considerando a distribuição dos estudos em categorias, autor, título, periódico, ano, tipo de estudo, nível de evidência, modelo teórico de Hartz e Silva (2014) e instrumentos, que estão apresentados no quadro 5.

Os principais achados das fontes primárias estão apresentados em sínteses (Quadros 6 a 31). O conteúdo dos artigos foi agrupado em duas categorias: Avaliação de Serviços, Programas e Ações de Saúde e Enfoque Metodológico na Avaliação em Saúde.

Quadro 5. Aspectos gerais dos estudos incluídos na RI, considerando a distribuição em categorias, autor, título, periódico, ano, tipo de estudo, nível de evidência, tipo de avaliação e instrumentos.

Categorias	ID	Autores	Título	Periódico	Ano	Tipo de Estudo	Nível de Evidência	Tipo de avaliação	Instrumentos
Avaliação de serviços, programas e ações de saúde (Atenção Hospitalar)	01	GOUVÊA, C. S. D.; TRAVASSOS, C.; FERNANDES, C.	Produção de serviços e qualidade da assistência hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, Brasil - 1992 a 1995	Revista de Saúde Pública	1997	Quantitativo	N4	Avaliação normativa	SIH
	02	OLIVEIRA, M. I. C. et al.	Avaliação da implantação da iniciativa hospital amigo da criança no Rio de Janeiro, Brasil	Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil	2012	Qualitativo	N2	Avaliação normativa	Observação e entrevista
	03	CINTRA, R. F. et al.	A informação do setor de faturamento como suporte à tomada de decisão: um estudo de caso no Hospital Universitário da UFGD	Ciência e Saúde Coletiva	2013	Qualitativo	N2	Pesquisa avaliativa	Uso de informações do DATASUS, SMS e MS-SAS
	04	AZEVEDO, C. S. et al.	Racionalização e Construção de Sentido na Gestão do Cuidado: uma experiência de mudança em um hospital do SUS	Ciência e Saúde Coletiva	2017	Qualitativo	N2	Avaliação normativa	Entrevista
	05	ESCOSTEGUY, C. C. et al.	O Sistema de Informações Hospitalares e a assistência ao infarto agudo do miocárdio	Revista de Saúde Pública	2002	Quantitativo	N4	Avaliação normativa	Formulários de Autorização e Internação Hospitalar (AIH)
	06	SCHRAMM, J. M. A. et al.	Assistência obstétrica e risco de internação na rede de hospitais do Estado do Rio de Janeiro	Revista de Saúde Pública	2002	Quantitativo	N4	Avaliação normativa	SIH/SUS e SINASC

	07	BUSSOTTI, E. A. et al.	Programa Educacional para Unidades de Terapia Intensiva Neonatais e Pediátricas Brasileiras	Trabalho, educação e saúde	2013	Qualitativo	N2	Pesquisa avaliativa e Avaliação normativa	Avaliação diagnóstica, programa educacional
Avaliação de serviços, programas e ações de saúde (Atenção Básica)	08	PINHEIRO, A. L. S. et al.	Gestão Da Saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão	Texto e Contexto Enfermagem	2016	Qualitativo	N2	Avaliação normativa	Sistema de Informação em Saúde
	09	MAGNAGO, C. et al.	Implantação das mesas nacionais de negociação permanente do Sistema Único de Saúde em secretarias estaduais e municipais de saúde.	Saúde e Sociedade	2017	Quantitativo e Qualitativo	N2	Avaliação normativa	Mesas de negociação
	10	CARVALHO, A. L. B.; SHIMIZU, H. E.	A institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação: desafios e perspectivas na visão dos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS)	Interface: Comunicação, Saúde, Educação	2017	Qualitativo	N2	Pesquisa avaliativa	Grupo focal para abordar práticas de monitoramento e avaliação
	11	COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; WALTER, M. I.	Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde	Revista de Saúde Pública	2005	Quantitativo	N4	Pesquisa avaliativa	Instrumento de coleta de dados autoaplicável
	12	PONTE, E. et al. .	Impacto de um programa para o controle da asma grave na utilização de recursos do Sistema Único de Saúde	Jornal Brasileiro de Pneumologia	2007	Quantitativo	N4	Pesquisa avaliativa	Fichas padronizadas de atendimento

	13	ABREU, D. M. X.; CÉSAR, C. C.; FRANÇA, E. B.	Relação entre as causas de morte evitáveis por atenção à saúde e a implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil	*Revista Panamericana de Salud Publica*	2007	Quantitativo	N4	Pesquisa avaliativa	SIM
	14	MINAYO, M. C. S. et al.	Lições aprendidas na avaliação de um programa brasileiro de atenção a idosos vítimas de violência	Interface: Comunicação, Saúde, Educação	2015	Quantitativo e Qualitativo	N2	Pesquisa avaliativa	Realização de oficinas e pactuação, indicadores, estrutura, processo e resultado
	15	MENDES, A. et al.	O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise	Saúde e Sociedade	2015	Quantitativo e Qualitativo	N2	Avaliação normativa	Indicadores do COAP, mapa da saúde, pacto para a Atenção Básica. Indicadores de fluxo do movimento populacional inter e intrarregional
	16	VILELA, M. F. G.; SANTOS, D. N.; KEMP, B.	Caminhos possíveis para a avaliação das práticas da Vigilância em Saúde	Ciência e Saúde Coletiva	2017	Qualitativo	N2	Pesquisa avaliativa	Autoavaliação
	17	SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P.	Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde	Cadernos de Saúde Pública	2010	Quantitativo	N4	Avaliação normativa	Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ)

	18	TOMASI, E. et al.	Aplicativo para sistematizar informações no planejamento de ações de saúde pública	Revista de Saúde Pública	2003	Quantitativo	N3	Avaliação normativa	Aplicativo PACOTAPS
	19	FIGUEIREDO, P. P. et al.	Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde	Physis Revista de Saúde Coletiva	2010	Qualitativo	N2	Pesquisa avaliativa	Entrevista semiestruturada
Enfoque metodológico na avaliação em saúde	20	TAMAKI, E. M. et al.	Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS	Ciência e Saúde Coletiva	2012	Metodológico	N4	Avaliação normativa	Indicadores de gestão referentes à demanda, insumos, processo e resultado
	21	BEZERRA, L. C. A. et al.	Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política ParticipaSUS	Ciência e Saúde Coletiva	2012	Quantitativo	N4	Avaliação normativa	Baseado no ParticipaSUS
	22	COSTA, J. M. B. S. et al.	Monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso	Ciência e Saúde Coletiva	2013	Metodológico	N4	Avaliação normativa	Construção de painel de monitoramento
	23	TANAKA, O. Y. et al.	Uso da análise de clusters como	Saúde e Sociedade	2015	Quantitativo	N4	Pesquisa avaliativa	Uso de Clusters

			ferramenta de apoio à gestão no SUS						
	24	BERRETTA, I. Q.; LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M.	Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde	Cadernos de Saúde Pública	2011	Metodológico	N4	Avaliação normativa	PlanejaSUS e o Pacto de Gestão, indicadores de medidas e parâmetros
	25	ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P.	Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde	Cadernos de Saúde Pública	2006	Qualitativo	N2	Avaliação normativa	Grupos focais
	26	MARQUEZ, P. B.	Proposta de medidas de avaliação de desempenho para centro de engenharia clínica e bioequipamentos do HCFMRP/USP	Medicina (Brasil)	2015	Metodológico	N4	Pesquisa avaliativa	Entrevista, levantamento bibliográfico e discussões

Destaca-se que, quanto ao enfoque de avaliação, segundo os preceitos teóricos defendidos por Hartz e Silva (2014), os estudos foram classificados em avaliação normativa e em pesquisa avaliativa, sendo que 14 artigos (ID: 01, 02, 04, 05, 06, 08, 09, 15, 17, 18, 20, 21, 22, 24 e 25) puderam ser classificados como uma avaliação normativa, na qual se julgou uma intervenção levando em consideração o cumprimento de normas pré-estabelecidas. Estes estudos foram construídos considerando normativas ou ações do MS voltadas para o monitoramento, avaliação e melhoria do Sistema de Saúde. Já os 11 artigos (ID: 03, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 19, 23 e 26) classificados como pesquisa avaliativa buscaram analisar as intervenções no cotidiano dos serviços, almejando compreender seus efeitos e produtividade. Um único artigo foi classificado em ambas as classificações (Avaliação Normativa e Pesquisa Avaliativa, ID 07), pois estava ancorado em um programa do MS e, concomitantemente, buscou analisar a intervenção na prática do serviço.

A seguir, os quadros de 6 a 32 apresentam a síntese dos principais achados das fontes primárias.

Quadro 6 - Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde no cenário hospitalar – ID01.

ID: 01	**TÍTULO**	Produção de serviços e qualidade da assistência hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, Brasil - 1992 a 1995
Autor (es)		GOUVÊA, C. S. D., TRAVASSOS, C., FERNANDES, C.
Periódico/Ano		Revista de Saúde Pública, v. 31, n. 6, p. 601-617, 1997.
Base de dados		LILACS
Objetivo (s)		Analisar as recentes tendências na assistência hospitalar no Estado do Rio de Janeiro e avaliar os subsetores público, universitário e privado ligados ao SUS, explorando abordagens de monitoramento da produção de serviços hospitalares a partir dos dados processados pelo SIH/SUS.
Método		Estudo de abordagem quantitativa. Utilizou informações sobre internações ocorridas em 314 hospitais credenciados no SUS no Estado do Rio de Janeiro, entre janeiro de 1992 e outubro de 1995 (foram excluídas internações psiquiátricas e aquelas fora de possibilidade terapêutica), registradas em AIH, lançadas no SIH/SUS. Realizou análise comparativa em três dimensões: qualidade dos dados (foram criados indicadores para esta análise, que levou em consideração o número de internações com dados questionáveis); produção de serviços (frequência de internações segundo o sexo e a idade e a frequência dos dez primeiros procedimentos realizados entre janeiro de 1992 e outubro de 1995) e resultados (análise de alguns eventos-sentinelas como taxa de mortalidade hospitalar e o número de óbitos evitáveis). Os dados foram apresentados considerando os subsetores público, universitário e privado ligados ao SUS. Os dados foram analisados de forma agregada para possibilitar a análise temporal das tendências recentes na assistência hospitalar do SUS no Estado do Rio de Janeiro. As comparações levaram em consideração: tendência, sazonalidade e irregularidade.
Resultados		No tocante à **qualidade dos dados**, observou-se melhoria na qualidade dos dados dos formulários AIH. Ao analisar os subsetores hospitalares privado, público e universitário, verificou-se que a frequência de internações com dados questionáveis acompanhou a tendência de declínio observada para o Estado. Quanto à dimensão de **produção dos serviços**, constatou-se que a frequência de internações no Estado tendeu ao declínio, em decorrência, especialmente, da retração do subsetor público, a partir de 1993. Entretanto, os hospitais universitários tiveram aumento gradativo em suas internações. A redução foi seletiva no que se refere à faixa etária, concentrando-se nos adultos e idosos. A dimensão **qualidade da assistência hospitalar** foi avaliada por eventos-sentinelas e constatou que o número de óbitos evitáveis apresentou leve declínio no setor privado e manteve-se inalterado nos hospitais universitários e públicos. A ocorrência de óbitos maternos permaneceu alta e observou-se elevação nos índices de cesarianas. A morbidade hospitalar ficou concentrada em eventos relativos a complicações durante a gravidez, parto, puerpério, doenças do aparelho circulatório e respiratório. A comparação da produção de internações entre os principais procedimentos realizados entre os hospitais público, privado e universitário permitiu constatar que os hospitais universitários foram responsáveis pelos procedimentos de maior complexidade assistencial.

Conclusão	Observaram-se problemas sérios na qualidade da atenção hospitalar prestada pelo SUS no Estado, os quais, a julgar pela situação apresentada nos indicadores utilizados, vêm se agravando. Embora exiba limitações, o banco de dados do SIH/SUS mostrou ser instrumento útil para o monitoramento dos serviços hospitalares, por meio do acompanhamento de indicadores de análise temporal, sendo bastante sensível em detectar áreas nas quais modificações, positivas ou negativas, estejam ocorrendo. O referido sistema de informações tem potencial de gerar informações pertinentes para o planejamento em um curto período de tempo e fornecer subsídios para orientar ações/reformulações de políticas.

Quadro 7. Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde no cenário hospitalar – ID02.

ID: 02	**TÍTULO**	Avaliação da implantação da iniciativa hospital amigo da criança no Rio de Janeiro, Brasil
Autor (es)		OLIVEIRA, M. I. C., HARTZ, Z. M. A., NASCIMENTO, V. C., SILVA, K. S.
Periódico/Ano		Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, v. 12, n. 3, p. 281-295, 2012.
Base de dados		LILACS
Objetivo (s)		Avaliar a implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) no Rio de Janeiro.
Método		Trata-se de pesquisa avaliativa, de análise de implantação do tipo 2, que verifica a influência da variação na implantação da IHAC, realizada em 2009, em sete hospitais credenciados (HAC) e oito Hospitais Não Credenciados (HNC) do SUS. Avaliação de estrutura realizada por observação e entrevista com 215 profissionais e chefias de cada maternidade. Avaliação de processo e resultado que compreendeu entrevista em amostra representativa de 461 gestantes, 687 mães em alojamento conjunto e 148 mães com recém-nascido em unidade neonatal. A correlação entre grau de implantação e desfechos foi analisada por meio de regressão linear: aleitamento materno (AM) na primeira hora, AM exclusivo (AME) e satisfação das mulheres com o apoio recebido.
Resultados		Foram entrevistadas as chefias de cada maternidade e 215 profissionais de saúde: 104 em HAC e 111 em HNC. Das 461 gestantes entrevistadas, 272 eram assistidas por HAC e 189, por HNC. Foram entrevistadas 687 mães em alojamento conjunto e 148 com bebês em unidade neonatal, cerca da metade em HAC. O perfil dos entrevistados em HAC e HNC foi semelhante, exceto por haver uma maior proporção de gestantes adolescentes nos HNC. A maior parte dos hospitais era pública, das redes municipal (7), estadual (4) ou federal (3), com exceção de uma maternidade filantrópica. Destes quinze hospitais, cinco HAC e seis HNC faziam parte do sistema de gestação de alto risco, sendo hospitais de referência materna e/ou fetal. Dois HAC e um HNC eram vinculados a instituições de ensino. Os hospitais apresentaram taxas de cesárea que variaram de 14% a 53%. Os graus de implantação variaram de nove a cinco passos cumpridos nos HAC e de cinco a um passo nos HNC. Foi encontrada correlação linear significativa entre o grau de implantação expresso em pas sos e parâmetros, respectivamente.
Conclusão		Foi observado que já existe uma prática sistematizada de avaliação dos HAC, pois todos haviam sido reavaliados em um período inferior a três anos, revelando a institucionalização do processo de avaliação da IHAC. No entanto, valeria a pena avaliar também a proposta da WHO/UNICEF de automonitoramento anual, que permite um papel ativo das equipes hospitalares na manutenção das práticas inerentes à IHAC. Cabe ressaltar a importância que tem desempenhado o apoio governamental no processo de implantação da IHAC, sendo necessário, no entanto, um investimento na sustentabilidade desta iniciativa para garantir o acesso universal das mães às práticas de promoção, proteção e apoio ao AM preconizadas.

Quadro 8. Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde no cenário hospitalar – ID03.

ID: 03	**TÍTULO**	A informação do setor de faturamento como suporte à tomada de decisão: um estudo de caso no Hospital Universitário da UFGD
Autor (es)		CINTRA, R. F., VIEIRA, S. F. A., HALL, R. J., FERNANDES, C. R.
Periódico/Ano		Ciência e Saúde Coletiva, v. 18, n. 10, p. 3043-3053, 2013.
Base de dados		SCOPUS
Objetivo (s)		Reunir indicadores, em um relatório sintético, visando a auxiliar no processo de tomada de decisão em hospitais públicos.
Método		Estudo qualitativo e descritivo desenvolvido por meio de um estudo de caso único e pesquisa-ação. Foi realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HU-UFGD), selecionado por meio de amostra não probabilística por acessibilidade. Utilizou fontes secundárias, com pesquisas em documentos da instituição não publicados para livre circulação, portarias do MS - Secretaria de Assistência à Saúde (MS/SAS), Secretaria Municipal de Saúde (SMS), sistemas oficiais do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e legislação vigente. Por meio da análise documental, buscou-se caracterizar as circunstâncias sociais e econômicas que interferiram nas atividades dos atores sociais. As análises dos dados primários foram realizadas em dois momentos: de janeiro a dezembro de 2007 e de janeiro a dezembro de 2008.
Resultados		Na avaliação, foi constatado que, até julho de 2007, só havia dois relatórios formatados no setor de faturamento, produção médica e procedimentos ambulatoriais, com o demonstrativo das consultas gerais por especialidade, que eram elaborados com o objetivo de atender ao pagamento dos profissionais médicos e formalizar a quantidade produzida pelo ambulatório, sem finalidades analíticas. Constatou-se a ausência de acompanhamento da produção ambulatorial e das internações hospitalares com as metas pactuadas no contrato de gestão com a SMS. A partir de setembro de 2007, iniciaram-se o monitoramento e a coleta dos dados do faturamento por meio da elaboração de novos relatórios, visando ao acompanhamento de indicadores (alguns contemplados na Portaria 1101/02), tais como: taxa de ocupação hospitalar; taxa de ociosidade; produção das internações por especialidade em quantidade e valor geral; produção média mensal; permanência média das internações e relatório geral da produção ambulatorial. Foi possível organizar os indicadores, avaliar a aplicabilidade e produção dessas informações, estruturar um modelo de relatório sintetizado em uma tabela e organizado de forma a permitir comparações e fácil visualização, buscando acurar a racionalidade administrativa do gestor e proporcionar agilidade na tomada de decisão. A partir daí, surgiram demandas de análises até então não realizadas na instituição.
Conclusão		Pode-se observar crescente utilização dos indicadores para o monitoramento pela direção e gerência do hospital. Conclui-se que o sistema de informação hospitalar pode se tornar uma potencial ferramenta de suporte, à medida que se façam ajustes e que o relatório estruturado possa prover subsídios à instituição para a tomada de decisão.

