
DOSSIER

A avaliação de desempenho como proposta para gestão das equipes do programa brasileiro “Estratégia da Saúde da Família” (ESF).

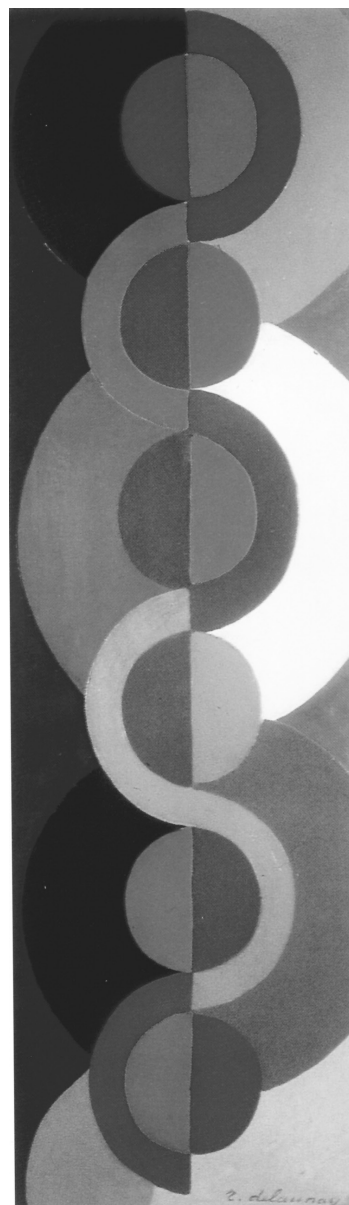
Sandra Rolim-Ensslin

Ademar Dutra

Clarice de Souza-Duarte

Sandro Cezar Bortoluzzi

Vicente Mateo Ripoll-Feliu



A avaliação de desempenho como proposta para gestão das equipes do programa brasileiro “Estratégia da Saúde da Família” (ESF)*

The evaluation of performance as a proposal for the management of teams of the Brazilian program “Family Health Strategy” (FHS)

La evaluación de desempeño como propuesta para gestión de los equipos del programa brasileño “Estrategia de Salud de la Familia” (ESF)

Fecha de recepción: 23-10-13 Fecha de aceptación: 05-03-14
doi:10.11144/Javeriana.RGYPS13-26.adpg

Sandra Rolim-Ensslin**

Ademar Dutra***

Clarice de Souza-Duarte****

Sandro Cezar Bortoluzzi*****

Vicente Mateo Ripoll-Feliu*****

* O presente artigo é resultado de Projeto de Pesquisa financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), executado no período de 07/02/2012 a 06/02/2014 pela UFSC em parceria com a UNISUL. Contrato n. 401425/2011-8. Apresentado no VII Congresso Latino-Americano de Gestão de Contabilidade e IX congresso americano de Administração e Contabilidade, realizado na Universidade de Valencia, Valencia (Espanha), no período de 3 a 5 de julho de 2013. Endereço para correspondência: Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio-Econômico, Campus Universitário. Trindade, Florianópolis - SC, Brasil. CEP: 88040-970.

** Doutora em Engenharia de Produção e Sistemas pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora do Programa de Doutorado em Contabilidade da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, Brasil. E-mail: senssln@gmail.com

*** Doutor em Engenharia de Produção e Sistemas pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professor do Programa de Mestrado em Administração da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). Florianópolis - SC, Brasil. E-mail: ademar.unisul@gmail.com

**** Mestre em Administração pela Universidade do Sul de Santa Catarina. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Tubarão - SC, Brasil. E-mail: clarice.duarte@unisul.br

***** Doutor em Engenharia de Produção e Sistemas pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professor do Curso de Ciências Contábeis da Universidade Tecnológica Federal do Paraná - Pato Branco - PR, Brasil. E-mail: scbortoluzzi@gmail.com

***** Doutor em Contabilidade pela Universidade de Valencia, Espanha. Professor do Programa de Doutorado em Contabilidade da Universidade de Valencia, Espanha. E-mail: vicente.rippoll@uv.es



Resumo

O presente estudo teve por objetivo construir um modelo de Avaliação de Desempenho para as equipes da Estratégia de Saúde da Família de um município brasileiro, utilizando a metodologia Multicritério de Apoio à Decisão Construtivista (MCDA-C) como instrumento de intervenção. Para ilustrar a proposta de gestão da ESF, quatro equipes de um mesmo município do Sul do Brasil foram avaliadas. Entre os principais resultados desta pesquisa de caráter exploratório, citam-se: (i) o modelo construído é composto por sete áreas e 17 indicadores que respondem pelos aspectos que as equipes do programa ESF devem ser avaliadas; (ii) os indicadores construídos respeitam os princípios da Avaliação para a Gestão de Serviços de Saúde; e (iii) a avaliação do desempenho das quatro equipes selecionadas resultou em uma pontuação de 76, 93, 103 e 110 pontos.

Palavras chave: Políticas Públicas; Administração de Serviços de Saúde; Saúde da Família; Avaliação do Impacto na Saúde; Metodologia Multicritério; Indicadores de Serviços

Palavras chave descritores: administração de serviços de saúde; medicina de família e comunidade; impactos na saúde; indicadores de serviços

Abstract

The purpose of the current study is to build a model of Performance Evaluation to the teams of the Family health Strategy program from a Brazilian city, using the Multicriteria of Support of Constructivist Decision methodology (MCDA-C) as an instrument of intervention. In order to illustrate the management proposal of the ESF, four teams from the same city in the south of Brazil were evaluated. Among the main results of this research, which has an explanatory nature, it is mentioned that: (i) The model built is composed of seven areas and 17 indicators that determine the aspects used to evaluate the teams of the ESF program; (ii) the indicators built respect the principles of Evaluation for the Management of Health Care; and (iii) the evaluation of the performance of the four teams selected resulted in the scores 76, 93, 103 and 110 points.

Keywords: public policies; health services administration; family health; health impact assessment; multicriteria methodology; indicators of health services

Keywords plus: health services administration; family practice; impacts of health; indicators of health services

Resumen

El presente estudio tuvo por objetivo construir un modelo de evaluación de desempeño para los equipos de la Estrategia de Salud de la Familia de un municipio brasileño, utilizando la metodología Multicriterio de Apoyo a la Decisión Constructivista (MCDA-C) como instrumento de intervención. Para ilustrar la propuesta de gestión de la ESF, cuatro equipos de un mismo municipio del sur de Brasil fueron evaluados. Entre los principales resultados de esta investigación de carácter exploratorio, se destacan: i) el modelo construido es compuesto por siete áreas y diecisiete indicadores que responden por los aspectos que los equipos del programa ESF deben ser evaluados; (ii) los indicadores construidos respetan los principios de la Evaluación para la Gestión de Servicios de Salud; y (iii) la evaluación del desempeño de los cuatro equipos seleccionados resultó en una puntuación de 76, 93, 103 y 110 puntos.

