CAPÍTULO 4

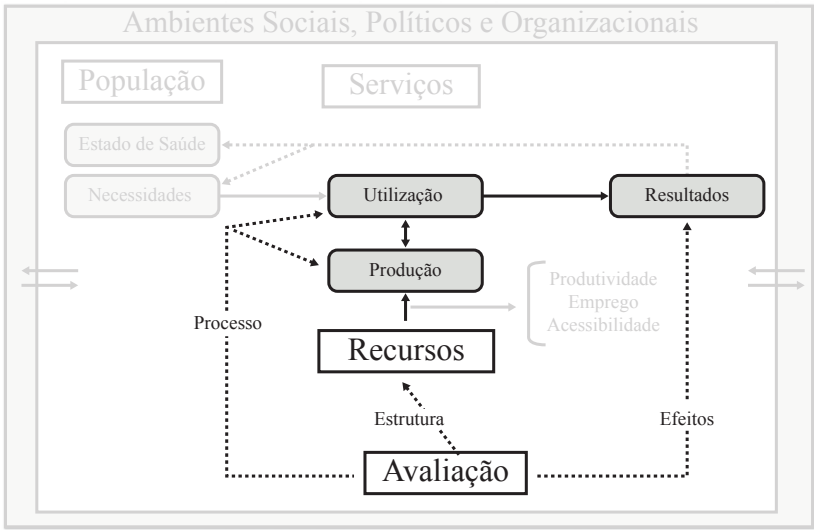
AVALIAÇÃO

Objetivos do capítulo

20. Definir a avaliação distinguindo seus diferentes tipos: pesquisa avaliativa, avaliação normativa, avaliação da estrutura, do processo, dos resultados e avaliação econômica.
21. Distinguir e esclarecer as ligações existentes entre avaliação, qualidade, monitoramento simples e interpretativo e desempenho.
22. Identificar os principais componentes de um sistema de estimativa do desempenho, tal como o desenvolvido pelo Commonwealth Fund.
23. Descrever a gestão centrada no desempenho e aplicar esse método a um programa de saúde.
24. Descrever a gestão com base nas informações probatórias, identificar as principais fontes de evidências e estimar o valor da evidência a partir da validade interna e externa.

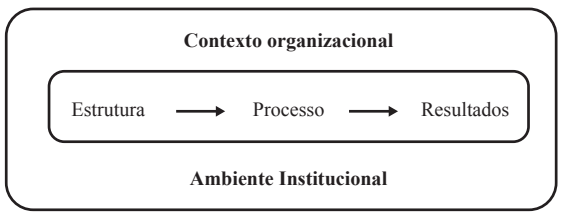
A avaliação consiste na função de inteligência do sistema de saúde. De forma geral, ela consiste em um julgamento de valor sobre o funcionamento do sistema e sobre o alcance dos objetivos almejados.

FIGURA 4.1 – O sistema de saúde: a avaliação



Conforme ilustrada na figura 4.1, a avaliação opera com um olhar retrospectivo sobre os diferentes componentes do sistema de saúde, tanto dos recursos quanto das atividades de utilização e de produção, bem como dos resultados obtidos em termos de saúde e de satisfação das necessidades. Estes componentes correspondem à tríade bem conhecida por A. Donabedian (1980) de estrutura-processo-resultados (figura 4.2).

FIGURA 4.2 – A tríade clássica de Donabedian

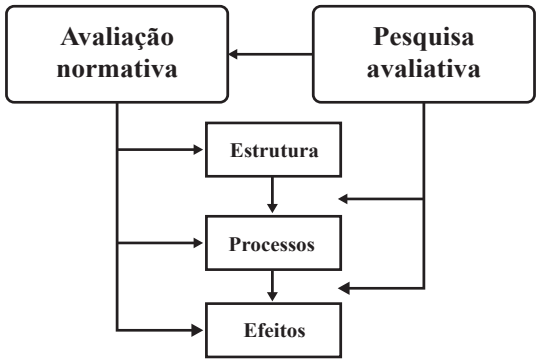


Tipos de avaliação

Avaliar é fazer um julgamento sobre as estruturas, os processos e os resultados dos serviços (Champagne *et al.*, 2009). A obtenção de um julgamento sobre um fenômeno, uma atividade ou um resultado demanda um processo normativo. Faz-se um julgamento quando refere-se a uma norma que determina um objetivo a ser alcançado. Este processo corresponde à avaliação normativa, que é distinguida da pesquisa avaliativa. Conforme ilustrada pela figura 4.3, a pesquisa avaliativa busca determinar a relação

que existe entre os diferentes componentes de um sistema, de uma organização ou de um programa, sendo que estes componentes revelam a estrutura, o processo ou os resultados. Ademais, o que distingue a pesquisa avaliativa da avaliação é o fato de que ela recorre aos conceitos e métodos próprios à investigação.

FIGURA 4.3 – Objetos da avaliação normativa e da pesquisa avaliativa

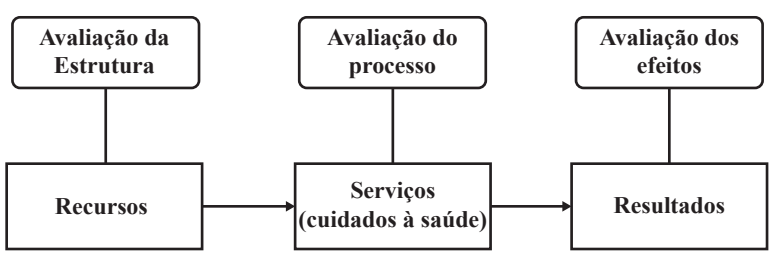


Adaptado de: CHAMPAGNE, F. *et al.*, 2009, p. 48.