Quadro 9. Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde no cenário hospitalar – ID04.

ID: 04	**TÍTULO**	Racionalização e Construção de Sentido na Gestão do Cuidado: uma experiência de mudança em um hospital do SUS
Autor (es)		AZEVEDO, C. S., SÁ, M. C., CUNHA, M., MATTA, G. C., MIRANDA, L., GRABOIS, V.
Periódico/Ano		Ciência e Saúde Coletiva, v. 22, n. 6, p. 1991-2002, 2017.
Base de dados		SCOPUS
Objetivo (s)		Analisar processos organizacionais de mudança na gestão do cuidado hospitalar.
Método		Avaliação qualitativa desenvolvida por estudo de caso. A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Fornecedores de Cana de Piracicaba, no Estado de São Paulo, Brasil, em setembro e outubro de 2012. Foram realizadas 25 entrevistas com membros da alta direção do hospital, gestores e profissionais de saúde ligados à atenção ao paciente adulto, além da análise de documentos de gestão e observações de algumas atividades. A mudança organizacional foi analisada em três eixos: processo de planejamento realizado nos setores assistenciais; a protocolização/criação de rotinas assistenciais, buscando maior eficiência e segurança para o paciente, e o trabalho de médicos hospitalistas. A análise norteou-se pelo exame do papel das tendências racionalizadoras e sua articulação com as questões intersubjetivas nas práticas de mudança no Hospital Fornecedores de Cana de Piracicaba.
Resultados		O hospital iniciou um processo de acreditação em 2006 por meio do programa de avaliação e melhoria contínua da qualidade do CQH (Programa de Controle da Qualidade Hospitalar), tendo alcançado, em 2010, a certificação integral. Houve importante mudança no modelo de gestão e nos dispositivos de gestão do cuidado, gerando impacto no hospital como um todo. Houve um componente de formação importante para o seu desenvolvimento, com toda a equipe de gestão capacitada para trabalhar com indicadores, protocolos e planos de ação. O processo de planejamento estratégico anual articula-se à estrutura de colegiados de gestão e baseou-se em critérios do CQH. Foram criados planos de ação pelas equipes de colaboradores de cada setor e tais planos mostraram-se como processo institucionalizado favorável à discussão dos problemas em equipe pautados pela busca de monitoramento, metas e indicadores. Um conjunto de protocolos foi desenvolvido para o cuidado aos pacientes, com rotinas e protocolos considerados fundamentais para que todos os serviços fossem uniformes. A inclusão do médico hospitalista compreende o exercício de funções organizacionais e assistenciais de coordenação do cuidado ao paciente internado, sendo reconhecida sua importância para respostas mais rápidas nas mudanças de estado clínico, melhoria da qualidade ao paciente internado, redução da fragmentação do cuidado médico, bem como maior eficiência. Pode-se supor que os processos de padronização atendem à proposta estruturante e de segurança dos pacientes pela via de controle dos processos assistenciais.
Conclusão		Foi evidenciado dinamismo entre a concepção de gestão pautada por ferramentas racionalizadoras, por regras formalizadas e instrumentos bem definidos. Supõe-se que os profissionais mostram uma adesão aos processos gerenciais e de melhoria da qualidade em curso no hospital, investindo e apoiando subjetivamente o processo de mudança.

Quadro 10. Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde no cenário hospitalar – ID05.

ID: 05	**TÍTULO**	O Sistema de Informações Hospitalares e a assistência ao infarto agudo do miocárdio
Autor (es)		ESCOSTEGUY, C. C., PORTELA, M. C., MEDRONHO, R. A., VASCONCELLOS, M. T. L.
Periódico/Ano		Revista de Saúde Pública, v. 36, n. 4, p. 491-499, 2002.
Base de dados		LILACS
Objetivo (s)		Analisar a pertinência do uso do SIH/SUS na avaliação da qualidade da assistência ao infarto agudo do miocárdio.
Método		Estudo quantitativo que analisou 1.936 formulários de AIH do SIH/SUS registrados com o diagnóstico principal de infarto agudo do miocárdio, no Município do Rio de Janeiro, em 1997. Também foi analisada uma amostra aleatória de 391 prontuários médicos estratificados por hospitais. Analisou-se, primeiramente, a concordância entre o diagnóstico de IAM registrado na AIH e o coletado no prontuário médico. Em seguida, foi avaliada a confirmação do diagnóstico de IAM por meio dos dados dos prontuários revistos, considerando-se os critérios do World Health Organization (WHO) Monica Project,12 baseados na combinação de critérios clínicos, eletrocardiográficos e enzimáticos que têm sensibilidade e especificidade estabelecidas na literatura. Esses critérios, resumidamente, envolvem a história de dor torácica do tipo isquêmica, alterações eletrocardiográficas evolutivas obtidas em traçados seriados e elevação sérica de marcadores enzimáticos de necrose miocárdica seguida por sua queda. A análise da precisão de variáveis foi realizada pelo Kappa.
Resultados		A qualidade do diagnóstico de infarto agudo do miocárdio da AIH foi satisfatória, com percentual de confirmação elevado, segundo critérios estabelecidos pela literatura (91,7%; IC95%= 88,3 - 94,2). Em geral, a precisão das variáveis demográficas (sexo, faixa etária), de processo (uso de procedimentos e intervenções), e de resultado (óbito, motivo da saída) foi satisfatória. A precisão das variáveis demográficas e de resultado foi superior à das variáveis de processo. O elevado sub-registro do diagnóstico secundário na AIH foi a maior limitação observada.
Conclusão		Ao considerar a ampla disponibilidade e os resultados descritos, avalia-se como pertinente o uso do Sistema de Informações Hospitalares na avaliação da qualidade da assistência ao infarto agudo do miocárdio.

Quadro 11. Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde no cenário hospitalar – ID06.

ID: 06	**TÍTULO**	Assistência obstétrica e risco de internação na rede de hospitais do Estado do Rio de Janeiro
Autor (es)		SCHRAMM, J. M. A., SZWARCWALD, C. L., ESTEVES, M. A. P.
Periódico/Ano		Revista de Saúde Pública, v. 36, n. 5, p. 590-597, 2002.
Base de dados		Embase
Objetivo (s)		Analisar a variação das taxas de mortalidade neonatal precoce, natimortalidade e de um conjunto de indicadores da rede de hospitais que prestaram atenção obstétrica ao SUS, visando ao monitoramento das unidades hospitalares a partir do SIH/SUS e do SINASC.
Método		Estudo quantitativo que se utilizou das informações registradas nas fichas de AIH do SIH/SUS, no ano de 1997. Foram selecionados todos os registros cujo diagnóstico principal de internação estivesse incluído no capítulo da CID 9, correspondente à “Gravidez, Parto e Puerpério”, todas as internações com o preenchimento de, pelo menos, uma das condições no campo de parto, nascido morto ou nascido vivo e todas as internações dos menores de um ano, em 135 hospitais do Estado do Rio de Janeiro, estudando-os por meio da análise estatística fatorial, pelo método de componentes principais. Estabeleceu-se a distribuição dos escores dos estabelecimentos nos dois primeiros componentes, o que permitiu classificar os hospitais segundo o perfil de risco materno das internações e os resultados da assistência.
Resultados		No ano de 1997, 250 hospitais da rede SUS no Estado do Rio de Janeiro prestaram algum tipo de assistência ao parto e/ou recém-nascido. De acordo com os critérios utilizados neste estudo, observou-se que 58 hospitais realizaram menos de 100 partos no ano de 1997, e 48 hospitais caracterizaram-se por internar crianças no período neonatal e não realizar partos. Entre os hospitais com perfil de internação de extremo risco materno e baixo desempenho, encontram-se unidades consideradas referência para a gestação de alto risco. Observou-se que 5% dos hospitais possuidores de estruturas de baixa complexidade apresentaram um perfil de risco materno alto e resultados da assistência questionáveis. Foram classificadas 23 unidades hospitalares com perfil de risco materno baixo e resultados da assistência aceitáveis, sendo que, entre eles, estão dois hospitais da capital do Estado onde se realizam cerca de 15% dos partos. Todas as unidades hospitalares que apresentaram “Resultados da Assistência” ruins, apesar do “Perfil de Risco Materno” baixo, localizam-se fora do município da capital, sendo que, entre eles, se encontra um importante hospital universitário federal. Dos 13 hospitais que foram classificados com perfil de risco materno alto e resultados da assistência questionáveis, seis são públicos e somente três destas unidades hosp italares localizam-se no município da capital.

Conclusão	O SIH/SUS mostrou ser uma importante fonte de dados para monitorar a natimortalidade e a mortalidade neonatal precoce hospitalares. Os dados dos hospitais que realizam menos de 100 partos/ano demonstram a ausência de referenciamento e hierarquização da rede. A falta de uma política de credenciamento, sem considerar as necessidades locais e a distribuição heterogênea de recursos hospitalares, é elemento que contribui para o cenário atual da assistência obstétrica no Estado do Rio de Janeiro. A metodologia adotada neste estudo mostrou-se útil no sentido de fornecer elementos para o planejamento e a alocação de recursos e para identificar unidades que devem ser alvo de ações da vigilância de serviços.

Quadro 12. Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde no cenário hospitalar – ID07.

ID: 07	**TÍTULO**	Programa Educacional para Unidades de Terapia Intensiva Neonatais e Pediátricas Brasileiras
Autor (es)		BUSSOTTI, E. A., LEÃO, E. R., CRISTENSEN, K., RAMOS FILHO, L. M., BELEM, T. M. U., SANTOS, K. J.
Periódico/Ano		Trabalho, educação e saúde, v. 11, n. 3, p. 611-631, 2013.
Base de dados		LILACS
Objetivo (s)		Avaliar os padrões de qualidade em saúde em 13 unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica da rede pública brasileira nos períodos anteriores (diagnóstico situacional) e posteriores (reavaliação) ao desenvolvimento do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS).
Método		Estudo descritivo e exploratório realizado em 13 hospitais da rede pública das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste do Brasil. Os dados foram coletados no período de novembro de 2008 a novembro de 2011. Desenvolvido em três fases. Na primeira fase, foi elaborado um instrumento para a avaliação diagnóstica com base na portaria Nº. 3.432, de 12 de agosto de 1998, que estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de tratamento intensivo. O instrumento elaborado para a avaliação diagnóstica das UTIs contemplou dois componentes: estrutura e processo. Foram mensurados dez critérios de avaliação: recursos materiais e equipamentos; recursos de estrutura hospitalar; recursos assistenciais; recursos humanos/composição mínima da equipe; recursos humanos/avaliações médicas; processos de atenção; processos de gestão; política de humanização; relação com o ambiente intra-hospitalar e relação com o ambiente extra-hospitalar. Cada critério, com seus respectivos elementos de mensuração, foi avaliado mediante a classificação ‘atende’, ‘atende parcialmente’ e ‘não atende’. A segunda fase teve início em setembro de 2010 e término em outubro de 2011 e foi constituída pelo programa educacional elaborado pelos autores do estudo. O referencial adotado baseou-se na pedagogia das competências e no construtivismo, que teve como pilares do conhecimento o aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser. A terceira fase do programa, denominada reavaliação pós-programa educacional, foi realizada, em média, três meses após o término da capacitação em cada instituição beneficiária. O instrumento elaborado na primeira fase foi reaplicado a fim de se obterem os dados da reavaliação. Também foi utilizada a mesma metodologia para fins de comparabilidade. Essa fase teve início em fevereiro de 2011 e término em outubro de 2011. Foi realizada análise descritiva dos dados e os resultados foram apresentados em frequências absolutas e percentuais, médias e variações.

Resultados	Na fase diagnóstica, cinco, dos dez critérios, apresentaram 40% de índice de conformidade: recursos assistenciais; processos de gestão; processos de atenção; relação com o ambiente hospitalar e relação com o ambiente extra-hospitalar. Os resultados de processos de gestão e atenção refletiam a necessidade de as instituições disporem de normas, rotinas, protocolos e indicadores assistenciais e administrativos formalizados para subsidiar suas atividades e justificar suas necessidades. No programa educacional realizado, pode-se observar um aumento nos índices dos dez critérios avaliados nas 13 instituições beneficiárias. Apenas o critério 'Processo de gestão' permaneceu com índice inferior a 40%, o que reflete a necessidade de monitoramento e avaliação periódicos dos processos gerenciais implantados nas instituições.
Conclusão	A metodologia adotada possibilitou o desenvolvimento de um programa educacional com base no diagnóstico situacional, com indicadores de treinamento satisfatórios, considerando a peculiaridade do setor público de saúde. A participação dos profissionais do hospital de excelência foi relevante para o alcance dos resultados, proporcionando espaços para a discussão e troca de experi ências. O programa contribuiu para o aumento dos índices de conformidade em relação à maioria dos critérios avaliados, resultado positivo e expressivo, atendendo aos princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS.

Quadro 13. Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde na Saúde Básica – ID08.

ID: 08	**TÍTULO**	Gestão da Saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão
Autor (es)		PINHEIRO, A. L. S., ANDRADE, K. T. S., SILVA, D. O., ZACHARIAS, F. C. M., GOMIDE, M. F. S., PINTO, I. C.
Periódico/Ano		Texto e Contexto Enfermagem, v. 25, n. 3, Epub, 2016.
Base de dados		SCOPUS
Objetivo (s)		Analisar o uso dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) no processo de tomada de decisão pela gestão em municípios do sul da Bahia, Brasil.
Método		Estudo qualitativo, realizado no Estado da Bahia, que coletou dados por meio de entrevistas semiestruturadas, com 16 secretários de saúde, aplicadas no período de setembro de 2013 a maio de 2014. Foram eliminados os participantes que, após três tentativas de agendamento, não se dispuseram a conceder entrevista. O critério de inclusão foi: exercer a função/cargo de gestor municipal da saúde em um dos 21 municípios da região de saúde Itabuna. Os dados foram submetidos à técnica de Análise de Conteúdo; o tema foi utilizado como unidade de registro. Construíram-se categorias empíricas, que foram modificadas ao longo da análise, em um processo dinâmico de confronto constante entre o empiria e a teoria e, finalmente, elas deram origem a um grande tema que conduziu a três subtemas (Práticas da Gestão: suas interlocuções com os SIS e o uso do conhecimento para a tomada de decisão (O olhar dos gestores sobre si, sobre a produção de informações e o envolvimento de distintos atores na decisão; O cotidiano da gestão da saúde: desdobramentos e possibilidades para o uso dos SIS; A relevância das tecnologias de informação aplicadas à gestão da saúde)).
Resultados		Identificou-se que os gestores ainda não sabem fazer uso dos SIS; existe envolvimento de atores na decisão, porém, não há efetiva participação social; não acontece qualificação adequada para a utilização do Sistema de Informação em Saúde; há dificuldade na implantação de sistemas novos, falta computadores e acesso à internet.
Conclusão		Conclui-se que a utilização dos SIS ainda não atingiu o seu potencial, sendo utilizada de maneira introdutória para os processos decisórios. Necessita de maior envolvimento dos sujeitos no uso e no compartilhamento das informações. O SIS é visto como importante ferramenta para o processo decisório e de planejamento, mas o número reduzido de pessoas qualificadas para a sua utilização é uma fragilidade. Mesmo que de maneira inicial, os gestores têm utilizado esta ferramenta para melhorar as práticas de gestão. Assim, adotar a cultura informacional é necessário, como a utilização para incorporar essas informações para subsidiar o processo decisório.

Quadro 14. Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde na Saúde Básica – ID09.

ID: 09	**TÍTULO**	Implantação das mesas nacionais de negociação permanente do Sistema Único de Saúde em secretarias estaduais e municipais de saúde.
Autor (es)		MAGNAGO, C., PIERANTONI, C. R., VIEIRA, S. P., FRANÇA, T., MIRANDA, R. G., NASCIMENTO, D. N.
Periódico/Ano		Saúde e Sociedade, v. 26, n. 2, p. 336-347, 2017.
Base de dados		SCOPUS
Objetivo (s)		Avaliar a implantação da mesa de negociação permanente e identificar os entraves e avanços decorridos dos processos de negociação no âmbito dos Estados e dos municípios brasileiros.
Método		Estudo descritivo, quanti-qualitativo e exploratório, com abrangência nacional. A coleta de dados foi realizada com questionário estruturado, em formulário eletrônico e aplicado remotamente, em entrevistas telefônicas assistidas, entre 2012 e 2013, por meio de *survey* com 519 gestores de saúde, além de grupos focais com 49 gestores e 11 integrantes da Mesa Nacional de Negociação Permanente. Os dados foram analisados por estatística descritiva e por Análise de Conteúdo.
Resultados		Verificou-se a existência de 132 mesas de negociação das quais apenas 87 estão em funcionamento. Os principais motivos para a não implantação das mesas são a falta de assessoria técnica ou fato de a secretaria já se utilizar de outra ferramenta para a negociação do trabalho (como a negociação no âmbito dos sindicatos), além do desinteresse dos gestores e trabalhadores. As principais mudanças nas relações de trabalho, em decorrência da atuação das mesas de negociação, foram a realização de concursos e de processos seletivos públicos, políticas de desprecarização do trabalho e a implantação de planos de cargos, carreiras e salários. Alguns entraves citados foram que as discussões nos espaços de negociação nas mesas pouco repercutem em mudanças na área da gestão do trabalho, em razão da baixa frequência de encontros, baixa densidade e aprofundamento das questões, em virtude do desconhecimento de muitos participantes acerca dos temas debatidos e da falta de entrosamento entre os diversos atores envolvidos na área da gestão do trabalho em saúde. Destaca-se, ainda, que a mudança de governo e de gestores da saúde também representa entrave para a negociação, uma vez que, geralmente, não se dá prosseguimento aos processos iniciados na gestão anterior, pois cada governo prioriza diferentes aspectos e áreas. Como avanços, destacaram-se: o funcionamento ininterrupto da mesa há dez anos; o estabelecimento de diretrizes nacionais orientadoras e a consequente implantação de 16 planos de cargos, carreira e salários em diferentes municípios; a discussão de políticas/estratégias do ponto de vista político e o fomento a uma cultura de gestão negociada.
Conclusão		Diante da complexidade e desafios impostos no campo da saúde, faz-se necessário o processo de decisão, delineamento e implantação de políticas públicas de gestão do trabalho em uma perspectiva de diálogo. O processo de negociação democrática e pactuação d e metas encontra lugar nas mesas de negociação permanente. Apesar da potencialidade deste instrumento, a sua implantação e funcionamento encontram entraves como a falta de profissionais qualificados. Os dados obtidos por este estudo e os debates abertos

	sobre o tema possibilitam a elaboração e construção coletiva de aspectos relativos à gestão do trabalho em saúde, na busca de soluções.