Palabras clave: administración de los servicios de salud; salud de la familia; evaluación del impacto en la salud; metodología multicriterio; indicadores de servicios

Palabras clave descriptores: administración de servicios de salud; medicina familiar y comunitaria; impactos en la salud; indicadores de servicios

Introdução

As duas últimas décadas constituíram-se em um período de grandes modificações no cenário brasileiro no que se refere às políticas públicas de saúde. Um marco importante desse período foi a criação, em 1988, do Sistema Único de Saúde (SUS), que presta todo serviço público de assistência à saúde no Brasil. Em 1994, o governo brasileiro lançou o Programa de Saúde da Família (PSF) com o propósito de contribuir para a melhoria das ações de saúde desenvolvidas no País, por meio de sua modalidade de atenção diferenciada, em que a família e o contexto onde ela vive são o foco da atenção do serviço de saúde pública (1). No ano de 2006, o Programa de Saúde da Família passou a denominar-se Estratégia da Saúde da Família (ESF).

Dessa forma, a assistência à saúde hoje instituída no Brasil considera a família seu objeto de atenção e é desenvolvida por meio do trabalho multidisciplinar realizado pela equipe que está inserida em uma unidade de saúde. Esta deve ser resolutiva, contando com profissionais capacitados para atender aos problemas de saúde mais comuns, para além das atividades rotineiras de ambulatorio. O trabalho deve estar estruturado em atendimentos que visem prestar uma assistência integral, contínua e de qualidade, desenvolvida por uma equipe multiprofissional que atenda na unidade e também no domicílio, conforme as necessidades apresentadas pela família (2).

Percebe-se que o objetivo do programa ESF e a forma como ele foi concebido conceitualmente atende aos preceitos para um atendimento adequado às famílias brasileiras no que diz respeito à assistência à saúde (3-5). No entanto, o programa recebe críticas em relação a sua eficácia (6-9). Essa conjuntura, aquém do esperado, vem da diversidade de olhares que (i) focalizam interesses, individuais ou corporativos e/ou coletivos e (ii)

consideram questões internas e externas dos serviços de saúde prestados; ou seja, aspectos divergentes e nem sempre convergentes (10). Para auxiliar nesse contexto, a literatura aponta a atividade de gestão dos serviços de saúde como alternativa, e a avaliação de desempenho como meio para apoiar a gestão (10). Todavia, por ser uma iniciativa recente, seu uso ainda é incipiente na gestão de serviços de saúde.

Nesse contexto, o estudo levantou a seguinte questão de pesquisa: Quais critérios devem ser considerados em um modelo de Avaliação de Desempenho para apoiar a gestão das práticas das equipes que atuam no Programa Estratégia de Saúde da Família? Para responder à pergunta de pesquisa elaborou-se o seguinte objetivo geral: construir um modelo de Avaliação de Desempenho para as equipes que atuam no Programa Estratégia de Saúde da Família de um município do Sul do Brasil, fundamentado na metodologia Multicritério de Apoio à Decisão Construtivista (MCDA-C). Para tal, estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos: (i) identificar o perfil de desempenho das equipes que atuam nesse Programa; e (ii) propor ações de melhorias (recomendações) com base nos dados levantados em cada equipe da Estratégia de Saúde da Família pesquisada.

O presente estudo se justifica pela contribuição teórica e prática. É teórica por preencher as lacunas encontradas na literatura no que diz respeito a como construir um modelo de Avaliação de Desempenho de programas governamentais relacionados à gestão da saúde pública que considere as especificidades do contexto (10). A contribuição prática é argumentada tanto pelo oferecimento do instrumento para gestão e do diagnóstico do desempenho das equipes da ESF analisadas, como, na qualidade de proposta teórico-metodológica, para replicar em outros contextos de avaliação para gestão dos serviços de saúde brasileiros ou de qualquer outro país.



Referencial teórico

A discussão brasileira acerca da necessidade de mudança nas políticas de saúde baseada na necessidade de reorientação do modelo assistencial vigente, o qual estava centrado na forma curativa e hospitalocêntrica, foi contemplado na década de 1990. Das opções que se apresentaram, o Programa de Saúde da Família (PSF) ganhou destaque nacional como uma das estratégias prioritárias para a reformulação das práticas no Sistema Único de Saúde (SUS) (11).

Antes da criação do PSF, o Ministério da Saúde havia criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991. As equipes de PSF somente foram criadas em 1994, ampliando-se, dessa forma, a atuação dos agentes comunitários. Delimitou-se, como principal objetivo do PSF, reorganizar a prática da atenção básica à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, buscando aproximar a saúde das famílias no intuito de contribuir com melhorias na qualidade de vida da população. Elemento importante nesse processo é o acolhimento, compreendido como uma ferramenta que embasa a relação entre a equipe de saúde e a população, haja vista a capacidade de solidariedade da equipe com as demandas do usuário que pode resultar numa relação ética e humanizada (12).

A base operacional desse novo sistema é a Unidade de Saúde da Família (USF). A respeito da implantação das USFs, o Ministério da Saúde, no Capítulo II da Portaria n. 648/2006, a qual estabelece os princípios norteadores do PSF, sinaliza o caráter substitutivo desse empreendimento, que não implica a criação de novas estruturas de serviços, exceto em áreas delas desprovidas, e sim a substituição das práticas convencionais de assistência por um novo método de trabalho, centrado na vigilância de saúde, integralidade e hierarquização: a Unidade

faz parte do primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde, denominado atenção básica (13).

As Equipes de Saúde da Família devem realizar o acolhimento da população, a organização da demanda e a escuta ao usuário, buscando romper o modelo centrado no médico por meio da assistência multiprofissional, o compromisso com o problema de saúde da população e a construção do vínculo entre equipe de saúde e usuário. Para seu bom funcionamento, a equipe deve ser organizada com base em um diagnóstico prévio da situação, ou seja, um diagnóstico das necessidades de saúde da população coberta, para que posteriormente seja elaborado um plano estratégico de ação com vistas a buscar resolutividade aos problemas encontrados. Nesse sentido, a equipe deve adotar um sistema de monitoramento contínuo dos resultados (9).

Como principais ações desenvolvidas pela Estratégia de Saúde da Família destacam-se as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma integral e contínua, sendo que os atendimentos podem ser realizados na unidade ou no domicílio pelos profissionais que compõem a equipe. Quanto à composição das equipes, o Ministério da Saúde determina que seja uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (11). O trabalho em equipe define-se com uma modalidade de trabalho coletivo, a qual se configura em uma relação de reciprocidade entre as intervenções técnicas e a interação de seus agentes (12).