A pesquisa avaliativa está intimamente ligada à avaliação normativa, no sentido de que ela fornece a esta última a base científica e os dados probatórios para propor normas válidas que servirão para a avaliação. As normas são estabelecidas pelas pesquisas avaliativas ou pela síntese dos conhecimentos, dos coletivos de pesquisa ou dos métodos que permitem definir um consenso dos especialistas. De tais processos é possível estabelecer diretrizes (*guidelines*) e definir práticas exemplares ("*best practices*"). As normas são válidas na medida em que se baseiam nesses dados. Retornaremos posteriormente neste capítulo a este último conceito.

A avaliação refere-se, portanto, aos recursos, serviços ou resultados. Possuímos, dessa forma, três tipos de avaliação: da estrutura, do processo ou dos efeitos (figura 4.4). A avaliação da estrutura visa determinar em que medida os recursos são adequados para produzir serviços apropriados, a fim de alcançar os resultados esperados. Ela é, de certa forma, o ponto de partida da avaliação, pois os recursos são um requisito para a produção dos serviços e para o alcance dos resultados de saúde.

FIGURA 4.4 – Componentes da avaliação



A avaliação da estrutura pode referir-se ao tipo de recursos e sua quantidade, suas qualidades e suas capacidades, seu custo e sua suficiência. Ela pode referir-se, igualmente, à governança das organizações ou do sistema, e aos diversos mecanismos administrativos que apoiam a produção dos serviços.

A avaliação do processo trata do caráter apropriado dos serviços prestados. Ela pode-se tratar da parte médica dos serviços; as normas são, portanto, definidas em relação às diretrizes. Por exemplo, a utilização dos exames diagnósticos está em conformidade com as diretrizes propostas pelos órgãos profissionais? Ela pode tratar, também, do nível organizacional. As questões referem-se aos indicadores, tais como a duração da permanência hospitalar ou da pertinência das admissões.

Finalmente, a avaliação dos efeitos constitui o coroamento da cadeia de avaliação. De fato, há uma ligação de determinação sequencial entre a estrutura, o processo e os efeitos. Dificilmente podem-se esperar bons resultados se existirem falhas nos componentes que os precedem. Em contrapartida, uma estrutura adequada e/ou processos apropriados não garantem necessariamente o alcance de bons resultados.

A apreciação dos efeitos ou dos resultados remete ao conceito de eficácia. Distinguem-se tipos diferentes de eficácia, após a aplicação dos efeitos observados (numerador) em diferentes grupos da população (denominador). A tabela 4.1 apresenta quatro tipos de eficácia de acordo com diferentes contextos: o da pesquisa fundamental, o da pesquisa clínica, o da utilização dos serviços e o da população. Dados os contextos, temos, portanto, a eficácia potencial, de ensaio, de utilização ou populacional.

TABELA 4.1 – Quatro tipos de eficácia

Tipo	**Contexto**	**Alvo (denominador)**
Potencial	Laboratório	Células, moléculas
De ensaio	Experimental	Sujeitos do estudo
De utilização	Clínico	Usuários
Populacional	Territorial	Usuários atuais e potenciais (população)

Da esquerda para a direita, na figura 4.5, o denominador aumenta em importância e a medida dos efeitos em generabilidade. Este efeito de aumento da generabilidade, na medida em que progredimos em direção à eficácia populacional, é ilustrado pela pirâmide de eficácia (figura 4.6). Ademais, a figura 4.5 mostra claramente que os dados probatórios se acumulam na medida em que nos aproximamos da eficácia populacional, construindo, assim, provas contextualizadas cuja consideração é importante na aplicação das normas e das diretrizes.

FIGURA 4.5 – Os dados probatórios revelam diferentes tipos de eficácia

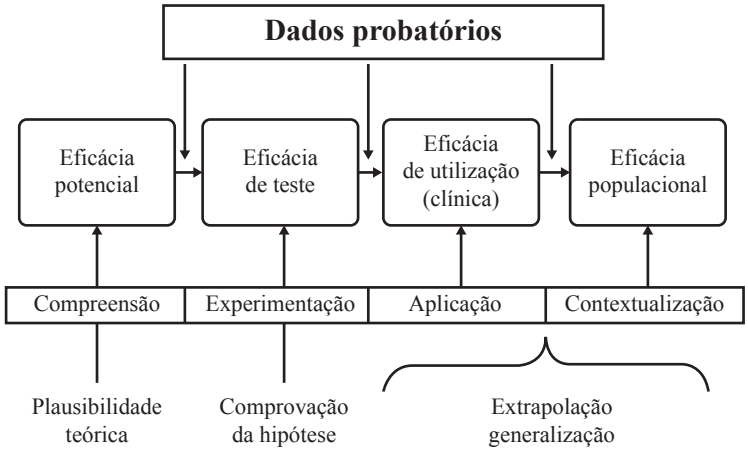
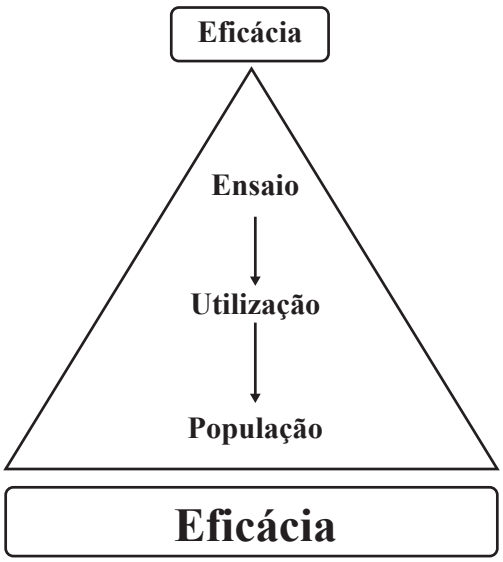