Quadro 15. Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde na Saúde Básica – ID10.

ID: 10	**TÍTULO**	A institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação: desafios e perspectivas na visão dos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS)
Autor (es)		CARVALHO, A. L. B., SHIMIZU, H. E.
Periódico/Ano		Interface: Comunicação, Saúde, Educação, v. 21, n. 60, p. 23-33, 2017.
Base de dados		SCOPUS
Objetivo (s)		Verificar a percepção dos dirigentes estaduais quanto às práticas e processos de Monitoramento e Avaliação (M&A) no âmbito da gestão do SUS.
Método		Estudo qualitativo realizado com um grupo focal de gestores estaduais da Bahia, Mato Grosso, Rio de Janeiro, Santa Catarina, Sergipe e Tocantins. Utilizaram-se roteiro de questões, que permitiu a abordagem de práticas e processos de M&A e sua centralidade na agenda dos gestores; instrumentos na construção das práticas e processos do M&A na gestão; aspectos operacionais inerentes às práticas de M&A na gestão, desafios e perspectivas no que tange à sua institucionalização. A atividade do grupo focal foi transcrita na íntegra e, posteriormente, analisada com o auxílio do *software* Analyse Lexicale par Contexte d´un Ensemble de Segments de Texte (ALCESTE), em sua versão 4.10, permitindo, assim, uma análise lexical.
Resultados		A partir da análise realizada pelo ALCESTE, obteve-se um dendograma estruturado em três eixos temáticos e subdivididos em cinco classes, a saber: Eixo I - Do manejo do M&A no âmbito da gestão, composto pelas Classe Um - As práticas de M&A no âmbito da Gestão do SUS e Classe Dois - Situações críticas para M&A da gestão; Eixo II - Dos instrumentos e métodos, composto pela Classe Quatro - Instrumentos identificados na construção das práticas e processos do M&A da gestão e Classe Cinco - Aspectos operacionais inerentes às práticas de M&A da gestão; Eixo III - Das Responsabilidades Interfederativas, composto pela Classe Três - As práticas e processos de M&A nas relações federativas. Os achados do eixo I, por meio das classes I e II, que têm o manejo do M&A no âmbito da gestão, apontam ausência de clareza entre as funções de planejamento, monitoramento, avaliação e auditoria no âmbito da gestão, o que é caracterizado ora pela realização dessas funções de forma concorrente por setores distintos da mesma secretaria, ora de forma desarticulada, o que, segundo os gestores, dificulta a compreensão de conceitos e conteúdos, reforçando a fragmentação das ações e dificultando a articulação. O eixo II aborda aspectos inerentes aos instrumentos e métodos vinculados às práticas de M&A e aos processos operacionais inerentes à construção dos mesmos, cabendo destacar a baixa integração dos sistemas de informação, dificultando o manejo de dados e a produção de informações. O eixo III apresenta os acordos interfederativos expressos no Pacto pela Saúde e no Contrato de Ação Pública no Estado de Sergipe. É visível a falta e/ou a fragilidade de uma gestão profissionalizada, ou seja, persistindo um mercado de “amadorismo” na gestão, afetando todos os níveis, tanto pela falta de quadros qualificados ao exercício das múltiplas e complexas tarefas relacionadas com a condução, planejamento, programação, auditoria, controle e avaliação, regulação e

	gestão de recursos e serviços, quanto pela persistência de clientelismo político na indicação dos ocupantes dos cargos e funções de direção em todos os níveis do sistema.
Conclusão	Há a necessidade de incentivar a cultura avaliativa nas instituições de forma que essa prática não possa estar apenas vinculada à obrigação de prestação de contas ou medição de resultados para a satisfação de agentes formuladores de programas e/ou políticas setoriais. São necessárias a qualificação adequada das equipes e a associação do monitoramento e da avaliação, subsidiando o planejamento e resultando em tomada de decisão, pois, sem isso, a institucionalização desta prática não ocorrerá.

Quadro 16. Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde na Saúde Básica – ID11.

ID: 11	**TÍTULO**	Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde
Autor (es)		COSTA, A. M., GUILHEM, D., WALTER, M. I.
Periódico/Ano		Revista de Saúde Pública, v. 39, n. 5, p. 768-774, 2005.
Base de dados		MEDLINE via PUBMED
Objetivo (s)		Analisar o atendimento ao pré-natal em unidades de saúde com o intuito de obter uma linha de base que subsidie futuros estudos avaliativos.
Método		Estudo quantitativo, de abordagem exploratória, tipo inquérito, com amostra probabilística do tipo aleatória estratificada em 627 municípios brasileiros e submetida à técnica de expansão, o que permitiu análises para 5.507 municípios. O período de coleta de dados foi de outubro de 2003 a abril de 2004. Coletaram-se dados sobre a prioridade das distintas modalidades de atenção, a oferta de atenção e estimativa declarada de atendimento de demanda. Foram realizados testes estatísticos para a verificação de independência entre variáveis O instrumento de coleta de dados, autoaplicável, foi composto de quatro etapas de perguntas. A primeira etapa contendo dados administrativos do município; a segunda etapa sobre políticas atribuídas ao pré-natal de baixo e de alto risco, parto e puerpério; a terceira etapa acerca de aspectos relacionados à qualidade da atenção à mulher gestante prevista no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) e, na última etapa, buscou-se investigar a cobertura da oferta das ações de pré-natal na rede municipal estimada pelo gestor. Foram realizados testes estatísticos para analisar o grau de prioridade referido pelos gestores municipais às atividades de pré-natal de baixo e de alto risco, atendimento ao parto e ao puerpério e a qualidade da atenção oferecida pelos municípios em comparação com as estratégias preconizadas pelo PHPN.
Resultados		O número de municípios com alta prioridade simultânea para a atenção ao pré-natal de baixo e de alto risco, ao parto e ao puerpério foi de 45,3% dos municípios estudados. Entre esses municípios, que declaram elevada prioridade, 34,5% localizam-se na região Nordeste e apenas 8,9%, na região Centro-Oeste. Dentre os municípios, 93,3% realizam busca ativa das gestantes para a realização do pré-natal. A garantia de vagas na maternidade no momento do parto é declarada por 93,6% dos municípios e apenas 6,4% dos municípios afirmam prioridade ao atendimento às mulheres gestantes, mas não garantem vaga na maternidade. Quanto à presença de acompanhante no momento do parto, 58,9% dos municípios que relataram alta prioridade ao período gestacional não admitem a presença de um acompanhante no momento do parto.

Conclusão	Os resultados permitiram detectar lacunas relacionadas à oferta e à qualidade da atenção ao pré-natal no SUS. A municipalização amplia a oferta de pré-natal, mas há desigualdades entre regiões e entre municípios de diferentes dimensões populacionais. As informações sobre a oferta de serviços às mulheres nos municípios estudados permitem direcionar e redirecionar ações e processos de gestão, além de fornecer subsídios para o controle social do sistema. É necessário realizar avaliações da atenção às mulheres gestantes, voltadas à capacidade operativa dos atendimentos às gestantes no SUS, municípios em distintas condições, especialmente relativas à modalidade de gestão. Essas avaliações requerem ainda outras modalidades de estudos avaliativos que informem sobre a qualidade da atenção que vem sendo oferecida no SUS às distintas necessidades e ciclos de vida da mulher.

Quadro 17. Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde na Saúde Básica – ID12.

ID: 12	**TÍTULO**	Impacto de um programa para o controle da asma grave na utilização de recursos do Sistema Único de Saúde
Autor (es)		PONTE, E., FRANCO, R. A., SOUZA-MACHADO, A., SOUZA-MACHADO, C., CRUZ, Á A.
Periódico/Ano		Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 33, n. 1, p. 15-19, 2007.
Base de dados		SCOPUS
Objetivo (s)		Quantificar a redução do consumo de recursos de saúde pelos pacientes admitidos no primeiro ambulatório de referência do Programa de Controle da Asma e Rinite Alérgica (ProAR).
Método		Trata-se de estudo quantitativo, observacional, de coorte e ambispectivo realizado em janeiro de 2006 em quatro centros de referência em Salvador (BA). Foram incluídos pacientes com diagnóstico de asma grave, com idade superior a doze anos, admitidos no ambulatório do ProAR do Hospital Universitário Professor Edgard Santos, que é conveniado ao SUS do Brasil. Durante o primeiro atendimento, os pacientes preencheram uma ficha padrão pré-estabelecida que, posteriormente, foi transcrita para um banco de dados, que continha questionamentos quanto ao número de internações, atendimento de emergência, ciclos de corticoide sistêmico e ausência da escola ou do trabalho, durante o período de doze meses. No primeiro ano, esses pacientes passaram por consultas com periodicidade trimestral, com médico pneumologista, acesso a otorrinolaringologista e a programa de educação em asma e assistência farmacêutica e psicológica e, durante essas consultas, foram relatadas as ocorrências destes eventos por meio de uma ficha padronizada, que foi digitalizada posteriormente em banco de dados. Para a análise do impacto do programa na utilização de recursos de saúde, foram comparados o número de internações hospitalares, atendimentos em emergência, ciclos de corticoide sistêmico e dias de ausência da escola ou trabalho por crise de asma, no ano anterior à admissão no ProAR, com a ocorrência destes eventos no primeiro ano de acompanhamento. As variáveis foram expressas em número total de eventos e em número de eventos por paciente/ano. A análise estatística foi realizada no programa SPSS para *Windows*. Para as comparações, foi realizado o teste Wilcoxon.
Resultados		No período de janeiro de 2003 a setembro de 2004, foram admitidos 315 pacientes. Destes, 269 pacientes completaram o estudo. Com a avaliação, pode-se observar a redução do número de ciclos de corticoide em cerca de um terço do registrado no ano anterior. Já as ausências do trabalho ou escola por crise de asma, atendimento em emergências e internações reduziram cerca de um nono, em comparação ao ano anterior. Houve redução significativa dos desfechos avaliados tanto do ponto de vista estatístico quanto do ponto de vista clínico. Assim, foram evitados mais de 7.000 atendimentos de emergências e mais 300 internações. A relação do número de atendimentos em emergências está relacionada ao uso de corticoides sistêmicos que, antes do acompanhamento no ProAR, era de seis atendimentos em emergências para cada ciclo de corticoide e, após o programa, reduziu para três atendimentos para cada ciclo.

Conclusão	A avaliação do programa ProAR possibilitou concluir que o atendimento realizado a pacientes com asma grave refletiu em uma redução significativa da utilização de recursos de saúde tendo, como consequência, o controle das exacerbações da enfermidade nos pacientes. Assim, demonstrou-se a necessidade de ampliar o acesso de pacientes ao ProAR, na Bahia.

Quadro 18. Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde na Saúde Básica – ID13.

ID: 13	**TÍTULO**	Relação entre as causas de morte evitáveis por atenção à saúde e a implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil
Autor (es)		ABREU, D. M. X., CÉSAR, C. C., FRANÇA, E. B.
Periódico/Ano		Revista Panamericana de Salud Publica, v. 21, n. 5, p. 282-291, 2007.
Base de dados		CINAHL
Objetivo (s)		Analisar a relação entre a ocorrência de mortes que poderiam ser evitadas por atenção à saúde e o processo de reorganização do sistema de saúde brasileiro entre 1983 e 2002.
Método		Estudo ecológico quantitativo. Foram analisados os óbitos por causas evitáveis, no período de 1983 a 2002, em municípios brasileiros. Seleção dos municípios deste estudo: população maior do que 100 mil habitantes; população urbana maior do que 90%; desvio médio da taxa geral de mortalidade (DTGM) menor do que 10%; porcentagem de causas mal definidas menor do que 10%. Assim, foram incluídos 117 municípios brasileiros (84 da região Sudeste, 24 da região Sul, cinco da região Nordeste e quatro na região Centro-Oeste). Os dados foram obtidos por meio do SIM/SUS pertencente ao MS. As estimativas populacionais foram obtidas por meio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os dados foram analisados utilizando-se o programa estatístico Stata, 8.0.
Resultados		A avaliação pode constatar que, nos municípios selecionados para o estudo, de 1983 a 2002, ocorreram 1.854.165 óbitos por causas evitáveis, na faixa de zero a 74 anos de idade. Do total de óbitos por causas evitáveis, as causas evitáveis por diagnóstico e tratamento precoces correspondem a 45,28% dos óbitos masculinos e 55,84% dos óbitos de mulheres. As doenças cerebrovasculares foram as mais frequentes em ambos os sexos. Os homens apresentaram risco maior para a doença isquêmica do coração. O nível socioeconômico mais elevado teve efeito de redução no risco de mortes evitáveis, exceto para a doença isquêmica do coração.
Conclusão		A avaliação permitiu observar que, no Brasil, houve declínio da mortalidade por causas evitáveis, no período de 1983 e 2002, que decorre, em parte, da mudança na oferta e acesso aos serviços de saúde, impulsionada pela organização do sistema de saúde a partir de 1990. Pode-se inferir que a análise de óbitos por causas evitáveis pode contribuir para identificar os fatores que afetam a qualidade da assistência à saúde, a estrutura organizacional do sistema de saúde, a oferta e o acesso aos serviços de saúde. Assim, a análise da mortalidade por causas evitáveis pode ser útil para o planejamento de saúde, considerando que oferece um indicador sensível para acompanhar os efeitos de políticas de saúde que preconizam a ampliação e o aprimoramento da atenção à saúde oferecida à população.

Quadro 19. Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde na Saúde Básica – ID14.

ID: 14	**TÍTULO**	Lições aprendidas na avaliação de um programa brasileiro de atenção a idosos vítimas de violência
Autor (es)		MINAYO, M. C. S., SOUZA, E. R., RIBEIRO, A. P., FIGUEIREDO, A. E. B.
Periódico/Ano		Interface: Comunicação, Saúde, Educação, v. 19, n. 52, pp. 171-181, 2015.
Base de dados		SCOPUS
Objetivo (s)		Relatar “lições aprendidas” da avaliação e monitoramento de centros de atenção e prevenção à violência com a pessoa idosa.
Metodologia		Realizaram-se avaliação e monitoramento de 18 Centros Integrados de Atenção e Prevenção à Violência contra a Pessoa Idosa (CIAPVI), os quais foram seguidos durante três anos (2007 a 2009), na implantação, implementação e nos resultados das ações. O estudo avaliativo baseou-se na triangulação de métodos quantitativos e qualitativos. O processo foi construído a partir de oficinas com a participação de todos os envolvidos no programa social. Após as oficinas, foram pactuados indicadores de avaliação: estrutura (estabilidade da equipe e formação continuada); processo (articulação, referência e contrarreferência) e resultados (atividades de prevenção, casos resolvidos, atendimentos e reincidentes). Durante esse estudo, foram aplicados três formulários, com questões abertas e fechadas, e realizadas visitas a todos os centros com a finalidade de observar as atividades “in loco” e entrevistar os vários atores envolvidos na proposta (gestores, profissionais, parceiros e idosos). Foram realizadas 48 entrevistas individuais com gestores e parceiros, 42 grupos focais com os profissionais e 14 com os idosos. A última etapa avaliativa foi a análise de todo o processo de monitoramento e avaliação, de maneira crítica, pelos principais atores envolvidos, por meio de um seminário para essa finalidade. Após a validação desses atores, o relatório final com os resultados foi concluído.
Resultados		A avaliação e o monitoramento constataram que a resolutividade foi alta em 38,9% das unidades, porém, na maioria, a resolutividade ficou abaixo de 50%. Os encaminhamentos constituíram as maiores dificuldades para os profissionais. Os idosos com dependências físicas, mentais e sociais, com necessidade de respostas imediatas, encontraram maior dificuldade no atendimento. Verificaram -se percentuais baixos de reincidência dos casos resolvidos, o que demonstra a efetividade dos atendimentos. A avaliação e o monitoramento que foram desenvolvidos nas atividades nos CIAPVI evidenciaram conquistas importantes, consensualmente valorizadas por gestores, profissionais, parceiros e pelos próprios idosos. Dentre os fatores que facilitaram as oficinas oferecidas pelo SEDH, a criação de uma linguagem comum e o oferecimento de orientações para a atuação de rotina, frente aos problemas mais complexos, possibilitaram uma integração das pessoas com a proposta de trabalho. Dentre os fatores que dificultaram, destaca-se a falta de recursos financeiros para realizar a quantidade de atividades previstas.
Conclusão		Neste estudo de avaliação, foi possível identificar que, durante a implantação, é necessário ter foco, objetivos claros e trabalhar coletivamente com todos os autores que implementaram. Além disso, é necessário ter recursos financeiros, orientação técnica e previsão de sustentabilidade. Concluiu-se que 66% dos centros possuem apoio local e caminham por conta própria. Mas a meta da

	Secretaria de Direitos Humanos, de implantar, pelo menos, um em cada Estado, não foi atingida. Entende-se, portanto, que o papel orientador e indutor dessa secretaria não deveria ter cessado até que a proposta fosse inteiramente implantada. Um dos problemas cruciais relativos à continuidade dos centros foi que a proposta de sua criação nunca foi consensual na Secretaria de Direitos Humanos e nos governos locais.

Quadro 20. Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde na Saúde Básica – ID15.