No decorrer da implementação da ESF, bem como dos demais programas vinculados ao SUS, alguns sistemas para o gerenciamento de dados foram sendo criados. Esses sistemas, em sua maioria, são conhecidos como sistemas de informação, os quais são compreen-

didos como um processo de produção de informação e devolução dessa produção aos sujeitos envolvidos em sua realização. São também considerados base de dados para a formulação das informações de saúde. Na Portaria Ministerial n. 3, de 1996, o sistema de informação em saúde é concebido como instrumento para o processo de tomada de decisão. Seu gestor maior, na maioria dos sistemas, é o próprio Ministério da Saúde (9).

Um dos sistemas mais utilizados pela ESF é o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), o qual foi implantado em 1998. Nele é possível gerenciar dados referentes à situação socioeconômica, situações mórbidas e situações de risco prioritárias.

A partir de pesquisas na literatura identificaram-se publicações acerca do tema avaliação do desempenho do Programa Estratégia de Saúde da Família, que são apresentadas, a seguir:

(i) Facchini *et al.*⁶ investigaram o desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil, com foco na avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. Foi analisado o desempenho de 41 equipes, utilizando-se o delineamento transversal, com um grupo de comparação externo (atenção básica tradicional).

Rocha *et al.* (14) avaliaram o Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro com ênfase nos velhos e novos desafios. Foram avaliadas as experiências com a implementação do PSF com foco nas induções do PROESF, utilizando-se o método estudo de caso.

(iii) Henrique *et al.* (15) investigaram a avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina (Brasil), com o objetivo de classificar os municípios quanto à

implantação do PSF, enquadrando-os em três categorias de análise (satisfatória, intermediária e insatisfatória), nos períodos de 2001 e 2004, a partir dos indicadores: cobertura, início de mudança no modelo de assistência e impacto.

(iv) Egry *et al.* (8) pesquisaram os instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis a Estratégia de Saúde da Família. Foram identificados os instrumentos mais utilizados pela ESF para reconhecer as necessidades de saúde da população.

(v) Leite (9) avaliou a Estratégia Saúde da Família de municípios de médio porte de Minas Gerais. Foi utilizado um conjunto de indicadores (epidemiológicos, sóciodemográficos e de ofertas de serviços de saúde) selecionados, referentes aos anos de 2000 a 2005.

Percebe-se, de forma geral, que as iniciativas de Avaliação de Desempenho do programa Estratégia de Saúde da Família são diversificadas e genéricas e que não evidenciam de forma específica o desempenho obtido por um município e/ou equipe de ESF.

Ampliando o horizonte da Avaliação de Desempenho do programa de ESF para a Gestão de Serviços de Saúde (GSS) no contexto do apoio à tomada de decisão Tanaka *et al.* (10) argumentam que o processo avaliativo deve ser composto por indicadores que respeitem um conjunto de princípios, quais sejam: utilidade, oportunidade, factibilidade, confiabilidade, objetividade e direcionalidade. Em linhas gerais tais princípios garantem que os processos/modelos avaliativos devem ser compostos por indicadores capazes de apoiar a gestão dos serviços de saúde uma vez que: (i) representam os aspectos importantes (para os responsáveis pela tomada de decisão, para aqueles que implementam as



ações e para a população atendida) que respondem pelo desempenho do contexto; (ii) úteis para subsidiar o processo de avaliação e gestão do desempenho; e, (iii) atendem aos princípios da Teoria de Mensuração. Considerando os princípios dos indicadores e modelos para avaliação da GSS, mais especificamente, do programa de Estratégia de Saúde da Família evidencia-se o conceito que os autores do presente estudo se afiliam. Assim, esta pesquisa adota a Avaliação de Desempenho proposta por Ensslin *et al.* (16) como afiliação teórica que consiste no processo de construir conhecimento no decisor a respeito do contexto específico que se propõe avaliar, a partir da percepção do próprio decisor por meio de atividades que identificam, organizam, mensuram, ordinal e cardinalmente, e sua integração e os meios para visualizar o impacto das ações e seu gerenciamento (17). A partir desta afiliação e dos princípios apontados argumenta-se que existe uma lacuna na literatura e que a proposta aqui apresentada pode contribuir.

Metodologia da pesquisa

Essa seção contempla o Enquadramento Metodológico e os Procedimentos para a Construção do Modelo.

Enquadramento metodológico

O enquadramento metodológico da presente pesquisa, a partir dos ensinamentos de Richardson (18), contempla as seguintes escolhas:

(i) A natureza do objetivo é exploratória, por promover a reflexão e a geração de conhecimento nos decisores –os coordenadores de cada equipe, o coordenador geral da ESF e o secretário municipal de saúde de Jaguaruna– agentes responsáveis pelo Programa ESF, possibilitando que a atividade de gestão frente ao desempenho das equi-

pes que atuam no programa ocorra de forma segura e fundamentada.

(ii) A natureza da pesquisa é na forma de um estudo de caso, devido ao objeto de estudo estar direcionado à avaliação da ESF em quatro unidades de um município selecionado, produzindo-se uma descrição detalhada do desempenho individual e da construção do Plano de ações para apoiar a atividade de gestão.

(iii) A abordagem do problema é qualitativa, sendo que a abordagem qualitativa ocorreu no momento em que foram consideradas as preocupações do secretário municipal de saúde e dos coordenadores locais e gerais, durante a construção do modelo, especialmente nas Fases de Estruturação e Elaboração das Recomendações. Posteriormente, aconteceu a fase quantitativa mediante a transformação das escalas ordinais em cardinais, na construção das taxas de substituição e quando do cálculo da Avaliação de Desempenho global de cada equipe de ESF.

(iv) A coleta de dados envolveu dados primários e secundários com a aplicação das técnicas de entrevista e análise documental. Durante o processo de coleta de dados procedeu-se inicialmente o resgate de informações junto aos gestores *in loco*, nas unidades de saúde selecionadas para o estudo, a qual consistiu na coleta de dados primários, tendo-se neste momento aplicado entrevista semiestruturada. Posteriormente foi realizada coleta de dados em documentos oficiais e sistemas de informações existentes para gerenciamento de informações em saúde, caracterizando-se esta coleta como secundária. Também se fez entrevista com a coordenadora municipal de ESF

e com a secretária municipal de saúde, buscando-se desta forma complementar a coleta de dados, agregando assim informações ao estudo.

A escolha dos decisores representados pelos coordenadores de cada equipe da ESF, pelo coordenador geral da ESF e pelo secretário municipal de saúde de Jaguaruna decorre do instrumento de intervenção (Metodologia MCDA-C), apresentado na seção, a seguir. Por tratar-se de uma metodologia de apoio à decisão construtivista, parte-se da premissa que a avaliação das equipes de ESF é uma responsabilidade inerente aos gestores desse serviço, já que suas preferências, valores e percepções devem ser contempladas no modelo de avaliação.

Procedimentos para construção do modelo

Optou-se por utilizar a MCDA-C como instrumento de intervenção no presente estudo por sua capacidade de auxiliar na identificação, estruturação e análise das dimensões e do conjunto de indicadores de resultado que fundamentaram a performance do Programa selecionado, segundo a percepção dos gestores municipais de saúde e das bases legais que definiram as diretrizes da Estratégia da Saúde da Família. Ademais, além de proporcionar condições para mensurar tais indicadores de resultados, a MCDA-C possibilita a análise local (por indicador) e global do desempenho de cada programa/município.