FIGURA 4.6 – A pirâmide de eficácia



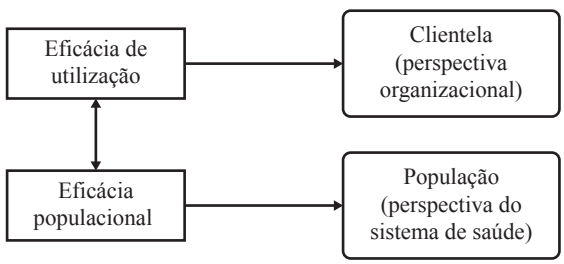
Os diferentes tipos de eficácia apresentam interesse variável para os diferentes agentes do sistema de saúde. Conforme mostra a tabela 4.2, os pesquisadores de ciências fundamentais adotam a eficácia potencial, enquanto os pesquisadores de saúde pública interessam-se mais pela eficácia populacional. A prática do clínico repousa, sobretudo, sobre a eficácia do ensaio e da utilização. Finalmente, os gestores apoiam suas decisões sobre as informações de eficácia de utilização ou de população.

TABELA 4.2 – Interesse dos diversos intervenientes nos diferentes tipos de eficácia

Tipo	Pesquisador	Clínico	Gestor da organização	Gestor do território
Potencial	++ (ciências fundamentais)	—	—	—
De ensaio	++ (epidemiologia)	+	—	—
De utilização	++ (serviços de saúde)	++	++	+
Populacional	++ (saúde pública)	+	+—	++

A eficácia da utilização corresponde mais a uma perspectiva organizacional, de acordo com a qual uma organização de cuidados à saúde é responsável pela clientela que a frequenta (figura 4.7). A eficácia populacional corresponde a uma perspectiva sistêmica, de acordo com a qual a organização de serviços sobre determinado território é responsável por uma população bem identificada.

FIGURA 4.7 – Alvo e perspectiva da eficácia da utilização e populacional



A avaliação econômica

A avaliação da eficácia remete-se à avaliação econômica e, mais particularmente, àquela da eficiência. De fato, a eficiência representa os resultados obtidos em relação aos recursos investidos, geralmente traduzidos em termos monetários (BROUSSELLE *et al.*, 2009). Os efeitos ou as vantagens são mensuradas por indicadores de saúde expressos em termos reais ou por seu valor monetário. A avaliação econômica pode fornecer resultados diferentes de acordo com a perspectiva adotada: a do paciente, a dos profissionais, a do hospital ou a da sociedade. Ademais, de forma contrária à medida da eficácia, a medida da eficiência faz sentido apenas se forem comparadas as intervenções entre si (BROUSSELLE *et al.*, 2009). Os custos abrangem os custos diretos e indiretos. Entre os custos diretos, consideram-se os custos públicos assumidos pelo Estado, mas também os custos privados suportados pelo indivíduo, seja diretamente ou por meio de um seguro privado. Os custos indiretos são mensurados pelas perdas

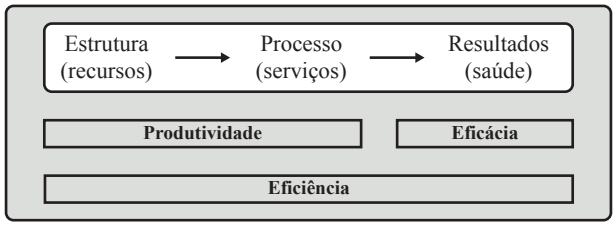
de produtividade resultantes da mortalidade, da morbidade, do absenteísmo, do tempo gasto com exames e com tratamentos etc.

A avaliação econômica recorre a diferentes tipos de análise. Ela pode-se tratar de uma análise de custo–eficácia, quando as informações dos resultados são relacionadas às informações dos recursos. Nesse caso, os resultados são expressos em termos de indicadores de saúde, de mortalidade, de morbidade ou outros, e não em valor monetário. A análise de custo–utilidade é um refinamento da análise de custo–eficácia, na qual é introduzida uma ponderação da qualidade de vida à medida dos efeitos. Outro método de avaliação da eficiência é a análise de custo–benefício. A diferença da análise de custo–eficácia é que, dessa vez, os resultados são expressos em valor monetário. Esse método é, evidentemente, mais difícil de ser aplicado e mais complexo que o primeiro, pois a tradução dos resultados em valor monetário força o avaliador a utilizar julgamentos delicados e difíceis sobre o valor da vida.

Apesar de sua grande popularidade e de sua grande utilização, a avaliação econômica comporta seus limites. A princípio, é preciso saber em qual das perspectivas a avaliação será feita, pois os resultados podem diferir grandemente de acordo com qual perspectiva foi adotada. Ademais, a questão da equidade nem sempre tem sido abordada em todas as avaliações econômicas. Os limites que apresentam a avaliação econômica levaram certos autores a proporem outro tipo de avaliação, a análise de custo–consequência, que reúne os diferentes e múltiplos efeitos de uma intervenção, incluindo as externalidades (BROUSSELLE e LESSARD, 2011).

Até aqui, discutimos a eficiência como uma questão da relação entre um resultado de saúde e os recursos concedidos para produzi-los. A avaliação econômica remete-se, igualmente, à produtividade, a qual abordamos no capítulo anterior. A distinção que foi estabelecida entre a produtividade e a eficiência aparece, agora, de forma mais clara. As relações entre eficácia, eficiência e produtividade são representadas na figura 4.8. A produtividade liga os serviços produzidos e os recursos. A eficácia refere-se unicamente aos resultados. Finalmente, a eficiência cobre tanto a eficácia quanto a produtividade, estabelecendo relação entre os resultados; esse efeito dos recursos sobre os resultados avança para a produção dos serviços e está, então, ligado à produtividade. Pode-se assim dizer que um sistema de saúde pode ser produtivo sem ser eficiente, mas não pode ser eficiente se não for produtivo.