ID: 15	**TÍTULO**	O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise
Autor (es)		MENDES, A., LOUVISON, M. C. P., IANNI, A. M. Z., LEITE, M. G., FEUERWERKER, L. C. M., TANAKA, O. Y., DUARTE, L., WEILLER, J. A. B., LARA, N. C. C., BOTELHO, L. A. M., ALMEIDA, C. A. L.
Periódico/Ano		Saúde e Sociedade, v. 24, n. 2, p. 423-436, 2015.
Base de dados		SCOPUS
Objetivo (s)		Apresentar os resultados gerais da pesquisa sobre o processo de construção da gestão regional no estado de São Paulo.
Método		Estudo quantitativo e qualitativo que analisou indicadores propostos no COAP e outros não contemplados pelo Decreto no 7.508/2011, utilizados para construir o mapa de saúde e para o pacto da atenção básica na matriz de indicadores da Secretaria de Estado da Saúde/ SP e do Cosems/SP. As regiões de saúde analisadas foram as da Baixada Santista, do Grande ABC, do Vale do Ribeira e de Bauru. Utilizaram-se indicadores que foram sugeridos pelo Painel de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, proposto por Tamaki et al. (2012). Foram analisados indicadores de fluxo relacionados ao movimento populacional inter e intrarregional - deslocamento periódico para trabalho, estudo e para a internação. A etapa qualitativa foi a realização de oito entrevistas com gestores, secretários municipais e apoiadores do Cosems/SP das regiões pesquisadas, a qual envolve quatro aspectos: identificação do protagonismo/liderança no processo de pactuação regional; compreensão que os atores têm acerca da região; atitude diante do COAP e atitude diante das redes de atenção. Os indicadores regionais e municipais propostos para as quatro regiões foram analisados e agrupados por eixo estudado. As análises das desigualdades regionais, com a identificação dos menores e maiores valores, compuseram a média regional.
Resultados		Foram identificados indicadores para compor a matriz de análise para a identificação do perfil regional e avaliação e monitoramento regional. Assim, a análise das desigualdades regionais, com a identificação dos menores e maiores valores, compôs a média regional e permitiu um olhar que propicia intervenções em busca de maior equidade regional. A região que dispõe do maior gasto *per capita* com recursos próprios é a Região de Saúde Baixada Santista. Ao mesmo tempo, essa região de saúde apresenta a maior receita disponível per capita e, quando comparada às demais, essa região compromete 29,1% de sua receita disponível geral em gasto próprio com saúde. Em relação aos indicadores relativos à mortalidade infantil, a Região de Saúde da Baixada Santista, em 2011, apresenta o mais elevado coeficiente, 16,87 por mil nascidos vivos, quando comparada às demais regiões. O mesmo resultado é apresentado em relação à taxa de mortalidade materna. Já a melhor situação para a maioria dos indicadores desse grupo é verificada na região do Vale do Ribeira. Os indicadores de redes de atenção, em relação à cobertura geral, na Região de Saúde do Grande ABC, possuem a maior cobertura de saúde suplementar, aproximadamente 58,34%, bem superior ao valor encontrado para o Estado de São Paulo, em torno de 9,86%. Já as regiões da Baixada Santista e de Bauru ficam com cobertura inferior, 40,40% e 33,79%, respectivamente. Em relação à dinâmica do movimento populacional inter e intrarregional, a Região de Saúde da Baixada Santista é o principal destino das pessoas

	que se deslocam para fora do seu município de residência por motivo de trabalho ou estudo, para as cidades que formam a própria região de saúde (11,8%) e para o município de São Paulo (1,7%).
Conclusão	A análise das quatro regiões escolhidas contribuiu não somente para identificar o conjunto dos indicadores a serem utilizados na análise regional, como possibilitou o entendimento da sua diversidade. Foi possível verificar que maiores gastos em saúde ou a maior presença de infraestrutura da rede assistencial não coincidem necessariamente com melhores indicadores de condição de vida e de saúde, evidenciando a necessidade de se considerar as especificidades regionais para a interpretação dos indicadores. Essa compreensão é fundamental para a adoção de estratégias distintas na elaboração dos pactos regionais, visando à construção da região de saúde e da efetiva adesão ao importante instrumento proposto, o COAP. Salienta-se que a análise de fluxos, em particular, e a análise dos deslocamentos pendulares regionais trazem uma importante inovação metodológica para esse tipo de estudo. Na abordagem qualitativa, a pesquisa revelou, de forma geral, o grande desafio da necessidade de identificar mecanismos de articulação entre os diversos atores que compõem esse processo de regionalização na saúde. Destaque foi dado ao fato de que a esfera estadual de poder ainda apresenta dificuldades para assumir a efetiva coordenação desse processo, restringindo-se ao papel de gestor da prestação de seus próprios serviços.

Quadro 21. Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde na Saúde Básica – ID16.

ID: 16	**TÍTULO**	Caminhos possíveis para a avaliação das práticas da Vigilância em Saúde
Autor (es)		VILELA, M. F. G., SANTOS, D. N., KEMP, B.
Periódico/Ano		Ciência e Saúde Coletiva, v. 22, n. 10, p. 3183-3192, 2017.
Base de dados		SCOPUS
Objetivo (s)		Investigar a autoavaliação como dispositivo de análise das práticas da Vigilância em Saúde (VS).
Método		Estudo qualitativo que utilizou questionário para a autoavaliação de gestores e trabalhadores sobre conteúdos associados às práticas da VS. A pesquisa ocorreu em Guarulhos, município da Região Metropolitana de São Paulo. O questionário, construído pelos pesquisadores, continha questões abertas e fechadas e foi adaptado da AMAQ, que é disponibilizada e respondida na plataforma FORMSUS. Os sujeitos da pesquisa foram trabalhadores e gestores do Departamento de Vigilância em Saúde. Foram convidados 202 profissionais por e-mail, sendo que 41 (20%) aceitaram: 13 do Centro de Controle de Zoonoses e um do Serviço de Verificação de Óbito; nove da Vigilância Epidemiológica; dois da Diretoria; três do Laboratório de Saúde Pública; 12 da Vigilância Sanitária e um gestor municipal. Foram avaliadas as dimensões “gestão” e “trabalho da equipe” e suas respectivas subdimensões. Criaram-se duas categorias de análise dos resultados, “Gestão” e “Equipe”, em diálogo com referenciais da Gestão, Avaliação e Vigilância em Saúde. Os dados foram transpostos para uma planilha de dados em formato *Excel*. Para as questões fechadas, foi aplicada a escala de valor de zero a dez, variando entre “muito insatisfatório”, “insatisfatório”, “regular”, “satisfatório” e “muito satisfatório”. As respostas abertas foram analisadas pela técnica de Análise de Conteúdo Temática, que, segundo Minayo e Bardin, consiste em descobrir os núcleos de sentido.
Resultados		A maior parte das subdimensões da “gestão” e “trabalho da equipe” foi avaliada como satisfatória. A autoavaliação, mediante o instrumento aplicado, mostrou-se potente para a análise das práticas da VS, em conjunto com outros dispositivos adotados no SUS. A autoavaliação dos gestores foi positiva em relação à capacidade da gestão de preparar ações de vigilância nas emergências de saúde pública; coordenar, monitorar e fazer avaliação da estratégia sentinela em âmbito hospitalar e desenvolver estratégias para a vigilância dos riscos e agravos de forma articulada na rede de atenção à saúde. O tópico gestão do trabalho aborda a política de valorização dos trabalhadores, como a existência de plano de cargos, carreiras e salários, alguns problemas estruturais piorados pelo agravamento do financiamento do SUS, que gera um cenário incômodo para os gestores municipais, propiciando falas como: “falta garantir quantidade de funcionários suficientes para manter a qualidade de prestação de serviço”. O tema da participação, controle social e satisfação do usuário foi avaliado como “muito satisfatório”. Considerou-se que a gestão promove e assegura, aos cidadãos, o acesso às informações e à participação na formulação, implementação e avaliação das políticas de saúde, considerando o direito à saúde e à cidadania. Os gestores consideraram que a prática do monitoramento e avaliação é satisfatória, apesar dos limites institucionais, e relatam que utilizam processos avaliativos como ferramenta para a gestão e que estimulam a alimentação e o uso de sistemas de informações. Os gestores

	e trabalhadores reconhecem como deficitária a infraestrutura física e de equipamentos, o que dificulta o desempenho das atividades cotidianas. Em relação à utilização de dados e informações produzidos pela vigilância e seu uso em Unidades Básicas, eles relatam que as informações produzidas pela vigilância nem sempre são utilizadas nas Unidades Básicas de Saúde e nem em outros serviços de saúde. No tocante à equipe que se refere à Educação Permanente e qualificação das equipes da VS, os trabalhadores apontaram resultado “satisfatório”, apesar de certa insuficiência em atender aos requisitos de competências e desenvolvimentos de habilidades dos profissionais, pois não foram bem avaliadas a formação complementar das equipes e a participação em cursos de atualização, pois nem todos os funcionários têm a oportunidade de participar dos cursos devido às poucas vagas, o que dificulta as melhorias no trabalho e a qualificação.
Conclusão	O questionário construído pelos pesquisadores para a autoavaliação de gestores e trabalhadores da VS mostrou-se suficiente e inovador ao abrir espaço às falas e reflexões dos mesmos. À semelhança com o instrumento da AMAQ, incluiu elementos da avaliação formativa em seu conteúdo, ao apresentar conceitos relacionados ao universo do SUS e da VS, mesmo àqueles não familiarizados com o tema. A pesquisa apontou a autoavaliação como elemento relevante da avaliação sistemática das atividades desenvolvidas por gestores e trabalhadores. Seus resultados devem, necessariamente, ser postos em discussão na busca pela compreensão dos nós críticos e dos aspectos positivos da prática, com vistas a realizar mudanças e futuros contratos de gestão.

Quadro 22. Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde na Saúde Básica – ID17.

ID: 17	**TÍTULO**	Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde
Autor (es)		SILVA, J. M., CALDEIRA, A. P.
Periódico/Ano		Cadernos de Saúde Pública, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, 2010.
Base de dados		LILACS
Objetivo (s)		Verificar a adequação de equipes de saúde da família aos padrões de qualidade do MS e sua correlação com ações de atenção à saúde
Método		Trata-se de um estudo transversal, descritivo, realizado por meio de um inquérito entre os profissionais das equipes da ESF, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no município de Montes Claros, ao norte do Estado de Minas Gerais. Com uma população estimada superior a 360 mil habitantes, a cidade é o principal polo urbano regional. As entrevistas com os profissionais foram conduzidas nas próprias unidades de saúde, em horário de trabalho. Foi utilizado o instrumento de AMQ em entrevistas conjuntas com médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas. Os dados foram processados por meio do programa SPSS f*or Windows*, versão 16.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). Foram definidos escores para cada uma das subdimensões avaliadas, segundo o número de conformidades aos padrões definidos no AMQ das subdimensões de “consolidação do modelo de atenção” (70 questões referentes à organização do trabalho em saúde da família; ao acolhimento, humanização e responsabilização; à promoção da saúde; à participação comunitária e ao controle social e vigilância à saúde) e de “atenção à saúde” (88 questões referentes aos resultados das ações sobre os distintos ciclos de vida, a saber: saúde da criança; saúde do adolescente; saúde do adulto; saúde do idoso e, também, informações sobre a vigilância às doenças infectocontagiosas. Assim, verificou-se a correlação por meio do coeficiente de correlação de Pearson. O nível de significância admitido foi de 5%. A normalidade dos escores de cada subdimensão foi aferida por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov.
Resultados		A coleta de dados iniciou-se para 49 equipes e foi concluída para 43, com a participação de 129 profissionais de nível superior: médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas. Nenhuma das equipes participantes atingiu pontuação máxima em todos os eixos de avaliação. Os escores mais baixos da dimensão de consolidação do modelo foram referentes à participação comunitária e ao controle social. Para a atenção à saúde, os escores mais baixos foram relativos à saúde do adolescente. As subdimensões “acolhimento e humanização” e “promoção da saúde” mostraram-se estatisticamente associadas à atenção à saúde da criança, do adulto e do idoso. A subdimensão “organização do trabalho” mostrou-se estatisticamente associada com a atenção à saúde da criança e do idoso.
Conclusão		Existe, portanto, correlação positiva entre a consolidação do modelo e a melhoria da qualidade. Os resultados deste estudo devem ser abordados à luz de algumas considerações sobre suas limitações. Uma delas é inerente à própria utilização do instrumento AMQ, que é um instrumento de autoavaliação, pois alguns estudos registram que, na autoavaliação, os profissionais de saúde tendem a realizar uma avaliação mais positiva de suas ações em relação aos usuários. É possível que esse viés também exista neste estudo.

Quadro 23. Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde na Saúde Básica – ID18.

ID: 18	**TÍTULO**	Aplicativo para sistematizar informações no planejamento de ações de saúde pública
Autor (es)		TOMASI, E., FACCHINI, L. A., OSORIO, A., FASSA, A. G.
Periódico/Ano		Revista de Saúde Pública, v. 37, n. 6, p. 800-806, 2003.
Base de dados		MEDLINE via PUBMED
Objetivo (s)		Apresentar e avaliar aplicativo para subsidiar gestores e equipes de saúde com informações de serviços que prestam atenção primária à população.
Método		Descrever o aplicativo PACOTAPS (Aplicativo para atenção primária em saúde), que tem como objetivo subsidiar gestores e equipes de saúde com informações sobre características da população de referência e da demanda atendida. Desenvolvido em linguagem Visual Basic 5.0, cujos módulos, dados secundários e demanda ambulatorial foram testados em unidade básica de saúde de Pelotas (RS). Por meio dos dados secundários, obteve-se a estrutura por idade e sexo da população de referência e, pela demanda ambulatorial, foram caracterizados todos os atendimentos realizados durante um mês em duas unidades básicas de saúde pelo processamento das ficha s de atendimento ambulatorial.
Resultados		Identificaram-se a distribuição etária e o sexo de todos os usuários atendidos nas unidades básicas de saúde e os principais diagnósticos e encaminhamentos. Foi possível detectar diferenças entre as unidades, tanto devido a estruturas e modelos assistenciais diversos, quanto indicativas de necessidades concretas de melhorias nos sistemas de registro dos atendimentos.
Conclusão		O PACOTAPS é um aplicativo de fácil operação, podendo contribuir para a avaliação da gestão de unidades básicas de saúde, no âmbito do SUS. Ao dispor dessa ferramenta eletrônica que conjugue esses recursos, a tomada de decisões no âmbito do serviço de saúde e, até mesmo, da política de saúde do município poderá ser feita em bases mais adequadas e eficientes.

Quadro 24. Síntese do estudo primário agrupado na categoria: avaliação de serviços, programas e ações de saúde na Saúde Básica – ID19.

ID: 19	**TÍTULO**	Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde
Autor (es)		FIGUEIREDO, P. P., CEZAR-VAZ, M. R., SOARES, J. F. S., SENA, J., CARDOSO, L. S.
Periódico/Ano		Physis Revista de Saúde Coletiva, v. 20, n. 1, p. 235-259, 2010.
Base de dados		SCOPUS
Objetivo (s)		Analisar o processo de trabalho dos gestores municipais da Estratégia Saúde da Família (ESF).
Método		Estudo de caráter explicativo, transversal e qualitativo. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada gravada, realizada nos meses de novembro e dezembro de 2006, junto aos gestores da ESF pertencentes a 12 municípios da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (3ªCRS/RS), totalizando 15 sujeitos. O roteiro contemplava a questão: “Conte as atividades que você desenvolve nesta coordenadoria”, conduzida pelos seguintes eixos - “O que faz?”; “Como faz?”; “Onde faz”; “Com quem faz?”; “Para que faz”. A entrevista ainda foi precedida por um questionário de identificação dos sujeitos, o qual indagava sexo, idade, formação profissional e trabalho na gestão. A análise temática congregou uma abordagem dialética, seguindo os passos de pré-análise, exploração e tratamento do material e interpretação dos resultados. Os resultados foram organizados em três subtemas elucidativos das ações desenvolvidas pelos gestores investigados: 1) Ações de organização/funcionamento da Saúde da Família; 2) Ações de formação/educação permanente ou continuada; 3) Ações de monitoramento e avaliação.
Resultados		No trabalho da gestão, foi observada a realização de poucas ações, as quais conduzem a uma forma peculiar de organização dessa instância na ESF, tendo em vista, especialmente, os recursos humanos envolvidos no processo de trabalho. A gestão da Estratégia tem uma formação hierarquizada, em que há o envolvimento de assessores e/ou supervisores e do secretário da saúde, além do coordenador, que realizem reuniões internas e/ou visitas aos estabelecimentos de saúde e diretamente à comunidade. Nessas localidades, a comunicação entre a gestão, os trabalhadores das equipes de saúde e a população assume um sentido de articulação e de negociação. No que diz respeito à organização/funcionamento da ESF relacionada ao trabalho das equipes, a gestão mostra-se frequentemente ocupada com as ações de administração de recursos humanos/materiais e a padronização do trabalho. As ações de organização/funcionamento relacionadas ao trabalho das equipes são realizadas por todos os gestores e foram as mais frequentemente referidas, a partir das quais se sobressaem duas vertentes: uma relacionada à necessidade de aperfeiçoamento e consolidação da ESF e a outra referente às próprias diretrizes políticas que permeiam a prática destas trabalhadoras. As ações de formação/educação permanente ou continuada, apesar de não serem referidas com muita frequência, compõem o processo de trabalho das gestoras estudadas. Foi possível identificar três enfoques principais (monitoramento e a avaliação do processo de trabalho da própria gestão, equipe e monitoramento e avaliação da satisfação com o trabalho desenvolvido), atribuídos às ações de monitoramento e avaliação, relacionados ao processo de trabalho da gestão ou das equipes, além da satisfação dos usuários com o trabalho desenvolvido. O monitoramento e a

	avaliação do processo de trabalho da própria gestão mostraram-se pouco frequentes, sendo referidos por apenas dois gestores. Para um deles, o monitoramento e a avaliação são realizados mediante o uso da metodologia de AMQ, instituída pelo MS e aderida pela gestão municipal. Em outro município, o monitoramento e a avaliação do processo de trabalho da gestão acontecem por meio da identificação de suas falhas a partir do diálogo com a comunidade.
Conclusão	A análise do processo de trabalho dos gestores investigados pode proporcionar, ao meio acadêmico, científico e assistencial, uma reflexão a respeito das práticas que vêm sendo desenvolvidas no cenário da atenção básica à saúde, no sentido de torná-las mais próximas e condizentes às necessidades da população.