A MCDA-C visa auxiliar a estruturação (gerar um melhor entendimento) dos problemas complexos com que se deparam todos aqueles que tem de tomar decisões, sejam elas de caráter pessoal, empresarial ou comunitário. Permite ainda que se realize qualquer tipo de avaliação desejada, bem como que se conheça a repercussão de diferentes decisões. Faz isso levando em conta os critérios julgados relevantes pelos decisores, e avaliando cada

ação disponível (ou que venha a ser gerada) (16,17).

Assim, a presente metodologia visa melhorar o entendimento do processo decisório a partir das perspectivas dos decisores e gerar novas alternativas de ações, assim como definir o conjunto de ações que melhor atendam às expectativas dos decisores. A transparência e entendimento promovidos pelo uso da metodologia geram a credibilidade dos resultados fornecidos, favorecendo a implantação daquelas ações apontadas como as mais convenientes.

As premissas dessa Metodologia podem ser sumarizadas como segue: consenso com relação ao fato de que: (i) nos problemas decisórios, existem múltiplos critérios; e (ii) em substituição à noção de melhor solução, propõe-se a busca por uma solução que melhor se enquadre nas necessidades do decisor e no contexto decisional.

Com base nessas premissas, estabeleceram-se outros diferenciais relevantes da MCDA Construtivista. Dentre estes, citam-se: (i) a possibilidade de a MCDA-C abordar diferentes tipos de informações, sejam elas quantitativas, qualitativas, verbais ou não verbais; (ii) a possibilidade de capturar e apresentar, de maneira explícita, os objetivos dos decisores; (iii) a possibilidade de permitir aos decisores refletir sobre seus objetivos, prioridades e preferências; e, (iv) a possibilidade de desenvolver um conjunto de condições e meios para informar as decisões em função do que o decisor considera ser o mais adequado. Atendendo, assim, a afiliação teórica deste estudo e os princípios para avaliação da GSS.

O processo da atividade de apoio à decisão de que a MCDA-C faz uso consiste de três fases, quais sejam: (i) a Fase de Estruturação, (ii) a Fase de Avaliação; e (iii) a Fase de Elaboração de Recomendações, conforme apresentado na Figura 1.



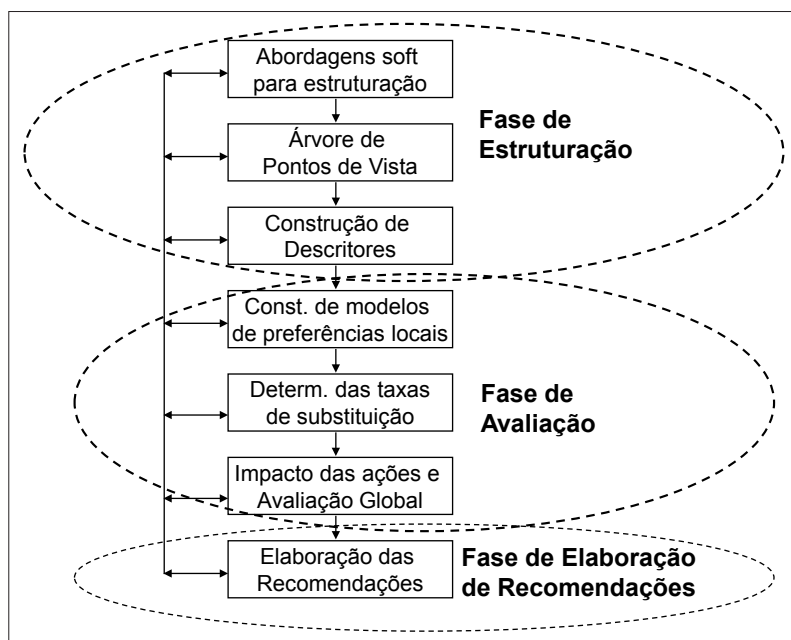


FIGURA 1. FASES DO MODELO DA MCDA-C

Fonte: Adaptado de Ensslin *et al.* (16)

A Fase de Estruturação tem por objetivo gerar conhecimento sobre quais preocupações devem ser consideradas no modelo e como essas serão consideradas, por meio de sua identificação, organização e mensuração ordinal (17,19-21). A Fase de Avaliação tem por objetivo transformar essas preocupações, que o decisor / gestor considera necessárias e suficientes, em um modelo matemático por meio da construção de escalas cardinais e taxas de substituição, de tal forma que representem suas preferências locais e globais, bem como da equação de agregação aditiva (17,19). A Fase de Elaboração de Recomendações tem por objetivo oferecer subsídios ao decisor / gestor para que identifique a consequência de uma decisão nas preocupações/aspectos que compõem o modelo, munindo-o assim de conhecimento suficiente para a seleção e a decisão que mais contribuam para a melhora do desempenho do todo (16,21).

Apresentação e discussão dos resultados

Os resultados serão apresentados considerando a sequência de desenvolvimento da MCDA-C que informa a construção do modelo, conforme Figura 1.

Fase de Estruturação

Considerando que o objetivo da Fase de Estruturação é a construção do conhecimento sobre o contexto, inicia-se este processo com a etapa 'Abordagem *soft* para estruturação' na qual as informações sobre o município, sobre a composição das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a definição dos atores do estudo são apresentadas.

O estudo de caso foi realizado no município de Jaguaruna, localizado na região Sul do Brasil. No que tange à área de saúde, por ser um município pequeno, dispõe de quatro equipes de ESF:

Unidade de Saúde Camacho, Unidade de Saúde de Olho D'Água, Unidade de Saúde Encruzo e Unidade de Saúde Campo Bom. Cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico/auxiliar de enfermagem e por 12 agentes comunitários de saúde, que devem prestar atendimento a uma média de 1.000 famílias. Entre os membros da equipe, um deles é o responsável pela coordenação dos trabalhos desenvolvidos pela equipe. Adicionalmente ao coordenador de cada equipe (coordenador local), existe o coordenador geral da ESF que é o profissional que responde no âmbito do município pela coordenação de todas as equipes de ESF existentes; complementando este grupo, existe o gestor municipal (secretário municipal de saúde), que, na esfera administrativa, é o responsável pela saúde no município. Sendo assim, a esse grupo de gestores é atribuída a tarefa de avaliar o desempenho das equipes de saúde, de tal forma a identificar melhorias nas práticas desenvolvidas por cada uma. Na MCDA-C, esse grupo passa a ser denominado de 'decisores' que terão o poder de interferência no processo de construção do modelo de avaliação, devido ao fato de possuírem mais conhecimento em relação ao objeto de estudo, ou seja, conhecimento relacionado ao desempenho das ESFs do município; os 'facilitadores' do processo de construção do modelo são os autores da presente pesquisa; e os 'agidos' são os demais membros das equipes de ESF e a população atendida por essas equipes. Após o entendimento inicial sobre o contexto das equipes de ESF, buscou-se, em um segundo momento, identificar a motivação para se construir uma ferramenta de Avaliação de Desempenho no campo da saúde, em especial da ESF. Esse trabalho ocorreu por meio de entrevistas com os decisores. Os relatos assinalaram a carência percebida no campo da atividade de apoio à gestão, assim como denunciaram um descontentamento dos profissionais por não perceberem o reconhecimento de seu trabalho de forma mensurável, por um procedimento avaliativo que represente a especificidade da prestação de seus serviços, legitimando assim a

necessidade de construção de um instrumento que avalie o desempenho das equipes para gestão dos serviços de saúde prestados.