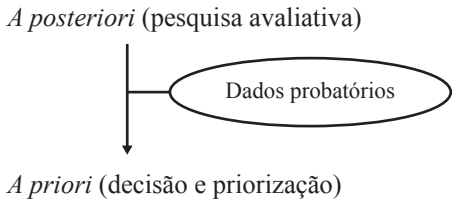
FIGURA 4.8 – Produtividade, eficácia e eficiência



Tempo de avaliação

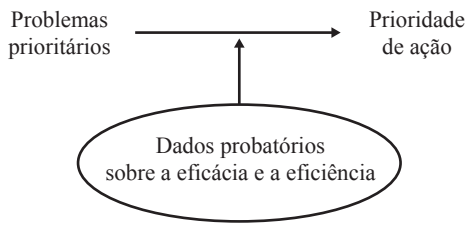
A avaliação pode ser realizada em diferentes pontos no tempo. A mais frequente é a efetuada depois que uma intervenção seja realizada ou uma alteração seja aplicada: é a avaliação *a posteriori*. Nesse caso, ela é geralmente somativa, isto é, centrada nos resultados obtidos. A avaliação pode ser, também, concomitante e se estender sobre todo o período de implantação ou de realização das atividades. Nesse caso, ela é chamada de formativa. Finalmente, ela pode ser anterior à aplicação de uma intervenção ou ser *a priori*. Nesse caso, ela é anterior às decisões e serve, sobretudo, para a determinação das prioridades no quadro de planejamento estratégico. A figura 4.9 mostra a ligação entre a avaliação *a posteriori*, que gera os dados probatórios, e a avaliação *a priori*, que os aplica.

FIGURA 4.9 – Ligação entre a pesquisa *a posteriori* e *a priori*



A avaliação *a priori*, que também pode ser associada à avaliação estratégica, é útil particularmente no processo de tomada de decisões e, principalmente, na determinação das prioridades. À luz dos conceitos apresentados neste capítulo, podemos, assim, rever o processo de estabelecimento de prioridades apresentado no capítulo 1. Na figura 4.10, os maiores elementos desse processo são retomados, aos quais se junta a ligação entre problema prioritário e a prioridade de intervenção, em que se inscrevem os dados probatórios da eficácia e da eficiência.

FIGURA 4.10 – A priorização baseada nos dados probatórios



Pode-se, assim, reformular a árvore de decisões apresentada no capítulo 1 com base nesses dados em relação aos diferentes tipos de avaliação de eficácia (figura 4.11).

É possível aplicar esta planilha a diferentes problemas de saúde. As figuras 4.12 a 4.15 ilustram os casos da prevenção primária e secundária do câncer de pulmão e do câncer de mama. À medida que prevenção primária contra o câncer de pulmão recebe

alta prioridade, mais baixa é a prioridade contra o câncer de mama, pois os conhecimentos sobre os fatores etiológicos nesses casos de câncer são muito diferentes. Para o câncer de mama, é a prevenção secundária que é prioritária, de forma contrária ao câncer de pulmão.

FIGURA 4.11 – Planilha de análise para determinar as prioridades de intervenção com base nos dados probatórios da eficácia

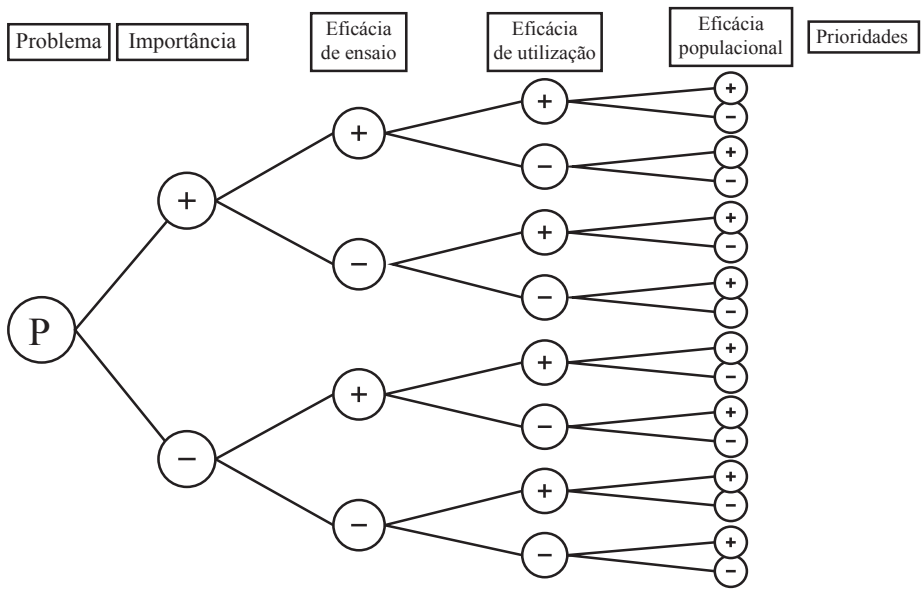


FIGURA 4.12 – Câncer de pulmão – Prevenção primária (tabaco)