Quadro 25. Síntese do estudo primário agrupado na categoria: enfoque metodológico na avaliação em saúde – ID20.

ID: 20	**TÍTULO**	Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS
Autor (es)		TAMAKI, E. M., TANAKA, O. Y., FELISBERTO, E., ALVES, C. K., JUNIOR, M. D., BEZERRA, L. C., CALVO, M. C., MIRANDA, A. S.
Periódico/Ano		Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 4, p. 839-49, 2012.
Base de dados		MEDLINE via PUBMED
Objetivo (s)		Desenvolver uma metodologia de construção de um Painel de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS.
Método		Estudo metodológico. Foram selecionados indicadores da gestão do SUS em termos de **demanda** (referem-se a problemas e necessidades de serviços e ações espontâneas e programadas), **insumos** (subsídios que devem ser captados, armazenados, alocados e distribuídos de maneira adequada para atingir os propósitos institucionais), **processos** (processos gerenciais orientados pelas diretrizes institucionais e que requerem as estruturas, competências e capacidades especializadas para a gestão) e **resultados** (repercussão e impacto sobre o estado de saúde de populações). A análise dos indicadores deve ser orientada para estabelecer as relações insumos + força de trabalho+capital, que resultam em processo derivado das demandas, gerando um produto, ou seja, um resultado. Para cada dimensão, foram selecionados indicadores que buscam levantar distintos aspectos do processamento da gestão e só a sua leitura em conjunto vai permitir o monitoramento e a avaliação abrangentes da gestão.
Resultados		A definição de medidas que permitam a avaliação e monitoramento dos processos de gestão é complexa, porém, a operacionalização no cotidiano com indicadores precisa simplificar os processos e viabilizar sua adoção como instrumento de trabalho da gestão. Estes indicadores devem ter validade conceitual, ou seja, conseguir informar sobre aspectos que constituem o modelo teórico de monitoramento, com potencial avaliativo. É necessário utilizar indicadores derivados de bases de dados que já estão disponíveis e acessíveis, que permitam replicação e que favoreçam a autonomia aos agentes envolvidos na gestão do SUS. Esta escolha valoriza as bases de dados existentes, indicando seu potencial no apoio à gestão. Neste estudo, os indicadores selecionados para a construção do painel são: Indicadores de **Demanda** - Proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal; Razão do número de consultas de urgência por habitante; Indicadores de **Insumos** - Proporção de recursos próprios aplicados na saúde segundo a proporção de transferências para a saúde em relação ao gasto total da esfera; Gasto público em saúde per capita; Proporção de estabelecimentos de saúde sob gestão própria; Razão do número de médicos por habitante; Proporção de trabalhadores com vínculo público; Indicadores de **Processos** - Existência de Plano de Cargos, Carreiras e Salários; Programação Pactuada e Integrada (PPI) atualizada; Abrangência do Complexo Regulador; Proporção de unidades de saúde sob contrato; Índice de alimentação regular do CNES; Existência de Sistema de ouvidoria implantado; Proporção de Relatórios anuais de gestão apreciados no Conselho de Saúde; Proporção de Planos de saúde apreciados no Conselho de Saúde; Realização de Conferência de Saúde; Indicadores de **Resultados:** - Razão de consultas médicas básicas por habitante; Razão de tomografias computadorizadas por habitante; Proporção de mortalidade por causas mal definidas; Taxa de internação por condições sensíveis à atenção básica. Os indicadores do painel permitem sinalizar a existência

	de problemas sem a pretensão de ser suficientes para explicá-los, gerando sinalizações que necessitam de iniciativas e novas informações que possibilitem se aproximar desta explicação, permitindo a tomada de decisão mais objetiva.
Conclusão	A construção do painel pretende desencadear um processo de aprimoramento dos processos e práticas de monitoramento e avaliação e busca contribuir para a tomada de decisão na gestão do SUS. Um painel que contenha indicadores simples e de fácil obtenção nas bases de dados disponíveis pode possibilitar sua rápida utilização, sem necessitar da construção de um novo.

Quadro 26. Síntese do estudo primário agrupado na categoria: enfoque metodológico na avaliação em saúde – ID21.

ID: 21	**TÍTULO**	Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política ParticipaSUS
Autor (es)		BEZERRA, L. C. A., ALVES, C. K. A., REIS, Y. A. C., SAMICO, I., FELISBERTO, E., CARVALHO, A. L. B., SILVA, G. S.
Periódico/Ano		Ciência e Saúde Coletiva, v. 17, n. 4, p. 883-900, 2012.
Base de dados		Embase
Objetivo (s)		Apresentar os resultados de uma pré-avaliação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (ParticipaSUS) no âmbito da gestão federal.
Método		Trata-se de estudo quantitativo e de avaliabilidade tendo como unidade de análise a Gestão Federal - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/ Ministério da Saúde (SGEP/MS), no período de outubro de 2010 a março de 2011. Foram realizadas reuniões de consenso entre os profissionais da SGEP/MS e da área acadêmica, além de análise documental. A etapa inicial do processo avaliativo constou de apresentação do referencial teórico e metodológico para a equipe de gestores e profissionais técnicos que implementam as políticas na gestão federal, posteriormente elaborando o modelo lógico do ParticipaSUS e a matriz de análise e julgamento com critérios, indicadores e padrões, as fontes de verificação, pontos de corte e julgamento. Foram analisados quatro componentes: Auditoria do SUS; Apoio à Gestão Participativa; Ouvidoria do SUS; Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Na etapa seguinte, e a partir do modelo lógico construído e consenso, realizaram-se as oficinas de trabalho e as reuniões para a elaboração da matriz de análise e julgamento, os critérios e os indicadores.
Resultados		A avaliação dos documentos normativos da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS norteou a construção do modelo lógico da política e da matriz de análise, que foi dividido em três seções: a primeira trata dos princípios e diretrizes; a segunda detalha os quatro componentes que compreendem à política (Auditoria do SUS, Apoio à Gestão Participativa, Ouvidoria Geral do SUS e Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS) e a terceira delineia as atribuições de cada nível de gestão do SUS – federal, estadual e municipal. A matriz de análise e de julgamento foi construída considerando o que da política deve ser avaliado e com base em que parâmetros, elencando-se, para cada componente do modelo, os critérios, os indicadores e os padrões relacionados à estrutura e ao processo. O estudo evidencia a necessidade de atualização da norma que orienta a implantação da política ParticipaSUS com a finalidade de incorporar as novas diretrizes e atividades que estão sendo desenvolvidas ou aquelas que foram identificadas como essenciais no contexto da política e ainda não incorporadas à normativa em questão.
Conclusão		A avaliação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (ParticipaSUS) é uma intervenção que permite a avaliação como também caracterizar elementos que constituem e dão subsídios para a elaboração de indicadores de avaliação da estrutura e do processo político que permite ampliar o conhecimento dos mecanismos dos processos implicados na operacionalização contribuindo, assim, para seu aperfeiçoamento. O processo de descrição da política, com a participação dos profissionais e acadêmicos, propiciou uma

rica discussão a respeito da lógica que norteia o seu desenvolvimento, obtendo o consenso do grupo e conseguindo fazer um interessante confronto do que está na norma com o que se vivencia na prática cotidiana.

Quadro 27. Síntese do estudo primário agrupado na categoria: enfoque metodológico na avaliação em saúde – ID22.

ID: 22	**TÍTULO**	Monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso
Autor (es)		COSTA, J. M. B. S., FELISBERTO, E., BEZERRA, L. C.A., CESSE, E. A. P.,SAMICO, I. C.
Periódico/Ano		Ciência e Saúde Coletiva, v. 18, n. 5, p. 1201-1216, 2013.
Base de dados		SCOPUS
Objetivo (s)		Propor um instrumento para monitorar o desempenho da vigilância em saúde no âmbito estadual e estratégias para ampliar seu uso.
Método		Estudo que propõe a elaboração de painéis de monitoramento de desempenho de gestão da VS no âmbito estadual. Atividade realizada de forma participativa com o envolvimento de técnicos e gestores que compõem a Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco (SEVS/PE) e pesquisadores da área de avaliação ou gestão em saúde, no período de maio a dezembro de 2011. A etapa inicial foi a elaboração de um modelo lógico da gestão da VS no âmbito estadual com o intuito de entender como cada componente da gestão contribui para o resultado final da VS. A partir deste material, foram identificados os componentes e subcomponentes da VS nas dimensões recursos humanos, materiais, financeiros e organizacionais, as atividades e os resultados esperados. O modelo foi submetido ao grupo de especialistas para correções e validação de seu conteúdo.
Resultados		Após a validação, o modelo lógico ficou composto por cinco componentes ou macrofunções e dezessete subcomponentes assim distribuídos: gestão financeira (alocação e execução); desenvolvimento da capacidade institucional (gestão de pessoas, assessoria técnica, monitoramento e avaliação), articulação (entre os componentes da vigilância, entre a vigilância e a atenção à saúde e intersetorial), informação e comunicação (estudos epidemiológicos, coleta, processamento, análise e disseminação), situação de saúde (doenças transmissíveis, doenças e agravos não transmissíveis, saúde ambiental e saúde do trabalhador). Com o desenvolvimento desse painel, somado à estrutura física e organizacional adequadas, articuladas a recursos humanos capacitados e em quantidade adequada, com suporte a ações como recursos financeiros suficientes, espera-se que a gestão consiga promover o aprimoramento institucional, um maior apoio aos municípios, o fortalecimento da gestão estadual e as ações intersetoriais para qualificar a prevenção e o controle de agravos à saúde. Foi definida a periodicidade trimestral para o monitoramento da VS. O grupo de *experts* relata que o monitoramento deve ser um instrumento de apoio à gestão, devendo orientar a tomada de decisões e permitir que estas possam ser implementadas e continuamente (re) avaliadas. Desse modo, pretende-se atuar em uma perspectiva formativa que facilite o aprendizado pessoal e institucional. As bases para a utilização dos painéis de monitoramento estão ancoradas no envolvimento dos interessados, diálogo permanente, comprometimento, engajamento, responsabilização, transparência e prestação de contas. A utilização de metodologias participativas deve permear todo o processo, desde a elaboração dos instrumentos até a análise e interpretação dos indicadores realizados em conjunto em reuniões/sessões trimestrais de monitoramento. Devem-se mobilizar a equipe e estimular as discussões em torno dos resultados de forma democrática e participativa, aumentando o envolvimento, a sensação de pertencimento e a corresponsabilização dos envolvidos, o que contribui para a qualificação das ações e o fortalecimento da capacidade de gestão da VS.

Conclusão	Além de subsidiar a tomada de decisão, o monitoramento pode ser uma prática reflexiva capaz de promover o aprendizado pessoal e institucional, a melhoria contínua dos processos de gestão, a maior transparência e responsabilização.

Quadro 28. Síntese do estudo primário agrupado na categoria: enfoque metodológico na avaliação em saúde – ID23.

ID: 23	**TÍTULO**	Uso da análise de clusters como ferramenta de apoio à gestão no SUS
Autor (es)		TANAKA, O. Y., DRUMOND, M., CRISTO, E. B., SPEDO, S. M., PINTO, N. R. S.
Periódico/Ano		Saúde e Sociedade, v. 24, n. 1, p. 34-45, 2015.
Base de dados		SCOPUS
Objetivo (s)		Apresentar e discutir o potencial da análise de cluster enquanto uma ferramenta para o monitoramento e avaliação de serviços de saúde.
Método		Estudo quantitativo que utilizou à metodologia de *clustering* e uma abordagem de análise estatística multivariada em serviços de saúde de Assistência Médica Ambulatorial (AMA)do município de São Paulo. O ponto de partida foi a escolha do número de subgrupos desejados (k) e as variáveis de interesse. Na construção dos clusters, foram consideradas: a definição da unidade de análise; a definição das dimensões da realidade ou categorias analíticas para a abordagem dessas unidades; a seleção de indicadores para informar sobre as dimensões definidas e caracterizar seu perfil e desempenho. Utilizaram-se dados secundários disponíveis para a construção e a análise dos *clusters* e das demais variáveis selecionadas, buscando caracterizar sua validade para orientar a tomada de decisão. Para o cálculo da tendência de produção dos serviços, foram considerados dados disponíveis entre 2008 a 2011.
Resultados		A construção dos *clusters* de serviços AMA possibilitou identificar distintos padrões de produção de consultas médicas e de articulação com a rede de serviços de saúde do SUS municipal. Os achados do estudo indicam que essa técnica tem potencialidade para ser utilizada por atores institucionais da gestão do SUS na avaliação e monitoramento de serviços de saúde, em municípios de grande porte ou em regiões de saúde.
Conclusão		A proposta que foi apresentada de construção e utilização de *cluster* nos processos avaliativos do SUS permitiu identificar grupos de serviços AMA com diferentes desempenhos. A utilização dos *clusters* como ferramenta de gestão permite a tomada de decisão racional e direcionada, buscando mais eficiência e efetividade na atenção à saúde prestada. A utilização dos dados secundários possibilita o uso desta ferramenta em distintos contextos dos serviços de saúde.

Quadro 29. Síntese do estudo primário agrupado na categoria: enfoque metodológico na avaliação em saúde – ID24.

ID: 24	**TÍTULO**	Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde
Autor (es)		BERRETTA, I. Q., LACERDA, J. T., CALVO, M. C. M.
Periódico/Ano		Cadernos de Saúde Pública, v. 27, n. 11, p. 2143-2154, 2011.
Base de dados		SCOPUS
Objetivo (s)		Propor um Modelo de Avaliação da Gestão Municipal para o Planejamento em Saúde.
Metodologia		Trata-se de pesquisa metodológica de construção da matriz avaliativa utilizando o referencial teórico de planejamento em saúde delineado pelo PlanejaSUS e o Pacto de Gestão. Os indicadores e medidas foram validados por técnica de consenso e com especialistas em planejamento e avaliação pelo critério da eficácia. Para compor a matriz de avaliação, foram identificados e eleitos indicadores, medidas e parâmetros. O teste de aplicabilidade do modelo utilizou dados secundários de natureza quantitativa e qualitativa, disponibilizados pelo MS e pela Gerência de Planejamento do SUS da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Responderam ao questionário 271 municípios de Santa Catarina, Brasil, considerando o porte populacional. A análise verificou o nível de eficácia da gestão para o planejamento em saúde dos municípios por meio de classificação em relação aos parâmetros de desempenho propostos.
Resultados		O modelo proposto tem a finalidade de permitir a análise de aspectos estruturais e relacionais considerados fundamentais ao bom desempenho da área de planejamento e de responsabilidade do gestor expressos pelas condições de trabalho e de articulação com setores internos e externos à secretaria municipal. Foi composto por duas dimensões avaliativas: (1) garantia dos recursos e (2) garantia das relações, subdivididas em três subdimensões correspondentes à matriz teórica. Na aplicabilidade do modelo realizado em 271 municípios de Santa Catarina foi possível comprovar a viabilidade da utilização dos indicadores propostos, em municípios de diferentes portes populacionais, uma vez que os resultados encontrados não apresentaram variações significativas ou sem justificativa plausível à conjuntura da gestão municipal.
Conclusão		Concluiu-se que o modelo é viável e adequado para avaliar o empenho da gestão municipal para o planejamento em saúde. O modelo desenvolvido mostrou-se adequado para promover a avaliação do desempenho da eficácia da gestão segundo cada indicador ou no conjunto dos mesmos, de maneira integrada, o que evidencia sua capacidade de contribuir para o aprimoramento da gestão.

Quadro 30. Síntese do estudo primário agrupado na categoria: enfoque metodológico na avaliação em saúde – ID25.

ID: 25	**TÍTULO**	Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde
Autor (es)		ONOCKO-CAMPOS, R. T., FURTADO, J. P.
Periódico/Ano		Cadernos de Saúde Pública, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006.
Base de dados		Embase
Objetivo (s)		Discutir possíveis instrumentais metodológicos para a pesquisa avaliativa da rede de CAPS do SUS.
Método		Estudo qualitativo que desenvolveu investigações relativas às novas iniciativas em saúde mental dentro do paradigma construtivista ou naturalista, que considera a existência de múltiplas realidades socialmente construídas e não governadas por leis naturais. Assim, foi possível compreender, analisar e efetivar mudanças na reforma psiquiátrica em curso, simultaneamente. A coleta de dados foi realizada identificando os grupos de interesse (gerentes dos CAPS, trabalhadores da assistência, nível central de administração municipal, usuários e familiares), abordando-os por meio da técnica de grupos focais (uma técnica que permite a obtenção de dados a partir de sessões grupais entre pessoas que compartilham um traço em comum).
Resultados		Criar alternativas à hegemonia do aspecto financeiro na análise de intervenções, minimizar eventuais efeitos perversos aos grupos nelas implicados, considerar a complexidade do serviço e de sua inserção no contexto e compreender melhor os componentes e formas de articulação da ainda novidade representada pelos CAPS parecem ser alguns dos benefícios da instauração de processos avaliativos participativos nesses centros.
Conclusão		Propõe-se: a importância de se resgatar a participação de diversos atores no processo avaliativo, a necessidade de coletar e sistematizar diversos estudos desenvolvidos na academia sobre o tema e a importância de promover um novo território de pesquisa no âmbito das políticas públicas de saúde que possam subsidiar formuladores, gestores e equipes na reformulação de suas práticas.

Quadro 31. Síntese do estudo primário agrupado na categoria: enfoque metodológico na avaliação em saúde – ID26.