Após a realização da etapa 'Abordagem *soft* para estruturação', passa-se à etapa 'Árvore de Pontos de Vista', em que se identificam e se organizam as preocupações que os decisores consideram necessárias e suficientes para responder pela avaliação dos serviços de saúde prestados pelas equipes da ESF. A identificação das preocupações/aspectos que devem compor o modelo (denominadas pela metodologia por Elementos Primários de Avaliação-EPAS) foi realizada por meio de entrevistas (técnica de *brainstorming*), inicialmente individuais e posteriormente coletivas, com os decisores. Por meio desse processo, foram identificados 41 EPAS, entre eles: cobertura, organização do serviço, reuniões da equipe, número de pessoas atendidas, tempo de atuação na unidade, encaminhamentos, grupos terapêuticos. Após a identificação dos EPAS, buscou-se então expandir o entendimento dos decisores por meio da construção de conceitos orientados à ação. Com base em novas entrevistas, foi solicitado aos decisores que comentassem sobre a situação mais desejável (polo presente) e menos desejável (polo oposto), mas ainda aceitável, para cada EPA. Como recorte dos EPAS apresenta-se: (i) o primeiro que refere-se a Cobertura do ESF e tem como polo presente "garantir a cobertura da ESF para toda a população do município" e como polo oposto "garantir a cobertura de no mínimo 30% da população", (ii) o segundo envolve a Organização do serviço, tendo como polo presente "realizar reuniões internas para planejamento das atividades / serviços a serem prestados na semana" e como polo oposto "não realizar reuniões internas de planejamento, apenas comunicar as atividades que deverão ser realizadas no mês".

Nessa fase do processo de construção do modelo de Avaliação de Desempenho, o conhecimento está sendo gerado tanto nos decisores quanto nos facilitadores, pois se inicia o entendimento



de quais são os aspectos que influenciam de forma direta ou indireta no desempenho das equipes da Estratégia de Saúde da Família do município em estudo. Esse conjunto de aspectos é agora agrupado por área de preocupação. Cada área de preocupação é, então, composta por um conjunto de conceitos que possuem afinidade. Nessa atividade de agrupamento, identificou-se que os conceitos estavam relacionados a sete grandes preocupações que passaram a ser denominadas por área, sendo a primeira ligada à ‘cobertura’ da Estratégia no município e sua capacidade de oferecer atendimento à população; a segunda está relacionada à ‘estrutura intelectual’ (quantidade de profissionais por unidade); a terceira relacionada à existência de ‘estrutura física’ adequada para seus

atendimentos; a quarta refere-se à utilização de ‘sistema de informação’ como ferramenta para registro dos dados de atendimentos realizados; a quinta refere-se à ‘integração em serviço’, no que tange às formas de organização interna; a sexta diz respeito ao ‘dispêndio’, ou seja, a oferta de materiais para que as equipes desempenhem seu trabalho, bem como às ações destinadas ao controle desses recursos materiais; e a sétima refere-se a ‘resultado’.

Na sequência, passa-se à decomposição da área de preocupação com o intuito de identificar, conforme a MCDA-C, os Pontos de Vista Fundamentais e Elementares, que até o momento em que o decisor identifique a preocupação / aspecto (PVE) de seja passível de mensuração (Figura 2),

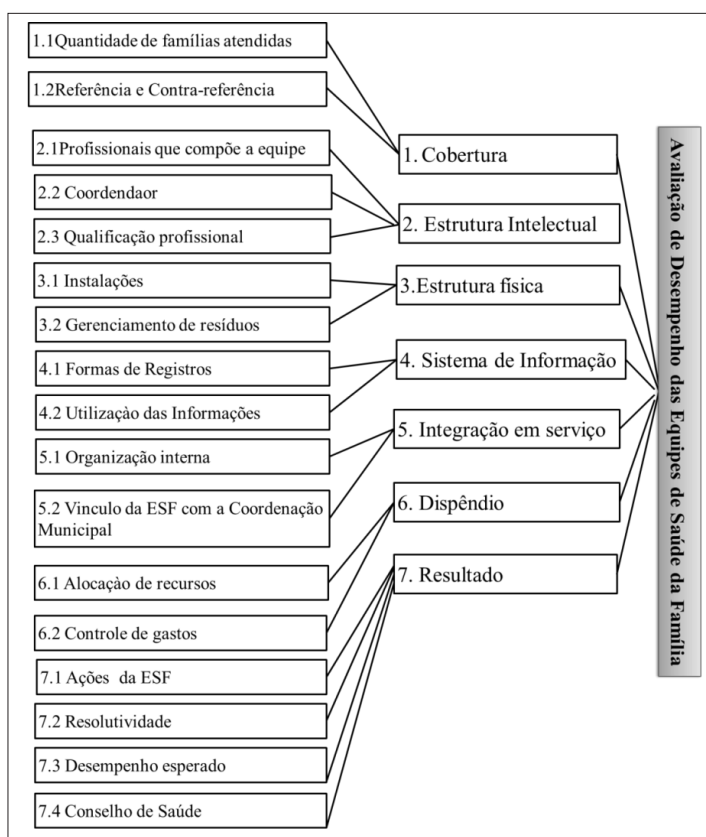


FIGURA 2. ÁRVORE DE PONTOS DE VISTA PARA AVALIAÇÃO DAS EQUIPES DE ESF

Fonte: Elaborado pelos autores

ou seja, uma escala ordinal possa ser construída para representar os possíveis desempenhos para a preocupação em análise.

Neste momento, tem-se a etapa ‘Árvore de Pontos de Vista’ concluída, e os decisores e facilitadores geraram conhecimento sobre quais preocupações devem ser consideradas no modelo. Agora, passa-se à última etapa desta fase: a ‘Construção dos descritores’, na qual será identificado o que será considerado (valores dos decisores) e o que é importante (características) alcançar de desempenho em uma das preocupações do modelo. Para cada preocupação (Ponto de Vista Elementar — PVE) é construída uma escala ordinal, composta por um conjunto de níveis de impacto, ordenados conforme a preferência dos decisores. Assim, cada nível informa as características/possibilidades de ocorrência que uma ação/pessoa/equipe (no presente estudo) deve possuir para ali ser enquadrada. Essas escalas ordinais são denominadas Descritores.