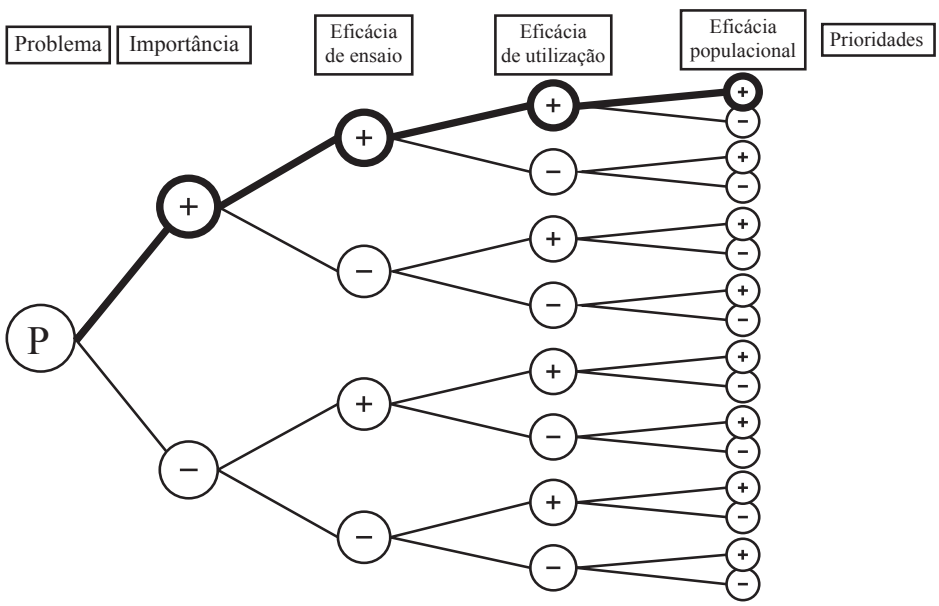


FIGURA 4.13 – Câncer de pulmão – Prevenção secundária (rastreio e tratamento)