ID: 26	**TÍTULO**	Proposta de medidas de avaliação de desempenho para centro de engenharia clínica e bioequipamentos do HCFMRP/USP
Autor (es)		MARQUEZ, P. B., BARROSO, C. C. A., SILVA, A. M., SILVA, T. K. M., REIS, D. A., CARAVELAS, D. T., DALLORA, M. E. L. V.
Periódico/Ano		Medicina (Brasil), v. 48, n. 1, p. 65-76, 2015.
Base de dados		SCOPUS
Objetivo (s)		Propor uma lista de indicadores como forma de avaliação de desempenho para o Centro de Engenharia Clínica e Bioequipamentos (CECB) do HCFMRP/USP.
Método		Estudo metodológico que tem como finalidade propor uma lista de indicadores para avaliar o desempenho do CECB. Para a elaboração da proposta, desenvolveu-se um estudo bibliográfico para definir os indicadores utilizados como medida de desempenho da Engenharia Clínica. A proposta dos indicadores foi também fundamentada em entrevistas realizadas no departamento de Engenharia Clínica e Bioequipamentos do HCFMRP/USP. Adotou-se o *Balanced Scorecard* (BSC), em suas perspectivas financeira, de clientes, de processos internos e de aprendizado e crescimento, como mapa estruturante dos indicadores. Posteriormente, foram realizadas discussões com os autores envolvidos. Neste momento, os autores investigaram e debateram sobre as sugestões levantadas e buscaram um consenso para a escolha e proposta final.
Resultados		Foram propostos dezesseis indicadores nas quatro perspectivas do BSC: Financeiros - Tempo entre paradas de Equipamento, Custo de um leito parado, Custo de Equipamento parado; Clientes - Custo da área do CECB em relação ao custo total do HCFMRP/USP, Tempo de atendimento de Ordem de Serviço (OS), Tempo de atendimento de OS por status da OS, Efetividade do serviço prestado, Quantidade de OS com retorno de abertura x Quantidade de OS aberta; Processos Internos - Indicador de motivos de abertura das OS, Horas produtivas x Horas disponíveis, Porcentagem de conclusão do Programa de Manutenção Preventiva, Tempo médio entre falhas; Aprendizado e crescimento - Taxa de treinamento/capacitação da equipe do CECB, Número de ordens de serviço por Departamento, Taxa de pessoal capacitado (certificado) por área e tipo de equipamento, Taxa Rotatividade de colaboradores no CECB. A sistematização da relação de interdependência dos indicadores propostos foi baseada na ficha de cada indicador, apontando a unidade de medida, as fórmulas de cálculo, a periodicidade e os departamentos responsáveis. Como limitação de escopo, houve a impossibilidade de aplicar a proposta de indicadores em função do tempo de pesquisa, que foi de quatro meses. Nesse sentido, foram elaboradas as fichas de indicadores onde é possível verificar a operacionalização.
Conclusão		O BSC permitirá, ao departamento, acompanhar periodicamente, por meio dos indicadores, seu desempenho, definindo metas futuras apoiadas pelo mapa estratégico da organização.

6 DISCUSSÃO

É possível observar como as normativas, programas e ações vinculadas ao MS impactam os serviços de saúde e estimulam ações de avaliação que podem ser fundamentais para o aprimoramento e a qualificação de processos, ações e serviços.

Os 26 estudos incluídos na RI foram agrupados em duas categorias temáticas: Avaliação de Serviços, Programas e Ações de Saúde e Enfoque Metodológico na Avaliação em Saúde.

6.1 AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS, PROGRAMAS E AÇÕES DE SAÚDE

A categoria "Avaliação de Serviços, Programas e Ações de Saúde" agrupa dezenove artigos que trazem aspectos de avaliação de utilização, implantação e/ou objetivos de avaliações referentes a serviços, programas ou ações de intervenção. Destaca-se que, dentre os artigos, sete referem-se a aspectos relativos à atenção hospitalar e doze dizem respeito à atenção básica. Embora não seja um objetivo a análise separada dessas dimensões de atenção, pode-se inferir que a maior quantidade de publicações da atenção básica pode decorrer de aspectos indutivos acerca da avaliação em saúde nessa abordagem de atenção.

No tocante à atenção hospitalar, os artigos referem-se a aspectos de avaliação que permitem estabelecer considerações a respeito de tendências das internações hospitalares e o uso de sistemas de informação para apoio à gestão (GOUVÊA; TRAVASSOS; FERNANDES, 1997; ESCOSTEGUY et al., 2002; SCHRAMM; SZWARCWALD; ESTEVES, 2002; CINTRA et al., 2013).

No estudo de Gouvêa, Travassos e Fernandes (1997) foram avaliadas as tendências na assistência hospitalar no Estado do Rio de Janeiro por meio dos formulários AIH, analisando os dados obtidos. Nestes, observou-se uma melhoria na qualidade dos formulários AIH e o declínio na produção de internações, mais frequente nas faixas etárias de adultos e idosos. Na qualidade da assistência hospitalar, foi possível avaliar eventos sentinelas, o que permitiu observar declínio no número de óbitos evitáveis. Os óbitos maternos permaneceram elevados juntamente com os índices de cesarianas, sendo que a concentração de morbidade ocorreu na assistência materna e nas doenças do aparelho circulatório.

Escosteguy et al. (2002) evidenciaram a pertinência do uso do SIH/SUS para a avaliação da qualidade da assistência ao infarto agudo do miocárdio, por meio dos formulários AIH no município do Rio de Janeiro, e considerou que a qualidade do diagnóstico nos formulários foi satisfatória. De modo geral, a precisão das variáveis demográficas (sexo, faixa etária), de processo (uso de procedimentos e intervenções) e de resultado (óbito, motivo da saída) da AIH também se mostrou satisfatória. Assim, constatou-se que o SIH/SUS é um instrumento capaz de avaliar a qualidade da assistência ao infarto agudo do miocárdio.

Em Schramm, Szwarcwald e Esteves (2002), foram analisadas as taxas de mortalidade neonatal precoce e natimortalidade por meio de um conjunto de indicadores da atenção obstétrica no SUS, no Estado do Rio de Janeiro, a partir do SIH/SUS. Constatou-se que todas as unidades avaliadas neste estudo apresentaram resultados ruins para a assistência, além de demonstrar ausência de referenciamento e hierarquização da rede. As informações encontradas são úteis para fornecer elementos de planejamento e alocação de recursos a locais que necessitam de vigilância dos serviços.

O estudo de Cintra et al. (2013), desenvolvido no hospital universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, em Mato Grosso do Sul, teve como objetivo reunir indicadores para auxiliar o processo de tomada de decisão em hospitais públicos. O SIH/SUS tem uma característica mais previsível de indicadores de faturamento, permitindo, assim, o controle e a avaliação de maneira mais simples. Durante a avaliação proposta pelo estudo, constatou-se que, até julho de 2007, só existiam dois relatórios em uso: o de produção médica e o de procedimentos ambulatoriais, os quais demonstravam as consultas gerais por especialidade. A partir de setembro de 2007, adotaram-se relatórios de acompanhamento: das taxas de ocupação hospitalar e de ociosidade; da produção das internações por especialidade, considerando a quantidade de valor geral; da produção média mensal; da permanência média das internações e do relatório geral da produção ambulatorial. Foi possível reorganizar os indicadores e estruturar o modelo de relatório que permite comparações de maneira facilitada, desenvolvendo a racionalidade administrativa.

Os avanços na área da informática vieram a permitir a criação de bancos de dados com finalidades administrativas, os quais, de maneira inicial, continham apenas notas de reembolso que posteriormente se expandiram e passaram a incluir

informações clínicas, possibilitando avaliações dos cuidados prestados aos pacientes (GOUVÊA; TRAVASSOS; FERNANDES, 1997).

O SIH/SUS é um exemplo de banco de dados, criado para fins administrativos, que processa registros contidos nos formulários de AIH (GOUVÊA; TRAVASSOS; FERNANDES, 1997; ESCOSTEGUY et al., 2002). O SIH/SUS é apoiado na estimativa de custos médios aplicados a uma determinada unidade, tendo base de cálculo pré-definida, relacionando pacientes que apresentam características homogêneas (variáveis demográficas, sociais e clínicas). Esta caracterização vem tornar o sistema mais previsível no quesito financiamento, possibilitando maior controle sobre o faturamento hospitalar (CINTRA et al., 2013).

Os formulários AIH vêm sendo utilizados em estudos de variação do uso de recursos hospitalares, morbidade e mortalidade hospitalar (ESCOSTEGUY et al., 2002). Nesse sentido, a utilização destes dados hospitalares mostra-se uma valiosa ferramenta para identificar ações para a melhoria da assistência (SCHRAMM; SZWARCWALD; ESTEVES, 2002).

Gouvêa, Travassos e Fernandes (1997); Escosteguy et al. (2002); Schramm; Szwarcwald e Esteves (2002) e Cintra et al. (2013) abordaram o uso do banco de dados SIH/SUS para avaliar a produção dos serviços, a qualidade dos dados, os resultados, a utilização dos relatórios para tomada de decisões e, também, a qualidade da assistência ao infarto agudo do miocárdio e da atenção obstétrica. Isso evidencia que o SIH/SUS possui potencialidade para o monitoramento dos serviços hospitalares e também subsídios para orientar ações e reformulações de políticas. Porém, os quatro estudos apresentam lacunas, constatam que o SIH/SUS carece de integração e compatibilização dos dados, impedindo o cruzamento das informações entre as diversas bases de dados de saúde existentes, e esta fragmentação torna os dados desconexos.

Interessante destacar a potencialidade do uso de sistemas de informação oficiais e/ou bancos de dados secundários como recurso para a fonte de dados que permitam analisar variáveis de interesse articuladas à avaliação de programas, serviços e ações de saúde. Tal constatação pode, inclusive, ser um fator facilitador da incorporação do uso da avaliação como instrumento de gestão, uma vez que esses sistemas de informação oficiais e/ou bancos de dados secundários já estão disponíveis, em diferentes níveis de gestão, não implicam gastos para a coleta de

dados, mas requerem a sistematização de ações/intervenções que serão priorizadas para a análise, a depender do objetivo da avaliação.

Os estudos de Azevedo et al. (2017); Bussotti et al. (2013) e Oliveira et al., (2012) enfocaram a avaliação de ações na organização da gestão para qualificar a assistência.

Azevedo et al. (2017) buscaram analisar os processos de mudanças organizacionais que refletiram na gestão do cuidado, destacando que a capacitação de toda a equipe para trabalhar com indicadores, protocolos e planos de ação foi essencial para a discussão de problemas e a busca por ações de resolução. Nesse sentido, reforçam a relevância do uso de ferramentas racionalizadoras para tornar a gestão mais dinâmica.

A temática da gestão relacionada à excelência e qualidade do cuidado nos hospitais vem assumindo um papel cada vez mais importante para os gestores, profissionais e usuários. Em virtude disso, as ações de adoção de diretrizes e protocolos clínicos, de acreditação hospitalar e de definição de padrões vêm se intensificando na busca por maior segurança e qualidade para os usuários (AZEVEDO et al., 2017). Estas iniciativas têm refletido mudanças de cultura organizacional dentro dos hospitais, pois o processo de acreditação requer, dos gestores, o envolvimento de todos os autores incluídos, desenvolvendo ações colaborativas para o alcance de mudanças propostas.

Bussotti et al. (2013) enfocaram a avaliação de padrões de qualidade em saúde em 13 unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica da rede pública após o PROADI-SUS. O estudo foi desenvolvido em três fases: a primeira com uma avaliação diagnóstica; a segunda fase com um programa educacional e a terceira fase com uma reavaliação pós-programa educacional. Puderam-se observar, após a aplicação do programa educacional, melhorias nas conformidades avaliadas no estudo.

O estudo de Oliveira et al. (2012) avaliaram o grau de implantação IHAC no município do Rio de Janeiro, levando em consideração a prática do AM e a satisfação da clientela. Foi constatado que a implantação dos dez passos para o sucesso do AM variou de nove a cinco passos cumpridos nos hospitais que têm a IHAC; já nos hospitais que não possuem a iniciativa, a variação ficou de cinco a um passo, demonstrando uma relação de interdependência entre o grau de implantação e os passos cumpridos pelos hospitais. Pôde-se observar também a existência de uma prática sistematizada de avaliação do IHAC, em um período inferior a três anos. O

estudo apresenta a proposta da WHO/UNICEF de incorporar a autoavaliação anual, por permitir um papel mais ativo de corresponsabilização da equipe inserida nos serviços.

O uso de ferramentas que racionalizam o processo do cuidar e, ao mesmo tempo, favorecem ações para melhoria da qualidade, é fundamental. O SIH/SUS tem potencial para direcionar estas ações, entretanto, segundo Azevedo et al. (2017), os envolvidos no processo precisam estar capacitados para o uso dessas ferramentas, para que o monitoramento seja institucionalizado e a avaliação aconteça.

A qualidade da assistência e a segurança do paciente são foco dos gestores, despertam a atenção dos usuários e destaca-se que os serviços de alta complexidade possuem características que elevam as chances de erros. Nesse sentido, o monitoramento de indicadores que caracterizem boas práticas clínicas é essencial (BUSSOTTI et al., 2013). Entretanto, a cultura da qualidade não é sólida nas instituições de saúde no Brasil, seja por desconhecimento, falta de qualificação ou problemas estruturais.

O PROADI-SUS tem como objetivo contribuir para o fortalecimento do SUS e, com ele, surgem as possibilidades de os hospitais de excelência contribuírem com o SUS para além da prestação de serviços de assistência. Neste contexto, surge o Programa de Intercâmbio Institucional, dos hospitais de excelência e de competências técnicas na área assistencial aos pacientes críticos (BUSSOTTI et al., 2013). Este programa contribuiu para o alcance dos resultados e refletiu em melhoria de qualidade assistencial, atendendo aos princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS.

Outro programa/política que visa à melhoria de qualidade assistencial é a “Política Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno”, lançada em 1981. No ano de 1989, a *World Health Organization* (WHO) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) difundiram a “Declaração Conjunta sobre o Papel dos Serviços de Saúde e Maternidades”, a qual culminou na criação da IHAC, que estimula os serviços obstétricos para a adoção dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (OLIVEIRA et al., 2012), os quais afetam diretamente a qualidade assistencial dos serviços obstétricos.

A avaliação pode ser usada, como nesses estudos, como forma de mensurar a implantação e os resultados obtidos com a implantação/incorporação de programas ou políticas de incentivo de melhoria da qualidade assistencial. A avaliação favorece

determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada ou interrompida. Nesse sentido, fica evidente o papel da avaliação para a tomada de decisão e subsídio ao processo de gestão.

As publicações que contemplam a avaliação na Atenção Básica referem-se a aspectos que permitem estabelecer considerações a respeito do uso de instrumentos de avaliação que auxiliam a gestão da Estratégia Saúde da Família (TOMASI et al., 2003; ABREU; CÉSAR; FRANÇA, 2007; SILVA; CALDEIRA, 2010; FIGUEIREDO et al., 2010), avaliação de ofertas de serviço à saúde (COSTA; GUILHEM; WALTER, 2005; PONTE et al., 2007; MINAYO et al., 2015) e ações para o planejamento da gestão (MENDES et al., 2015; PINHEIRO et al., 2016; MAGNAGO et al., 2017; VILELA, SANTOS; KEMP, 2017; CARVALHO; SHIMIZU, 2017).

A consolidação do SUS desafia profissionais e gestores na condução e aperfeiçoamento do sistema, sendo um modelo que tem ênfase na integralidade das ações. O crescimento da importância política e econômica da atenção à saúde ocasionou uma expansão dos serviços de saúde e de novas tecnologias para o desenvolvimento assistencial, tendo o Programa de Saúde da Família (PSF) como um exemplo disso (TOMASI et al., 2003).

O estudo de Tomasi et al. (2003) relataram o uso do aplicativo *Pacotaps - Epidemiologia Aplicada aos Serviços de Saúde* em duas unidades básica de saúde. O *Pacotaps* é um instrumento cujo o objetivo é fornecer, aos gestores, informações sobre as características populacionais de acordo com as referências de demanda. No estudo, foi possível identificar a distribuição etária e o sexo de todos os usuários das unidades, além dos principais diagnósticos e encaminhamentos. Porém, o estudo constatou que existe carência de registros dos atendimentos. Apesar disso, o uso do instrumento demonstrou ser útil e de fácil operação, podendo contribuir para a avaliação da gestão das unidades.

O sistema de saúde brasileiro traz como objetivos modificar as relações de desigualdades na oferta de serviços de saúde para a sua população (ABREU; CÉSAR; FRANÇA; 2017).

Nessa perspectiva, o estudo proposto por Abreu, César e França (2007) buscaram identificar as mudanças ocorridas após a implementação do SUS para a saúde da população brasileira, pois, com a ampliação do acesso, é esperada uma redução nas causas de mortes evitáveis. Dessa forma, avaliou-se o período de 1983 a 2002, em 177 municípios brasileiros, por meio dos dados coletados do SIM/SUS,

que permitiu observar que ocorreu um declínio da mortalidade por causas evitáveis relacionado com a melhoria do acesso impulsionada pela reorganização do Sistema de Saúde. Esta avaliação permitiu observar os principais diagnósticos e variáveis que estão relacionados com as mortes evitáveis.

Este tipo de avaliação fornece um indicador sensível para acompanhar os efeitos das políticas de saúde, o que deve ser preconizado ou aprimorado diante da atenção à saúde ofertada à população. Assim, este olhar permite uma análise ampliada da organização do sistema de saúde e de oferta de assistência à saúde, favorecendo o planejamento de saúde.

O estudo de Silva e Caldeira (2010) buscaram verificar a adequação das equipes de saúde da família aos padrões de qualidade estabelecidos pelo MS, correlacionando-os com ações de atenção à saúde. Para isso, utilizou o instrumento do AMQ, avaliando 43 equipes, sendo que 129 profissionais responderam ao instrumento. Pôde-se constatar que nenhuma das equipes atingiu pontuação máxima em todos os eixos da avaliação, sendo que o escores mais baixos foram referentes à participação comunitária, controle social e saúde do adolescente. Observou-se que o acolhimento, humanização, promoção de saúde e organização do trabalho estão estatisticamente associados à saúde da criança e do idoso.