Para concluí-las, dois níveis de referência (Bom e Neutro) devem ser estabelecidos. O nível Bom representa o desempenho acima do qual os decisores julgam que o desempenho da equipe é excelente; o nível Neutro sinaliza a fronteira abaixo da qual o desempenho é comprometedor; e, entre os dois pontos, o desempenho das equipes será considerado competitivo (16,22). O Quadro 1 apresenta os descritores do PVF “1 - Cobertura”.

Conforme se pode visualizar no Quadro 1, as características / possibilidades de ocorrência que compõem os níveis de impacto superiores evidenciam desempenhos mais atrativos, segundo a percepção dos decisores. Salienta-se que, na Fase de Estruturação, os descritores são ordinais, ou seja, o intervalo entre um nível e outro tem o mesmo nível de atratividade. Sendo assim, a próxima fase transformará as informações identificadas e organizadas em um modelo matemático.

QUADRO 1. DESCRITORES DO PVF 1-COBERTURA

Descrição: PVE 1.1: Quantidade de famílias atendidas, PVF Cobertura		
Níveis de impacto	Quantidade de famílias atendidas	Níveis de ancoragem
N4	A ESF atende de 3 a 4 mil pessoas	
N3	A ESF atende de 2 a 3 mil pessoas	BOM
N2	A ESF atende de 1 a 2 mil pessoas	
N1	A ESF atende menos de mil pessoas	NEUTRO
Descrição: PVE 1.2 Referência e Contrarreferência, PVF Cobertura		
Níveis de impacto	Referência e Contrarreferência	Níveis de ancoragem
N5	A ESF encaminha para outros municípios até 10% dos atendimentos.	
N4	A ESF encaminha para outros municípios de 10 a 25% dos atendimentos.	BOM
N3	A ESF encaminha para outros municípios de 25 a 50% dos atendimentos.	
N2	A ESF encaminha para outros municípios de 50 a 75% dos atendimentos.	NEUTRO
N1	A ESF encaminha para outros municípios todos os atendimentos	

Fonte: Elaborado pelos autores

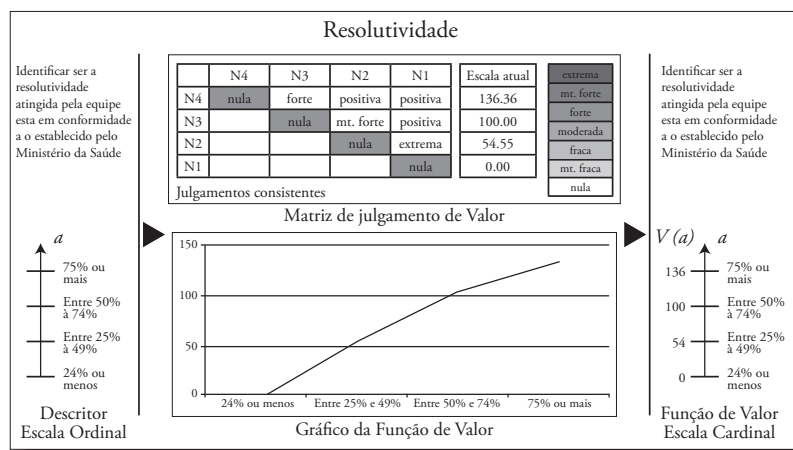


FIGURA 3. FUNÇÃO DE VALOR PARA O PVE 7.2 RESOLUTIVIDADE

Fonte: Elaborado pelos autores

Fase de Avaliação

Considerando que o objetivo da Fase de Avaliação consiste na transformação do modelo qualitativo das percepções dos decisores em modelo quantitativo, inicia-se este processo com a etapa ‘construção de modelos de preferências locais’ em que as escalas ordinais (descritores) são transformadas em escala cardinal.

A ‘construção de modelos de preferências locais’ consiste na construção de funções de valor de cada uma das escalas ordinais (descritores), fazendo uso da identificação da diferença de atratividade entre os níveis dos descritores, segundo o julgamento dos decisores. Para auxiliar o decisor na construção das funções de valor, utilizou-se o *software* Macbeth (*Measuring Attractiveness by Categorical Based Evaluation Technique*) (23), que, por meio de questionamento ao decisor, sobre sua preferência entre desempenho em dois PVES do modelo, apenas, explicita seu julgamento absoluto sobre a diferença de atratividade entre eles, em termos de uma escala semântica com seis níveis (muito fraca, fraca, moderada, forte, muito forte e extrema). Durante o processo de questionamento, que ocorrerá para-a-par, para as possibilidades de desempenho, o facilitador alimenta o *software*

de acordo com as respostas dadas pelos decisores com base nas categorias semânticas. A partir daí, o *software* Macbeth encontra (pela programação linear) a escala cardinal que melhor representa os julgamentos absolutos dos decisores. Com o propósito de tornar as funções de valor comparáveis, o nível Neutro de cada aspecto (PVE) recebe a pontuação zero (0), e o nível Bom a pontuação cem (100). A Figura 3 apresenta a transformação do descritor: PVE 7.2 - Resolutividade (escala ordinal) do PVF 7 - Resultado para escala cardinal (função de valor).

O mesmo processo, conforme ilustrado na Figura 3, foi realizado para os demais descritores estabelecidos do modelo. Nesse momento, temos um indicador construído, no qual é possível saber o que o indicador pretende mensurar, quais características respondem por essa preocupação e quanto matematicamente ela vale para o decisor. Sendo assim, o modelo para avaliar o desempenho das equipes de esf é composto por 17 indicadores. Continuando a construção do modelo matemático, cumpre salientar que agora a avaliação local (em cada descritor – PVE) de cada equipe de esf pode ser mensurada, entretanto a mensuração da Avaliação

de Desempenho (AD) da equipe, de forma global, ainda não é possível ser realizada.

Para possibilitar a AD da(s) equipe(s) faz-se necessário integrar o desempenho local da equipe (indicador). Essa integração é realizada por meio das Taxas de Substituição, que representam a importância relativa de cada indicador no modelo. Para calcular a Taxa de Substituição, primeiro efetua-se a hierarquização das preocupações (indicadores) por meio da Matriz de Robert (24); na sequência, as preocupações são alimentadas no *software* Macbeth, que, valendo-se da lógica apresentada anteriormente, fornece as taxas de substituição dos indicadores do modelo. Por meio desse processo, os decisores legitimaram que a área Resultados é a prioritária, seguida pelas áreas Dispendio, Estrutura Intelectual, Estrutura Física, Cobertura, Sistema de Informação, e Integração em Serviço, respectivamente. As Taxas de Substituição são apresentadas na Figura 4.