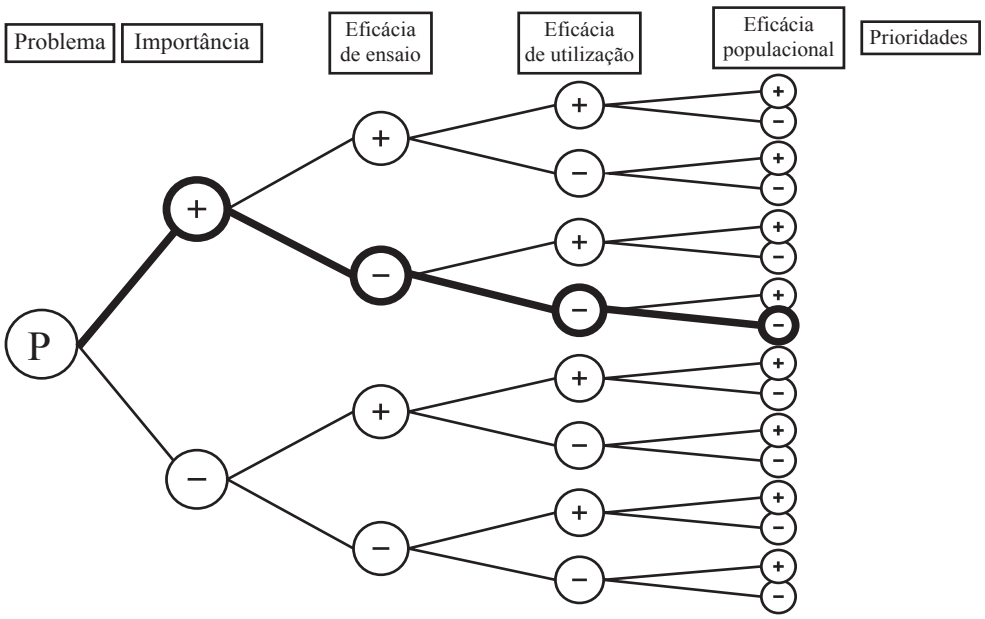


FIGURA 4.14 – Câncer de mama – Prevenção primária

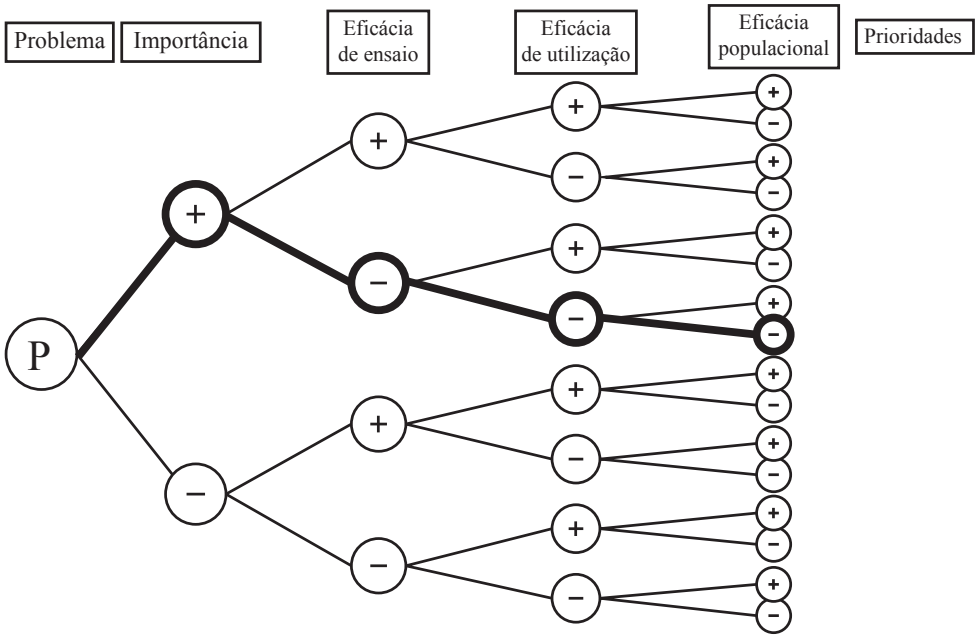
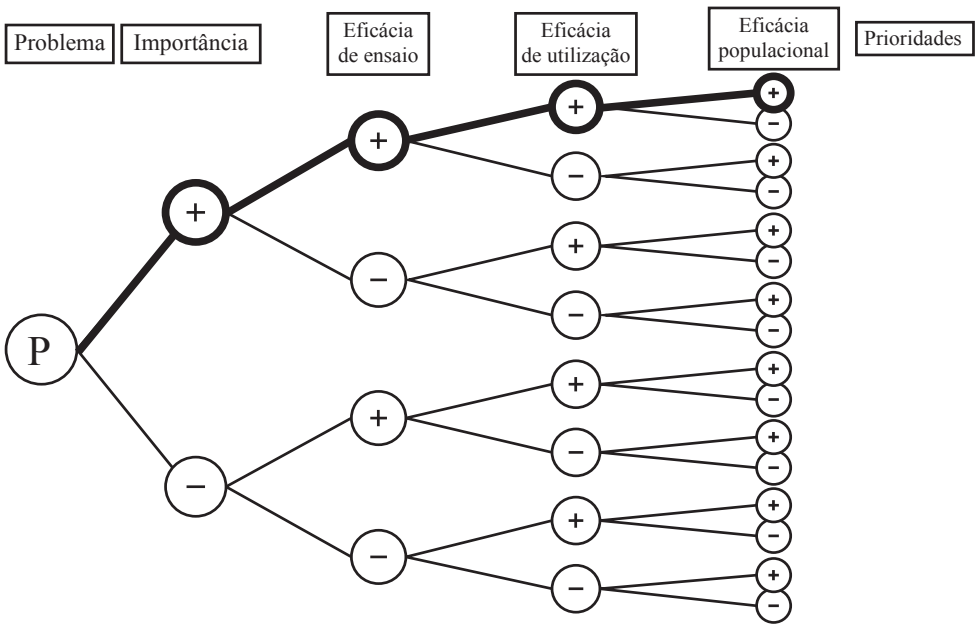


FIGURA 4.15 – Câncer de mama – Prevenção secundária



Avaliação e qualidade dos cuidados à saúde

A avaliação e a apreciação da qualidade dos cuidados à saúde foram frequentemente associadas, até um ponto em que os dois termos são frequentemente utilizados sem distinção. A. Donabedian (1980), em seus escritos sobre a qualidade dos cuidados à saúde, situa sua tríade estrutura–processo–resultados em mais níveis: o nível clínico da prática médica, o nível organizacional e o nível sistêmico. Evidentemente, os indicadores pertinentes para cada componente da tríade variam de acordo com os níveis. Para esse autor, a avaliação da qualidade corresponde à avaliação normativa, pois ela repousa, antes de tudo, sobre as normas. Ele acrescenta, entretanto, que os critérios para avaliar os cuidados à saúde podem ser implícitos e basearem-se nos julgamentos de especialistas, ou explícitos, baseando-se na aplicação das diretrizes. Na prática, a distinção entre a avaliação da qualidade e a avaliação normativa permanece semântica, pois as duas baseiam-se essencialmente nos critérios provenientes dos estudos empíricos ou nos julgamentos dos especialistas.

É preciso acrescentar que a ideia de qualidade é mais aceitável aos profissionais que a de avaliação, que é frequentemente percebida por eles como uma ameaça à sua autonomia profissional e de suas condições de exercício. Essa distinção apoia todo o seu sentido na corrente de prática apresentada por D. M. Berwick (1989), que enfatiza o aprimoramento contínuo da qualidade. Essa abordagem insiste no aspecto formativo da avaliação da qualidade, mais que sobre o aspecto somativo; sua finalidade é a de apoiar e encorajar as boas práticas, mais que tentar identificar as falhas e combatê-las. Essa abordagem de aprimoramento contínuo da qualidade encontra seu fundamento no

desenvolvimento de uma cultura organizacional centrada na qualidade. Os elementos dessa cultura são:

- visão compartilhada pelos gestores, pelos profissionais e pelo pessoal em todos os níveis do sistema e da organização;
- o bem-estar e a segurança do paciente no centro das preocupações dos profissionais, dos gestores e de todo o pessoal;
- as práticas fundadas nos dados probatórios;
- os incentivos que favorecem o aprimoramento contínuo da qualidade;
- apoio aos profissionais e aos gestores;
- perspectiva integrada da avaliação da qualidade que una os três componentes da qualidade: estrutura, processo e resultados;
- sistema de informação que alimenta a avaliação.

Os resultados obtidos pelas organizações ou pelos sistemas que adotaram essa cultura organizacional são notáveis. Os exemplos da *Veteran Administration* e do programa Kaiser nos EUA, bem como os hospitais "magnéticos" (*magnet hospitals*), são particularmente reveladores neste assunto (OLIVER, 2007; FEACHEM *et al.*, 2002; BRUNELLE, 2008; HAVENS e AIKEN, 1999; BORGÈS DA SILVA e BORGÈS DA SILVA, 2005).