Já o estudo de Figueiredo et al. (2010) analisaram o processo de trabalho dos gestores municipais da ESF. O estudo, realizado em 12 municípios do Rio Grande do Sul, constatou que o trabalho de gestão realiza poucas ações devido à peculiaridade da organização da ESF, pois a comunicação entre os gestores, trabalhadores e população assume um processo de articulação e negociação. Desta forma, o trabalho da gestão é subsidiado pelas necessidades identificadas pelos trabalhadores e usuários. O monitoramento e a avaliação foram pouco frequentes no processo de trabalho da própria gestão, sendo por meio da utilização do AMQ, que ainda está em fase de implementação, ou por meio da identificação de falhas relatadas pela comunidade. Estes relatos são coletados por meio de conversas com a equipe, principalmente com agentes comunitários, demonstrando que o diálogo pode ser um meio de realizar monitoramento e avaliações das ações de saúde e satisfação dos usuários.

A criação do PSF decorre de uma reestruturação da assistência (SILVA; CALDEIRA, 2010; FIGUEIREDO et al., 2010). Tem contribuído para a melhoria dos indicadores de saúde no país. No entanto, não é possível afirmar que sua

implementação resultou em uma ação efetiva de reestruturação do modelo assistencial e nem os alcances e limites da estratégia. O MS, em 2005, propôs uma avaliação formativa específica para a ESF focada na autoavaliação com padrões de referência para organizar os serviços. Com isso, a proposta de AMQ não se constitui em uma avaliação final e, sim, em uma ação orientadora para melhorar a qualidade dos serviços. O instrumento que o MS propõe é composto por duas unidades de análise, uma focada na gestão e outra na equipe, com o objetivo final de incentivar a avaliação e a melhoria da qualidade (SILVA; CALDEIRA, 2010).

A avaliação de programas, serviços e tecnologias está sendo identificada como geradora de instrumentos para a tomada de decisões nos serviços de saúde. O desafio de avaliar concentra-se na gestão municipal, pois é nesta que as políticas se concretizam e necessitam, também, de aprimoramento. Os desafios ainda esbarram no desconhecimento do perfil sociodemográfico das populações nas áreas de abrangência dos serviços de saúde, o que dificulta as avaliações (TOMASI et al., 2003).

Os estudos de Tomasi et al. (2003); Abreu, César e França (2007); Silva e Caldeira (2010) e Figueiredo et al. (2010) contemplaram as questões sociodemográficas e de participação social como um fator crucial na Estratégia Saúde da Família, uma vez que ela está atrelada ao processo de melhoria da qualidade da assistência e, consequentemente, se relaciona ao monitoramento de avaliação. Em relação ao monitoramento e à avaliação, os estudos destacam o processo de implantação destas atividades, evidenciando a importância da participação dos diversos atores no processo avaliativo para tornar a atenção básica mais ajustada às necessidades da população.

Na atenção básica, a oferta de serviço deve ser avaliada levando em consideração as especificidades da população, tais como a saúde do idoso, mulher, homem, adolescente e criança, pois existem peculiaridades na atenção a cada um. Avaliar a oferta dessas ações permite a identificação de necessidades de melhorias no atendimento.

As informações de oferta de serviços à saúde das mulheres nos municípios permitem o direcionamento das ações de gestão. Para Costa, Guilhem e Walter (2005), a proposta de analisar o atendimento ao pré-natal em unidade de saúde permite subsidiar estudos avaliativos. Realizado em 627 municípios brasileiros, constatou que os municípios com prioridade no atendimento de pré-natal não chegam

a 46% e, dos municípios cuja prioridade é esse atendimento, apenas 6,4% garantem vaga na maternidade, podendo-se verificar lacunas de oferta e de qualidade da assistência ao pré-natal. A municipalização ampliou esta oferta, mas os estudos demonstram a necessidade de avaliar as ações voltadas para a capacidade produtiva do SUS como, também, as desigualdades sociais entre os diferentes municípios.

Em 2003, foi iniciado o ProAR, na Bahia, com o intuito de ofertar assistência médica, de maneira integral, ao paciente com asma grave, englobando iniciativas multidisciplinares, ofertando medicação de maneira gratuita, atendimento médico, psicológico e educação em asma. Com o objetivo de quantificar a redução do consumo de recursos de saúde pelos pacientes admitidos no ProAR, foi desenvolvido estudo realizado com 269 pacientes admitidos no programa. Assim, constatou-se que os atendimentos realizados no ProAR refletiram uma redução significativa no uso dos recursos de saúde, pois ocorreu um controle das exacerbações da doença nos pacientes (PONTE et al., 2007).

Minayo et al. (2015) apresentaram as lições aprendidas com a avaliação e o monitoramento de 18 centros de atenção e prevenção à violência contra a pessoa idosa. Trata-se de estudo realizado de 2007 a 2009 que acompanhou a implantação, implementação e os resultados das ações. O mesmo constatou que a taxa de resolutividade só foi alta em 38,9% das unidades, os encaminhamentos foram relatados como maior dificuldade pelos profissionais e idosos que possuíam algum tipo de dependência física, mental e social, que necessitavam de resposta imediata, foram os que encontraram maior dificuldade para ser atendidos. Foi identificado que um fator dificultador é a falta de recursos financeiros para a realização das atividades previstas pelos centros de atenção. Já algo que facilitou o processo foi a incorporação de rotinas, uma linguagem comum entre os envolvidos e a integração das pessoas com a proposta de trabalho.

O ato de avaliar os programas ofertados pelo MS permite olhar para estas ações e medir a capacidade da integralidade que estas adquiriram no sistema, como a sua continuidade. A avaliação também vem a permitir mensurar o uso dos recursos da saúde. Assim, o envolvimento dos autores no processo de avaliação torna-o mais eficiente e fidedigno, como um fator que agrega na aprendizagem e beneficia a todos.

Os estudos (MENDES et al., 2015; PINHEIRO et al., 2016; MAGNAGO et al., 2017; VILELA; SANTOS; KEMP, 2017; CARVALHO; SHIMIZU., 2017) que abordaram ações para o planejamento da gestão trazem aspectos relevantes sobre o

dimensionamento e indicadores territoriais, necessidade de qualificação para utilizar instrumentos gerenciais, implantação de mesas de negociação e autoavaliação.

A dimensão territorial tem importância no processo de regionalização da política de saúde, na busca por racionalizar os recursos e ações de saúde de maneira a serem disponíveis a todos os cidadãos, de forma que todas as necessidades sejam atendidas, e deve ser objeto de pactuação entre os entes federativos e os municípios que compõem as regiões de saúde. O estudo de Mendes et al. (2015) apresentaram os resultados do processo de construção de uma gestão regional por meio dos indicadores propostos no COAP, Mapa de Saúde e Pacto da Atenção Básica em regiões do Estado de São Paulo (Baixada Santista, Grande ABC, Vale do Ribeira e Bauru), analisando o fluxo inter e intrarregional. A análise possibilitou a compreensão da diversidade dessas regiões, bem como verificou que os locais com melhores recursos e estrutura não necessariamente possuíam os melhores indicadores, demonstrando a necessidade de olhar as especificidades regionais e conhecer o fluxo entre as regiões, podendo vir a favorecer ações de planejamento.

O estudo de Mendes et al. (2015) demonstraram que os indicadores estão sujeitos às variáveis de cada território. Dessa forma, a compreensão de sua organização é fundamental para a interpretação de dados e para a tomada de decisões em saúde.

Pinheiro et al. (2016) analisaram o uso do SIS no processo de tomada de decisão, na gestão dos municípios do sul da Bahia. Constataram que os gestores ainda não sabem fazer uso do SIS como, também, não têm qualificação para tal, acarretando dificuldades para a implantação do sistema, somadas à carência de computadores e acesso à internet. A utilização do SIS não atingiu o seu potencial e ainda é usado de forma introdutória para os processos decisórios.

O estudo de Magnago et al. (2017) avaliou a implantação das mesas de negociação permanentes e procurou identificar os entraves e avanços decorridos dos processos de negociação no âmbito dos Estados e dos municípios brasileiros. Identificaram-se 132 mesas de negociação, das quais apenas 87 estão em funcionamento, sendo que os principais motivos para a não implantação ou manutenção das mesas é a falta de assessoria técnica ou da existência de outras formas de negociação, por exemplo, os sindicatos. As mesas de negociação favorecem o processo de negociação democrático e a pactuação de metas, a construção de planos de cargos, carreira e salários. Dessa forma, o campo da saúde

necessita que os processos de decisões ocorram de maneira dialogada e as mesas de negociação são um caminho.

O estudo de Vilela, Santos e Kemp (2017) consideraram o ato avaliativo como um processo formativo, que contempla as opiniões dos atores envolvidos na prática e que se incorpora na gestão do trabalho. Teve como objetivo investigar a autoavaliação como dispositivo de análise das práticas da VS por meio de um questionário adaptado da AMAQ. A autoavaliação mostrou-se importante para a análise das práticas da VS, juntamente com outras práticas já adotadas pelo SUS. Esta avaliação deu espaço para as falas e reflexões dos autores envolvidos e criou possibilidades de mudanças. Em Carvalho e Shimizu (2017), verificaram-se a percepção dos dirigentes estaduais quanto às práticas de monitoramento e avaliação no âmbito da gestão do SUS. Assim, foi identificada a ausência de clareza entre as funções de planejamento, monitoramento, avaliação e auditoria, o que se relaciona com a fragmentação das ações. Em relação aos instrumentos e métodos utilizados na prática, os dirigentes ressaltaram a falta de integração entre os sistemas de informações que vêm a dificultar o manejo dos dados e a produção de informações para a gestão. Concluiu-se que existe uma necessidade de qualificar os profissionais para a gestão, pois esta ainda é conduzida de forma armadora, ao mesmo tempo em existe a necessidade de institucionalizar a avaliação como prática.

Os estudos avaliativos de Mendes et al. (2015); Pinheiro et al. (2016); Magnago et al. (2017); Vilela, Santos e Kemp (2017); e Carvalho e Shimizu (2017) demonstraram que as práticas de gestão ainda necessitam ser aprimoradas e os gestores, qualificados para estas práticas, como também para o uso de instrumentos que facilitem as tomadas de decisões, demonstrando que ainda é incipiente a quantidade de gestores qualificados para o sistema de saúde.

6.2 ENFOQUE METODOLÓGICO NA AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A categoria "Enfoque Metodológico da Avaliação em Saúde" agrupa sete artigos (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006; BERRETTA; LACERDA; CALVO, 2011; BEZERRA et al., 2012; TAMAKI et al., 2012; COSTA et al., 2013; TANAKA, et al., 2015; MARQUEZ et al., 2015) que trazem propostas e métodos de avaliação, como o uso de grupo focal, matrizes de análise e julgamento, painel de monitoramento

e avaliação, analise *clustering* e surge o BSC, que pode implicar a gestão dos serviços ofertados pelo SUS.

O estudo de Onocko-Campos e Furtado (2006) discutiu possíveis instrumentos para realizar pesquisa avaliativa na rede CAPS do SUS. Propõe compreender a realidade inserida do CAPS por meio de um grupo focal. O grupo focal vem sendo utilizado de maneira ampla nas áreas da saúde para captar dados ou realizar avaliações de programas e serviços.

A técnica de grupo focal obtém os dados por meio de grupos com pessoas que compartilham algum traço comum, permitindo, assim, uma coleta de informações sobre algum determinado tema, possibilitando entender o que os participantes pensam e o porquê, além de permitir observar a interação entre os componentes do grupo e os seus diferentes graus de consensos ou discordâncias existentes. Assim, Onocko-Campos e Furtado (2006) ressaltaram a importância de resgatar a participação de diversos atores, demonstrando a relevância dos processos de avaliação participativa para subsidiar os gestores e a equipe a reformular suas práticas.

A gestão participativa faz parte de um novo ciclo democrático que o SUS aponta como um fator estratégico que interage com a descentralização, regionalização e com a mudança cultural de gestão. Entende-se gestão participativa por uma estratégia que agrega e vem a legitimar as ações de governo, assegurando a escuta das necessidades por meio dos usuários. Assim, seu principal desafio relaciona-se com o fortalecimento do controle social (BEZERRA et al., 2012).

O gestor é o responsável pela organização do setor da saúde, pensando em estrutura e funcionamento, sendo que o planejamento se torna de grande importância. É fundamental a elaboração de instrumentos que venham a facilitar este processo.

A matriz de análise e julgamento utilizada por Berretta, Lacerda e Calvo (2011) e Bezerra et al. (2012) é apenas umas das possibilidades metodológicas em um processo avaliativo, mais é um dos produtos recomendados em estudos de avaliabilidade.

Berretta, Lacerda e Calvo (2011) propuseram um modelo de avaliação da gestão municipal por meio dos documentos que fundamentaram a construção teórica da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (ParticipaSUS) e do Pacto de Gestão, com indicadores selecionados com técnica de consenso por especialista da área. Assim, foi construída uma matriz avaliativa composta de indicadores de

medidas e parâmetros que permitem, aos gestores, estabelecer correlações. Já o estudo de Bezerra et al. (2012) apresentaram os resultados de uma pré-avaliação da Política Nacional de Gestão Estratégica de Participativa do SUS (ParticipaSUS) no âmbito da gestão federal. A avaliação dos documentos normativos do ParticipaSUS norteou a construção do modelo lógico de política e de matriz de análise. A matriz relaciona a avaliação baseada em padrões de estrutura e processos.

Nos estudos de Tamaki et al. (2012) e Costa et al. (2013) utilizaram a metodologia de painel de monitoramento e avaliação, que leva em consideração estrutura ou insumos, demanda, processos e resultado.

A disponibilidade de instrumentos de monitoramento como o painel não vem a garantir o seu uso e nem que seus resultados sejam utilizados, uma vez que seu uso precisa ser facilitado, interagindo como processos e procedimentos organizacionais (COSTA et al., 2013).

Tamaki et al. (2012) apresentaram a proposta de desenvolver a construção de um painel de monitoramento e avaliação da gestão do SUS, por meio de reuniões com grupos técnicos, definindo dimensões e indicadores referentes à demanda, insumos, processos e resultados. Definiram-se os indicadores de proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal, razão dos números de consultas por urgência por habitante, proporção de recursos aplicados na saúde, proporção de transferências para a saúde em relação ao gasto total da esfera, gasto público em saúde *per capita*, razão do número de médico por habitante, proporção de trabalhadores com vínculos públicos, existência de plano de cargos, carreiras e salários, índice de alimentação regular do cadastro nacional de estabelecimento de saúde, existência de ouvidoria implantada, proporção de relatórios anuais de gestão apreciados no conselho de saúde, realização de conferência de saúde, razão de consultas médicas básicas por habitante, razão de tomografias computadorizadas por habitante, proporção de mortalidade por causas mal definidas e taxa de internação por condições sensíveis à atenção básica. O olhar para os indicadores do painel pode sinalizar a existência de problemas, gerando a verificação da necessidade de iniciativas e novas informações que permitam a tomada de decisão.

A necessidade de usar indicadores derivados de bases de dados já existentes, que são disponíveis, acessíveis e passíveis de replicação, indica, assim, o potencial dessas bases, dando autonomia aos agentes envolvidos na gestão dos SUS (TAMAKI et al., 2012).

A necessidade de se criarem estratégias para medir o desempenho e melhorar a qualificação, mobilizando equipe técnica e gerencial dos serviços de saúde, vem ao encontro do estudo de Costa et al. (2013) que propôs um instrumento para monitorar o desempenho da VS no âmbito estadual e estratégias para ampliar seu uso. Para a construção, buscou-se o envolvimento de técnicos e gestores que compõem a SEVS/PE e pesquisadores da área de avaliação ou gestão em saúde. Identificaram-se dimensões de recursos humanos, materiais, financeiros, organizacionais, atividades e os resultados esperados. O modelo de instrumento constituiu de cinco componentes de macrogestão e dezessete subcomponentes, definindo a periodicidade trimestral para o monitoramento.

Assim, o monitoramento e a avaliação possuem papel de destaque que permite dotar a gestão de responsabilidade, transparência e qualidade. Assim, o gerenciamento de desempenho envolve o vínculo entre o monitoramento e a avaliação, de maneira que venha a melhora da governança. Os instrumentos de avaliação devem ser um apoio à gestão, orientando a tomada de decisão e permitindo que essas sejam implementadas e continuamente reavaliadas, em uma ação formativa, facilitando o aprendizado pessoal e instrucional. A utilização desses instrumentos é ancorada aos envolvimentos dos interessados, diálogo permanente, transparência e prestação de contas. Assim, as ações participativas devem estar inseridas durante todo o processo de formulação, aplicação e interpretação dos resultados, mobilizando a equipe em discussões em torno dos resultados e da corresponsabilização, em um movimento de fortalecimento da gestão (COSTA et al., 2013).

Tanaka et al. (2015) apresentaram o potencial da análise de *cluster* enquanto ferramenta para o monitoramento e a avaliação de serviços de saúde. Aplicaram a análise de *cluster* em serviços de saúde de pronto atendimento no município de São Paulo, utilizando dados secundários disponíveis para realizar o cálculo da tendência de produção de serviços entre 2008 e 2011, permitindo, assim, identificar padrões e a articulação com redes de serviços, indicando a potencialidade deste instrumento para a gestão em municípios de grande porte ou em regiões de saúde, permitindo, assim, a tomada de decisão em busca de eficiência e efetividade na atenção ofertada, e o emprego de dados secundários vem a possibilitar o uso em distintos contextos dos serviços de saúde.

É importante a identificação de instrumentos ou técnicas avaliativas capazes de ser utilizados em processo de gestão. A técnica de *clustering*, que analisa agrupamentos, é estática e descritiva, o que permite relações significativas em diversos contextos e amplia o alcance da ferramenta como proposta para a tomada de decisão (TANAKA et al., 2015).

A avaliação pode e deve ser aplicada em diversos contextos, como forma de buscar melhoria no todo, ou seja, serviços que realizam monitoramento e avaliação que provocam melhoria no serviço interno. Marquez et al. (2015) adotaram o uso do BSC em suas perspectivas financeiras, de cliente, processos internos e aprendizagem e, dessa maneira, propõem uma lista de indicadores como forma de avaliar o desempenho do centro de engenharia clínica e bioequipamentos do HCFMRP/USP. Por meio de entrevistas com os gestores da área, foram propostos 16 indicadores, sendo eles distribuídos na perspectiva financeira, cliente, processos e aprendizado, possuindo uma relação de interdependência. Os indicadores construídos possibilitam o acompanhamento periódico do desempenho, definindo metas futuras, pois os centros de engenharia e equipamentos inseridos em um hospital acabam por qualificar a assistência médica quando se pensa em nível macro, seja por meio de treinamentos, manutenção periódica nos equipamentos ou criando novas tecnologias ou adequando as já existentes.