Segundo a metodologia MCDA-C, depois de obtidas as Taxas de Substituição o modelo Multicritério de Avaliação de Desempenho está concluído. Entretanto, para se conhecer o desempenho global das equipes da Estratégia de Saúde da Família, é necessário proceder à avaliação global do modelo, por meio da seguinte equação matemática de agregação aditiva:

$$V(a) = \sum_{j=1}^n k_j * v_j[g_j(a)]$$

Onde,

$V(a)$ = Valor global da EQUIPE a

$g_j(.)$ = Descritor do PV j

$g_j(a)$ = Impacto da EQUIPE a no descritor g_j

$V_j(g_j(a))$ = Valor parcial da equipe a no PV j

k_j = Taxa de compensação do PV j

n = nº de indicadores/critérios/aspectos do modelo

A partir de então, delineou-se o perfil de desempenho do *status quo* das quatro equipes e procedeu-se à sua avaliação, conforme se pode visualizar na Figura 4.

Percebe-se na Figura 4 que duas equipes do programa ESF estão com desempenho global no nível de mercado (competitivo), e duas equipes estão com desempenho global no nível de excelência. Adicionalmente, as informações possibilitam aos decisores (os quatro coordenadores das equipes, o coordenador geral da ESF e o secretário de saúde do município de Jaguaruna) identificarem pontualmente em quais aspectos a atuação de gestão deve ser mais efetiva. Essa análise e a geração de conhecimentos e subsídios para decisão ocorrem na próxima fase.

Fase de Recomendações

A Fase de Recomendações objetiva sugerir ações que podem ser desenvolvidas com o intuito de melhorar a performance global, tendo como referência o resultado apresentado na Fase de Avaliação. Para ilustrar o processo de construção de recomendações, escolheu-se a ESF Olho D'Água, equipe que apresentou menor desempenho, ou seja, 76 pontos.

Nesse sentido, foi elaborado um plano contemplando as ações de melhorias com base nos aspectos/PVES cujo desempenho não atendeu às expectativas dos decisores (os quatro coordenadores locais - de cada equipe, o coordenador geral da ESF e o secretário de saúde do município de Jaguaruna). Como em toda construção do modelo, a construção desse plano também se deu junto com os

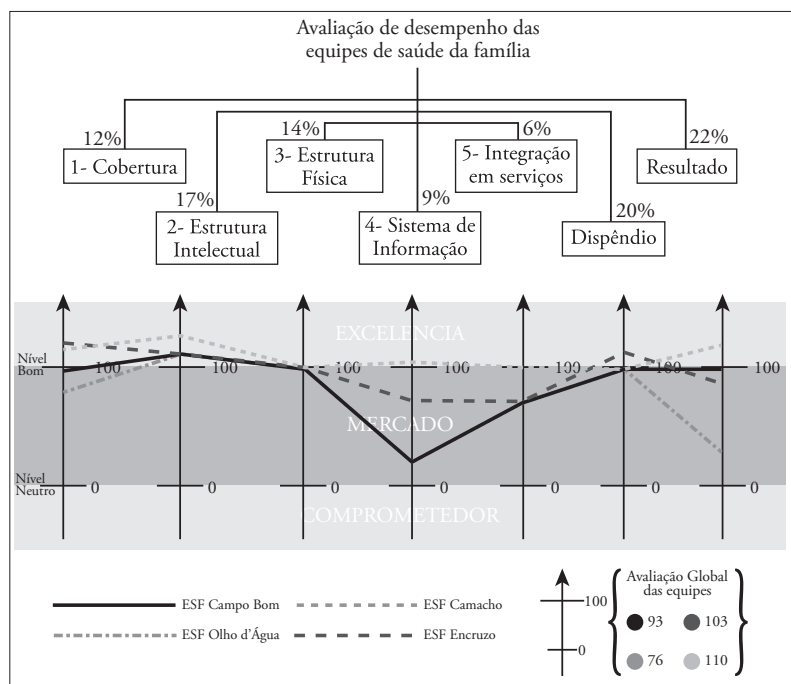


FIGURA 4. PERFIL DE DESEMPENHO E AVALIAÇÃO DAS EQUIPES DE ESF

Fonte: Elaborado pelos autores

decisores. A título de ilustração, apresenta-se a primeira das 21 ações de melhoria formuladas, conforme especificado, a seguir:

- pvf1 – Cobertura
- Descritores 1.1 Referência e 1.2 Contrarreferência
- Primeira ação a ser desenvolvida: criar instrumento para operacionalização de encaminhamentos e retornos.
- Estratégia de ação: a elaboração do instrumento deve contemplar: dados pessoais do paciente; unidade de saúde de origem; identificação da rede de referência a ser encaminhada; motivo do encaminhamento para o atendimento; um campo para apresentação da contrarreferência, explanando o que foi realizado; e um último campo para informações complementares. Este instrumento deverá ser preenchido pelo profissional da sms responsável pelo encaminhamento,

e depois ser entregue ao paciente, que deverá ter o compromisso de após o atendimento retornar a esta unidade para os posteriores encaminhamentos.

- Envolvidos: Secretário municipal de saúde e Coordenação geral da esf.
- Período: Curto prazo (60 dias).
- Avaliação: Utilização do instrumento elaborado para cada paciente encaminhado a redes de referência.

Com a implementação da Ação de Melhoria apresentada, o desempenho global de avaliação da ESF Olho D'Água passará de 76 pontos para 117 pontos, evidenciando-se dessa forma o potencial do modelo construído para gerir o desempenho das equipes da ESF do município investigado.

Concluindo, é possível afirmar que os princípios para avaliação da gss (10) e a afiliação teórica (16) foram atendidos e respeitados

no processo de geração de conhecimento e construção do modelo de avaliação das equipes da Estratégia de Saúde da Família do município de Jaguaruna.

Considerações finais

O objetivo geral deste estudo foi construir um modelo de Avaliação de Desempenho a ser aplicado às equipes da Estratégia de Saúde da Família de um município brasileiro por meio da Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão Construtivista (MCDA-C), com base nas percepções dos decisores (um coordenador de cada equipe, o coordenador geral da ESF e o secretário municipal de saúde). Buscando atender a esse objetivo, o estudo implementou a sequência de etapas propostas pela metodologia MCDA-C, desde a Fase de Estruturação, seguida pela Fase de Avaliação e, por fim, a Fase de Recomendações.

Os pesquisadores que utilizam a metodologia MCDA-C argumentam que seu principal benefício está em sua abordagem construtivista que possibilita aprendizagem constante e evolutiva aos decisores. Esse conhecimento é gerado pela interação (*feedback*) entre os facilitadores e os gestores (decisores) durante o desenvolvimento de todas as etapas. Esse processo permitiu construir indicadores alinhados aos valores e às preferências dos decisores que respondem pelo programa Estratégia da Saúde e, também permitiu construir indicadores alicerçados nos princípios da avaliação da gestão de serviços de Saúde.