Seguir ou avaliar a mudança

A mudança está no coração das vidas das organizações e é uma fonte importante de inovação. Quando se introduz uma mudança, é interessante saber se ela produziu os efeitos esperados. As mudanças podem ser feitas de duas formas. A princípio, é possível determinar os resultados obtidos a partir de indicadores relacionados à mudança adotada. A dificuldade encontrada é dúbia: a princípio, esses indicadores devem ser sensíveis a essa mudança e, em seguida, eles devem estar ligados a ela de maneira específica. É possível documentar simplesmente a evolução dos indicadores no tempo e observar sua modificação, na medida em que são sensíveis. A questão da especificidade dos indicadores é mais complexa, pois a simples busca dos indicadores não permite atribuir toda a modificação no valor desses indicadores à mudança implementada. Em outras palavras, a monitorização simples da mudança não permite explicar como a mudança é produzida e, então, atribuir modificações nos indicadores de resultado às mudanças introduzidas.

P. Tousignant (2005) propôs método que acrescenta à monitorização simples um elemento de interpretação. Para esse autor, a monitorização interpretativa, como ele a denomina, consiste em estabelecer ligações entre os indicadores dos resultados e as intervenções implantadas a partir da revisão da literatura e da opinião dos especialistas, que servem para postular as hipóteses a serem verificadas em seguida. Ele situa a

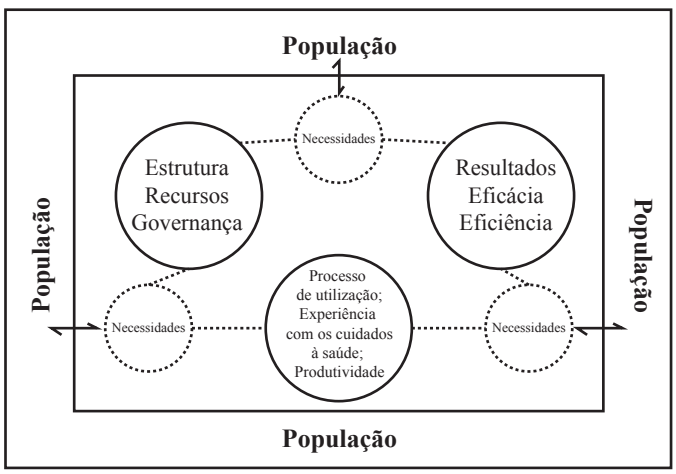
monitorização interpretativa ao lado da pesquisa avaliativa, devido ao seu caráter interpretativo e analítico, e também da triangulação possível de mais fontes de informações.

Avaliação e desempenho

Todos os termos que discutimos até aqui, referentes à avaliação, são encontrados também na rubrica do desempenho. Assim como F. Champagne *et al.* (2005), escolhemos "considerar o desempenho como englobando o conjunto desses conceitos". A avaliação e o desempenho são termos interligados, os quais encontramos frequentemente unidos. A avaliação do desempenho de uma organização, de um programa ou de um sistema refere-se à avaliação do grau de alcance dos objetivos em relação aos seus diferentes componentes.

Adotamos, nesse livro, a perspectiva proposta por Donabedian, que reagrupa os elementos do sistema de saúde em três componentes: a estrutura, os processos e os resultados. À estrutura estão associados os recursos e a governança. Aos processos estão associados todos os fenômenos acerca da utilização e da experiência dos cuidados à saúde, com suas diferentes dimensões. Finalmente, os resultados referem-se principalmente à eficácia definida em termos de saúde. Esses elementos são compreendidos nos três grandes círculos da figura 4.16.

FIGURA 4.16 – Avaliação do desempenho



Nessa figura, vemos que esses círculos estão ligados entre eles e que certos indicadores do desempenho resultam em relações existentes entre esses círculos. Esse é o caso, por exemplo, da produtividade, colocada no círculo dos processos e que expressa a relação entre os serviços produzidos e os recursos. É, igualmente, o caso da eficiência, colocada no círculo dos resultados e que expressa a relação entre os resultados e os recursos. Mas para aprofundar a avaliação do desempenho, buscaremos explicar por quais razões os objetivos são alcançados ou não. Por esse motivo, a relação entre os diversos componentes do sistema é importante, tanto quanto os indicadores

tomados separadamente. Finalmente, os círculos pontilhados representam as necessidades ligadas à população, envolvendo componentes da avaliação do desempenho. A adequação entre as necessidades da população e os outros componentes do modelo é central na avaliação do desempenho, sobretudo no contexto em que a governança de uma organização assume uma responsabilidade populacional. Dessa forma, tanto para os indicadores de estrutura, como a quantidade e o tipo de um recurso, quanto para as práticas profissionais ou os resultados dos serviços, a referência final para a avaliação do desempenho é sua adequação às necessidades da população.

Inspirando-se nesses conceitos e modelos, muitos sistemas de avaliação do desempenho foram propostos. Um dos mais conhecidos e mais difundidos é o do Commonwealth Fund (2011), que documentou a evolução de diversos indicadores, de 2006 a 2011, nos EUA e em outros países. Processo similar também empreendido no Quebec e no Canadá (COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, 2009; ICIS, 2010; ICIS, 2011). A principal ferramenta do sistema de avaliação desenvolvida pelo Commonwealth Fund é a tabela de desempenho (*scorecard*). Para cada um dos 42 indicadores selecionados em 2011 e reagrupados em cinco dimensões (saúde, qualidade, acessibilidade, eficiência e equidade), a tabela fornece quatro informações: a princípio, o número da informação real, para os EUA, uma descrição da referência, o valor real da referência e, finalmente, a relação da informação dos EUA com a referência, expressa em porcentagem. Dessa forma, a porcentagem dessa última medida indica o grau de alcance do objetivo em relação à referência. Por exemplo, uma razão de 60% significa que o alvo foi alcançado em 60% e que resta uma margem de 40% a serem melhorados. Essa referência, que representa uma meta a ser alcançada, é determinada pela comparação com o que foi realizado de melhor em outros países, ou em função do Estado americano com o melhor desempenho nessa matéria. Pode-se, assim, calcular a razão dos resultados obtidos / valor da referência para cada um dos indicadores, ou calcular uma pontuação atribuída pelas dimensões ou pela região em todo o país. A título de exemplo, o valor médio desta razão, nos EUA, era de 64% em 2011 (COMMONWEALTH FUND, 2011). É possível, assim, acompanhar a evolução dos indicadores no tempo, no caso presente entre 2006 e 2011, no que diz respeito à referência, que pode mudar nesse período, dependendo da evolução da situação no Estado ou no país que serve de modelo. Por esse motivo, a razão que mede o grau de alcance da referência é uma medida importante, pois ela permite estimar o aprimoramento ou a deterioração de determinados indicadores considerando o contexto atual.