Nesse sentido, o BSC é um instrumento que, apesar do seu uso empresarial, traz um conjunto de objetivos organizacionais, medindo, assim, o desempenho operacional, possibilitando o planejamento estratégico, dando a possibilidade de o gestor mensurar não apenas gastos financeiros, mas os resultados, a satisfação do cliente, a eficiência dos processos e o potencial de crescimento e de aprendizado organizacional.

Neste tópico de enfoque metodológico na avaliação, foi possível acompanhar o desenvolvimento e a incorporação de métodos avaliativos, na busca por melhores conjuntos de indicadores, que venham a favorecer o processo de gestão, tornando-a mais objetiva e dando subsídios para a tomada de decisões. Os artigos ressaltaram a importância da avaliação participativa, de diversos atores, a potencialidade de usar indicadores derivados de bases de dados já existentes, o uso de matrizes de análise e julgamento, painel de monitoramento, *clutering*, sendo essas apenas algumas das metodologias que podem ser utilizadas na avaliação, pois, como o BSC é um exemplo de instrumento adaptado para uso em serviços de saúde, demonstrando que

avaliação é um processo dinâmico, seu uso, porém, depende da sua incorporação na gestão, correlacionando as ações avaliativas com a prática.

7 CONDISERAÇÕES FINAIS

Esta RI objetivou analisar o conhecimento científico acerca da avaliação em saúde na gestão do SUS, no período de 1988 a 2017. Dessa forma, foram selecionados 26 artigos que abordam a avaliação como indutora de processos decisórios, sendo os artigos selecionados agrupados em duas categorias: Avaliação de Serviços, Programas e Ações de Saúde (na atenção hospitalar e na atenção básica) e Enfoque Metodológico na Avaliação em Saúde.

A avaliação de políticas, programas e ações de saúde é entendida como instrumento fundamental para a gestão dos serviços de saúde, estando presente nas diretrizes políticas brasileiras. Os estudos agrupados na categoria Avaliação de Serviços, Programas e Ações de Saúde evidenciaram que os sistemas de informações são ferramentas importantes e que ajudam no processo de avaliação, demonstrando um maior investimento na utilização desses sistemas já existentes como, também, o incentivo à alimentação rotineiramente deste instrumento pelos gestores é uma necessidade básica no sistema de saúde, assim como a necessidade de integração dos sistemas de informação, uma vez que os sistemas de informação facilitam a gestão e são bons para gerir recursos humanos e financeiros, garantindo um melhor cuidado aos pacientes. Do mesmo modo, eles necessitam de profissionais capacitados para a sua utilização.

Outro tópico ressaltado na primeira categoria esbarra na falta de conhecimento do território e das demandas da comunidade (diagnóstico situacional), o que vem a prejudicar a avaliação e a assistência.

O envolvimento dos profissionais no processo de trabalho, bem como na avaliação, aparece tanto na primeira categoria quanto na segunda categoria de enfoque metodológico na avaliação, pois a gestão participativa surge como novo ciclo democrático que vem a agregar e a legitimar as ações, assegurando também a escuta dos usuários dos sistemas de saúde.

A falta de recurso financeiro é um dificultador, como a falta de materiais e de estrutura, mas a avaliação pode ajudar a identificar esses pontos que necessitam de investimento.

Assim, os conhecimentos e os resultados produzidos acerca da avaliação de serviços de saúde trazem contribuições para a gestão em saúde à medida que os resultados evidenciam aspectos relevantes, tais como a potencialidade para

monitorizar, planejar, fornecer subsídios para reorientar mudanças dentro dos serviços, racionalizar o cuidar; avaliar o grau implementação e de resultados obtidos de políticas ou programas; direcionar ações, identificar necessidade e, principalmente, tomar decisões.

Na categoria de Enfoque Metodológico na Avaliação em Saúde, surge o processo participativo de gestores, funcionários e especialistas na construção de metodologias avaliativas. Estas, em sua maioria, se embasam na construção de indicadores sensíveis, sendo eles criados ou utilizados de fonte de dados secundários vinculados ao MS, levando em consideração a estrutura/insumos, a demanda, processos e resultados. A disponibilidade desses instrumentos não garante o uso e nem a utilização dos seus resultados. Cria-se, assim, uma interdependência de interação com processos de organizacionais, buscando a compreensão dos autores envolvidos de sua corresponsabilização com o processo avaliativo.

A avaliação, nesta RI, é exaltada como um ato fundamental dentro da gestão de qualquer serviço em diversas complexidades. Na análise dos estudos, evidenciaram-se lacunas, sendo a principal a falta da incorporação da avaliação no cotidiano da gestão dos serviços de saúde, que também está atrelada à falta de recursos estruturais, sendo eles, físicos, de equipamentos, de qualificação para utilizar o sistema operacional e interpretá-lo para a tomada de decisões, ficando evidente o despreparo dos gestores que estão ocupando os cargos nos serviços de saúde. O não conhecimento das potencialidades dos sistemas de informações incide sobre o olhar diferenciado para as regiões de saúde e sua especificidade, que auxiliam no planejamento.

REFERÊNCIAS

ABREU, D. M. X.; CÉSAR, C. C.; FRANÇA, E. B. Relação entre as causas de morte evitáveis por atenção à saúde e a implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Belo Horizonte, v. 21, n. 5, p. 282-291, 2007. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v21n5/03.pdf. Acesso em: 14 mar. 2019.

ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Avaliação em saúde: metodologia participativa e envolvimento de gestores municipais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, p. 01-10, ago. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/ pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006251.pdf. Acesso em: 16 ago. 2016.

ANTUNES, M. N. et al. Avaliação de Projetos em saúde: metassíntese. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 18, n. 1, p. 140-149, 2016. Disponível em: http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/15145/10726. Acesso em: 14 ago. 2017.

AZEVEDO, C. S. et al. Racionalização e Construção de Sentido na Gestão do Cuidado: uma experiência de mudança em um hospital do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1991-2002, jun. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1991.pdf. Acesso em: 25 jan. 2019.

BALDERRAMA, P. **Avaliação regional da rede de atenção aos agravos cardiovasculares.** 2017. 196f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-26092017-212012/pt-br.php. Acesso em: 18 jan. 2019.

BERRETTA, I. Q.; LACERDA, J. T.; CALVO, M. C. M. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 2143-2154, nov. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n11/08.pdf. Acesso em: 21 abr. 2019.

BEZERRA, L. C. A. et al. Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política ParticipaSUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 883-900, abr. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n4/v17n4a11.pdf. Acesso em: 25 dez. 2018.

BOUSQUAT et al. Avaliação da atenção Primária à Saúde. In: TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, A. L. (org.). Avaliação em saúde**: Contribuições para incorporação no cotidiano**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao.pdf. Acesso em: 21 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde:** caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. **Chamada Pública de apoio a eventos técnico-científicos em saúde 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://brasil.evipnet.org/wp-content/uploads/2017/03/Edital-Chamada_eventos-2017.pdf. Acesso em: 23 ago. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS**: NOB-SUS 01/96. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm#11. Acesso em: 04 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 95 de 26 de janeiro de 2001.** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acesso em: 15 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 234, de 07 de fevereiro de 1992.** Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde – NOBSUS 01/92. Brasília: Ministério da Saúde, 1992. Disponível em:< https://www2.camara.leg.br/legin/marg/portar/1992/portaria-234-7-fevereiro-1992-491343-publicacaooriginal-1-ms-snas.html> Acesso em: 19 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 10 mar 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993**. Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde – NOBSUS 01/93. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em: 19 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 258, de 07 de janeiro de 1991.** Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde – NOB SUS 01/91. Brasília: Ministério da Saúde,1991. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20258_07_01_1991.pdf. Acesso em: 19 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Pesquisas estratégicas para o sistema de saúde – PESS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/livro_pesquisas_estrategicas_para_o_-sus.pdf. Acesso em: 07 set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/ bvs/publicacoes/pnass_programa_nacional-_avaliacao_servicos.pdf. Acesso em: 10 ago. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS):** instrumentos de gestão em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_instrumento.pdf. Acesso em: 25 jan. 2019.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2011a. Disponível em: http:/ /www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 07 set. 2016.

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei 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. Brasília: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 18 fev. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Lei complementar Nº 141, 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 nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 19 maio 2019.

BROUSSELLE, A. et al. **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

BUSSOTTI, E. A. et al. Programa Educacional para Unidades de Terapia Intensiva Neonatais e Pediátricas Brasileiras. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 611-631, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462013000300009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 19 maio 2019.

CARVALHO, A. L. B.; SHIMIZU, H. E. A institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação: desafios e perspectivas na visão dos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 60, p. 23-33, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000100023&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 19 maio 2019.

CHAVES, L. D. P. et al. Reflexiones acerca de Sistemas de InformaciónSanitaria, Investigaciónevaluativa y Enfermería. **Enfermería Global**, Murcia, v. 13, p. 34, 2014. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412014000200014&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 15 ago. 2016.

CHAVES, L. D. P.; TANAKA, O. Y. O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, p. 1274-1278, 2012. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500033&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 18 ago. 2016.

CHIANCA, T. K. Resenha. SANTOS, E. M.; CRUZ, M. M. Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle de processos endêmicos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. esp., p. 400-404, mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500400&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 18 fev. 2019.

CINTRA, R. F. et al. A informação do setor de faturamento como suporte à tomada de decisão: um estudo de caso no Hospital Universitário da UFGD. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 3043-3053, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000029&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 19 maio 2019.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; WALTER, M. I. M. T. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 5, p. 768-774, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n5/26297.pdf. Acesso em: 19 maio 2019.

COSTA, J. M. B. S. et al. Monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde: instrumento e estratégias de uso. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1201-1216, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500002 Acesso em: 19 maio 2019.

DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Asessment and Monitoring**: v. 1: the definition of quality and approaches to its assessment. Michigan: Health Administration Press, 1980.

ESCOSTEGUY, C. C. et al. O Sistema de Informações Hospitalares e a assistência ao infarto agudo do miocárdio. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 491-499, 2002. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/rsp/2002.v36n4/491-499/pt/. Acesso em: 19 maio 2019.

FELISBERTO, E. et al. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.6, p. 1079-1095, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000600003&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 11 ago. 2016.

FEUERWERKER, L. C. M. Pensando Avaliação em Políticas e na Gestão em Saúde numa perspectiva Cartográfica - Construção Compartilhada que Favoreça Mudanças. In: TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, A. L. (org.). **Avaliação em saúde:** contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 29.

FIGUEIREDO, P. P. et al. Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 235-259, 2010. Disponível:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acesso em:19 maio 2019.

FLEISCHER, D. N.; CHRISTIE, C. A. Evaluation use: results from a survey of US. American Evaluation Association Members. **American Journal Evaluation**, Baltimore, v. 30, n. 2, p. 158-175, jun. 2009.

GOUVÊA, C. S. D.; TRAVASSOS, C.; FERNANDES, C. Produção de serviços e qualidade da assistência hospitalar no Estado do Rio de Janeiro, Brasil - 1992 a 1995. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 601-617, 1997. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/rsp/1997.v31n6/601-617/.Acesso em: 19 maio 2019.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth Generation Evaluation**. London: Sage Publications, 1989.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à avaliação de programas e sistemas de saúde.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. Disponível em: https://static.scielo.org/scielobooks/3zcft/pdf/hartz-8585676361.pdf. Acesso em: 19 maio 2019.

KHAN, M. A. Evaluation capacity building: an overview of current status, issues and options. **Evaluation**, London, v. 4, n. 3, p. 310-328, jul. 1998. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/13563899822208626. Acesso em: 25 jan. 2019.

MAGALHÃES, R. Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. **Ciência e saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 767-1775, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601767&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 22 ago. 2017.

MAGNAGO, C. et al. Implantação das mesas nacionais de negociação permanente do Sistema Único de Saúde em secretarias estaduais e municipais de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 336-347, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000200336&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 19 maio 2019.

MARQUEZ, P. B. et al. Proposta de medidas de avaliação de desempenho para centro de engenharia clínica e bioequipamentos do HCFMRP-USP. **Medicina (Brasil)**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 65-76, 2015. Disponível em: http://revista.fmrp.usp.br/2015/vol48n1/Simp8-Proposta-de-medidas-de-avaliacao-de-desempenho-para-o-Centro-de-Engenharia-Clinica-e-Bioequipamentos.pdf Acesso em: 19 maio 2019.

MELNYK, B. M. et al. Evaluating and disseminating the impact of an evidence-based intervention: show and tell after the data are gathered and analyzed, it's time to share what you've learned. **American Journal of Nursing**, Philadelphia, v. 111, n. 7, p. 56-59, 2011. Disponível em: https://www.nursingcenter.com/nursingcenter_redesign/media/EBP/AJNseries/Evaluating.pdf. Acesso em: 18 jan. 2019.

MENDES, A. et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, pp. 423-436, 2015. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200423&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 maio 2019.

MINAYO, M. C. S. et al. Lições aprendidas na avaliação de um programa brasileiro de atenção a idosos vítimas de violência. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 52, p. 171-181, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000100171&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 maio 2019.

NICKEL, D. A. et al. Uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde; um estudo de caso no Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 630, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001202619&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 22 ago. 2017.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-59, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000500018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 maio 2016.

OLIVEIRA, M. I. C. et al. Avaliação da implantação da iniciativa hospital amigo da criança no Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 12, n. 3, p. 281-295, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292012000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 maio 2019.

ONOCKO-CAMPOS, R. T., FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 maio 2019.

PATTON, M. Q. **Utilization-focused evaluation**: the new century text. 4. ed. Thousand Oaks: SAGE, 2008.

PENA, A. A. **Boas Práticas de Governança e Sua Aplicabilidade no Sistema Único de Saúde** (SUS). 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão Pública) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de Brasília, Brasília (DF), 2016. Disponível em: http://bdm.unb.br/handle/10483/14307. Acesso em: 15 mar. 2019.

PINHEIRO, A. L. S. et al. Gestão da Saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 3, 2016. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000300305&lng=en&tlng=en. Acesso em: 20 maio 2019.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Nursing Research**: Principles and Methods. 9th. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

PONTE, E. et al. Impacto de um programa para o controle da asma grave na utilização de recursos do Sistema Único de Saúde. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 15-19, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132007000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 maio 2019.

SAMICO, I. et al. **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A Estratégia PICO para construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300023&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 22 jun. 2016.

SCHRAMM, J. M. A.; SZWARCWALD, C. L.; ESTEVES, M. A. P. Assistência obstétrica e risco de internação na rede de hospitais do Estado do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 5, p. 590-597, 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000600008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 maio 2019.

SILVA, J. M.; CALDEIRA, A. P. Modelo assistencial e indicadores de qualidade da assistência: percepção dos profissionais da atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1187-1193, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000600012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 maio 2019.

SILVA, S. A. **Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde na estratégia saúde da família em municípios do sul de Minas Gerais.** 2014. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7141/tde-12122014-111052/pt-br.php. Acesso em: 15 mar. 2019.

SIQUEIRA, M. M.; SANTOS NETO, E. D. Avaliação em saúde: algumas reflexões. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 18, n. 1, p. 4-5, 2016. Disponível em: http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/15124. Acesso em: 11 set. 2016.

TAMAKI, E. et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 839-49, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000400007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 maio 2019.

TANAKA, O. Y. Avaliação em saúde: novos tempos, novas construções. In: TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, A. L. (org.). **Avaliação em saúde**: contribuições para incorporação no cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

TANAKA, O. Y. et al. Uso da análise de clusters como ferramenta de apoio à gestão no SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 34-45, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100034&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 maio 2019.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-8, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232012000400002&-script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 18 ago. 2016.

TOMASI, E. et al. Aplicativo para sistematizar informações no planejamento de ações de saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 800-6, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000600017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 maio 2019.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. 2005. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18072005-095456/pt-br.php. Acesso em: 20 maio 2019.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2014.

VILELA, M. F. G.; SANTOS, D. N.; KEMP, B. Caminhos possíveis para a avaliação das práticas da Vigilância em Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3183-3192, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021003183&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 20 maio 2019.

WALTER, W. **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: Melhoramentos, 2018.

WEISZFLOG, W. **Michaelis**: Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo: Melhoramentos, 2018.

WHITEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Oregon, v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16268861. Acesso em: 18 ago. 2016.

ANEXO

ANEXO A – Instrumento para coleta de dados

Proposta de Instrumento para Coleta de Dados baseado em Ursi (2005).

1- Base de Dados

( ) LILACS ( ) PUBMED ( ) SCOPUS ( ) EMBASE ( ) CINAHL

2- Acesso à pesquisa na íntegra

( ) Publicações eletrônicas da Biblioteca Central da USP Ribeirão Preto

( ) Centro de Recursos e Apoio ao Ensino da EERP/USP.

( ) Acesso online.

(_) Outras_____

3- Procedência da publicação

( ) Nacional ( ) Internacional, País_____

4- Dados referentes à publicação

Título da pesquisa:_____

Autor_____Form

ação do Autor_____

Ano de publicação: _____

Vol._____Nº._____Página Inicial:_____Página Final: _____

País de origem:_____

Periódico:_____

Idioma do artigo completo:_____

ISSN:_____

5- Local de realização da pesquisa:

_____

6-Objetivo(s) da pesquisa:

_____

7- Delineamento metodológico

( ) Abordagem Quantitativa

( ) Abordagem Qualitativa

( ) Outro_____

8- Rigor Metodológico

Clareza a identificação da metodologia aplicada no texto (método, participantes do estudo, critérios de inclusão e exclusão, intervenção e resultados)?_____ Limitações ou Viéses ?

_____

9- Principais resultados

_____

10- Nível de evidência_____

11- Conclusões da pesquisa_____

12- Qual o conhecimento novo resultante da pesquisa?

_____

13- Lacunas _____