A esse respeito, a metodologia MCDA-C mostrou que, de fato, pode trazer à luz e priorizar ações e atividades que são essenciais no trabalho das equipes de saúde, assim como tem a capacidade de possibilitar a quantificação de valores, tornando possível a identificação de pesos nas ações estabelecidas, de forma a identificarem-se os pontos fortes e os pontos fracos do processo da atenção básica à saúde.

Outro aspecto da aplicação da metodologia MCDA-C, na construção de um modelo de Avaliação de Desempenho direcionado ao trabalho da Estratégia de Saúde da Família que merece destaque, consiste da oportunidade que ela proporciona de uma análise reflexiva por parte da Secretaria Municipal de Saúde, chegando-se ao entendimento de que nem sempre o desempenho de uma equipe de ESF está inadequado por falta de insumos, estrutura física ou materiais, e sim por dificuldades profissionais ou por falta de habilidades que precisam ser desenvolvidas ou aprimoradas, especialmente ligadas ao processo de gestão. O modelo mostrou-se plenamente condizente a essa prática por evidenciar todos estes aspectos.

Considerando-se as carências em relação a ferramentas avaliativas que a área possui, percebe-se o quanto a metodologia MCDA-C tem a contribuir no âmbito da saúde, por apresentar-se como uma ferramenta de avaliação que não apenas revela a situação do objeto, sujeito a um processo de avaliação e mensuração, mas aponta caminhos e formas de superar as deficiências e de atingir o nível de excelência a que toda organização aspira chegar.

Como palavra final, tecem-se ainda algumas considerações acerca da utilização da metodologia MCDA-C, especialmente no que tange à sua aplicabilidade, considerando-se que ela ainda é pouco difundida na área de conhecimento do presente estudo. Destaca-se, inclusive, a escassez de publicações na área em questão, ou seja, no âmbito da saúde. Reforça-se a percepção de que a metodologia pode ser amplamente utilizada, pois o estudo mostrou que ela possui um bom enquadramento, podendo apresentar significativas contribuições, especialmente como ferramenta de gestão. Inclui-se aqui a sugestão de outras pesquisas que aprofundem ainda mais o conhecimento frente a essa temática e aprimorem sua aplicação nessa área de estudo. Sugere-se ainda que a ferramenta seja aplicada às equipes de ESF de outros mu-



nicipios brasileiros, bem como utilizem essa metodologia para avaliar o Sistema Único de Saúde brasileiro e de outros países.

Referências

1. Besen CB, Netto MS, Ros MA, Silva FW, Silva CG, Pires MF. A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. *Saúde Soc.* 2007; 16 (1): 57-68.
2. Cruz MM, Bourget MMM. A visita domiciliária na estratégia de saúde da família: conhecendo as percepções das famílias. *Saúde Soc.* 2010; 19 (3): 605-613.
3. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev latino-am enfermagem.* 2005; 13 (6): 1027-1034.
4. Almeida PF, Giovanalla L. Avaliação em Atenção Básica a Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizados e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 200 e 2006. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24 (8): 1727-1742.
5. Trad LAB, Esperidião MA. Gestão Participativa e Corresponsabilidade em Saúde: Limites e Possibilidades no Âmbito da Estratégia de Saúde da Família. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2009; 13 (1): 557-570.
6. Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2006; 11(3): 669-681.
7. Almeida C, Viacava F, Caetano R. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2004; 9(3): 711-724.
8. Egry EY, Oliveira MAC, Ciosak SI, Maeda ST, Barrrientos DMS, Fonseca RMGS, Chaves MMN. Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Esc. Enferm. USP.* 2009; 43 (Esp.2): 1181-1186.
9. Leite SP. Avaliação da Estratégia Saúde da Família de municípios de médio porte de Minas Gerais: possibilidades e limites da utilização de dados secundários. [Dissertação Mestrado em Saúde Coletiva] Juiz de Fora / Brasil: Universidade Federal de Juiz de Fora; 2009.
10. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2012; 17 (4): 821-828.
11. Silva RAA. O programa saúde da família e os princípios básicos do Sistema Único de Saúde na Realidade de Santana do Matos [Dissertação Mestrado em Serviço Social]. Natal: Universidade de Rio Grande do Norte, RN; 2005.
12. Rocha AA, Cesar CLG. Saúde Pública: bases conceituais. São Paulo: Atheneu; 2008.
13. Brasil. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 [Internet] [Acesso em: 15 out. 2011]. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/>>.
14. Rocha PM, Uchoa AC, Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24 (Sup.1): S69-S78.
15. Henrique F, Calvo MCM. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24 (4): 809-819.
16. Ensslin L, Giffhorn E, Ensslin SR, Petri SM, Vianna WB. Avaliação do desempenho de empresas terceirizadas com o uso da metodologia multicritério de apoio à decisão - construtivista. *Pesqui. Oper.* [online]. 2010; 30 (1): 125-152.
17. Bortoluzzi SC, Ensslin SR, Ensslin L. Avaliação de desempenho multicritério como apoio à gestão de empresas: aplicação em uma empresa de serviços. *Gestão & Produção.* 2011; 18 (3): 633-650.
18. Richardson RJ. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas; 1999.
19. Ensslin L, Dutra A, Ensslin SR. MCDA: a constructivist approach to the management of human resources at a governmental agency. *International Transactions in Operational Research.* 2000; 7 (1): 79-100.
20. Azevedo RC, Ensslin L, Lacerda RTO, França LA, Gonzales CJI, Jungles AE, Ensslin SR. Avaliação de desempenho do processo de orçamento: estudo de caso em uma obra de construção civil. *Ambient. Constr.* [Online] 2011; 11(1): 85-104.
21. Lacerda RTO, Ensslin L, Ensslin SR. A performance measurement framework in portfolio management: a constructivist case. *Management Decision.* 2011; 49 (4): 648-668.
22. Zamcopé FC, Ensslin L, Ensslin SR. Modelo para avaliar o desempenho de operadores logísticos - Um estudo de caso na indústria têxtil. *Gest. Prod.* 2010; 17 (4): 1-13.
23. Bana e Costa CA, Vasnick JC. Applications of the MACBETH Approach in the Framework of an Additive Aggregation Model. *Journal of Multi-criteria Decision Analysis.* 1997; 6 (2): 107-114.
24. Roberts FS. Measurement Theory. In: ROTA GC, editor. *Encyclopedia of mathematics and its applications*, v. 7, London: Addison-Wesley Publishing Company; 1979.

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Personería Jurídica Res. No. 73, diciembre 13 1933 Min. Gobierno



POSGRADOS

PROGRAMAS DE POSGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD

(Registro, SNIES No. 53795)

Duración: 4 semestres

Título que otorga

Magíster en Administración de Salud

INSCRIPCIONES ABIERTAS

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
PROGRAMAS DE POSGRADO EN ADMINISTRACIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Calle 40 N° 6-23, Piso 8, Edificio Gabriel Giraldo. PBX: (571) 320 8320, ext. 5426-5427
correo-e: administracionsalud@javeriana.edu.co - www.javeriana.edu.co/passos
Bogotá D.C., Colombia