O referido procedimento permite acompanhar a evolução do sistema de saúde e aplicar correções a ele. Evidentemente, o referido sistema não é perfeito e comporta certos limites. Em primeiro lugar, é preciso perceber que cada um dos indicadores, tomados de forma isolada, não pode refletir a situação de todo o sistema de saúde. É por esse motivo que é preciso dispor de grande número de indicadores que representem os diferentes aspectos. Ademais, assim como os indicadores permitem comparar a situação atual com uma situação ideal ou esperada, as informações não permitem explicar

completamente as causas dessas lacunas. Consequentemente, as soluções que resultam dessas análises para a aplicação de corretivos repousam sobre um grau de certeza limitado e relativo. Esse grau de certeza pode ser maior se as análises forem conduzidas por meio da aplicação de um quadro conceitual do tipo proposto anteriormente e se elas apoiam-se numa perspectiva de interpretação analítica, como descrevemos para a monitorização interpretativa.

É preciso, da mesma forma, destacar que a utilização de uma referência que representa uma prática exemplar, tal como preconizada pela Commonwealth Fund, consiste em uma escolha metodológica. Outros métodos de medida foram empregados, como a comparação a uma média ou a uma mediana, ou a classificação das regiões ou dos países de acordo com o percentil ao qual eles pertencem (ICIS, 2011; OCDE, 2011). Finalmente, no exemplo apresentado, situamos a avaliação do desempenho, com base na utilização das referências, no nível do sistema de saúde. Essa mesma ferramenta de gestão do desempenho, tais como as tabelas de desempenho e as referências, aplicam-se igualmente e da mesma forma ao nível organizacional (VEILLARD *et al.*, 2005; BAKER e PINK, 1995). Nesse domínio, insistiu-se na utilização de uma tabela de desempenho que refletisse visão global e equilibrada da avaliação (*balanced scorecard*) (BAKER e PINK, 1995).

Gestão centrada no desempenho

Referindo-se ao modelo de avaliação de desempenho proposto, pode-se dizer que um sistema de saúde desempenha-se bem quando alcança os objetivos fixados em relação à estrutura, aos processos e aos resultados, em conformidade com as necessidades da população. É preciso compreender o significado dos indicadores associados a cada uma dessas dimensões, mas poder interpretar, igualmente, suas interações.

Considerando, por um lado, a escassez dos recursos e, por outro lado, os custos de saúde crescentes, a necessidade de avaliar o desempenho dos sistemas de saúde tornou-se uma preocupação crescente. Assim foi introduzida a gestão centrada no desempenho. Esse modo de gestão foi desenvolvido de diferentes maneiras, sendo que a mais conhecida é a gestão centrada no alcance de resultados. Este modo está muito ligado ao modelo de alcance dos objetivos de avaliação do desempenho. Ele consiste, essencialmente, na alocação de recursos financeiros por programa, de acordo com os objetivos claramente definidos, e na avaliação do rendimento dos montantes atribuídos em função dos resultados obtidos (SAUCIER e BRUNELLE, 1995; MARTIN e JOBIN, 2004; OCDE, 2004). O conceito de programa é central neste modo de gestão. Um programa de saúde é constituído por um conjunto de recursos reunidos e implementados para fornecer a uma população definida os serviços organizados de forma coerente no tempo e no espaço, a fim de alcançar determinados objetivos, em relação a um problema de saúde preciso (PINEAULT e DAVELUY, 1995).

A aplicabilidade desse modo de gestão em grande escala levanta, todavia, a seguinte questão: É possível conceber o sistema de saúde de um país ou de uma região em função de seus diferentes programas e de seus objetivos e utilizar essa divisão das atividades e

dos recursos por programa como base para alocar orçamentos em função dos objetivos alcançados? A resposta a essa questão é sim, em princípio, e eis a forma como esse método pode-se operacionalizar. A distribuição dos recursos deve ser feita de acordo com os critérios de equidade em todos os níveis do sistema (SAUCIER e BRUNELLE, 1995). Tomemos como exemplo um país que possui diversas regiões. Referimo-nos, agora, à equidade inter-regional, interprograma e interestabelecimento. De acordo com os resultados obtidos, os orçamentos são ajustados periodicamente, de forma crescente e decrescente. A título de exemplo, eis a quais critérios podem ser aplicados:

Critérios de equidade inter-regional

- Orçamento *per capita*;
- Nível de necessidades das regiões (socioeconômicas, estado de saúde...);
- Resultados obtidos.

Critérios de equidade interprograma

- Orçamento acordado em relação aos problemas, necessidades e prioridades;
- Orçamento acordado *per capita* (população-alvo);
- Resultados obtidos.

Critérios de equidade interestabelecimento

- Orçamento acordado por unidade de recurso (por leito);
- Orçamento acordado pelos serviços produzidos (por exemplo, por dia de hospitalização);
- Ajuste por *case mix*;
- Resultados obtidos.

Para ilustrar como tal sistema pode ser aplicado, adotemos o exemplo hipotético de um programa que visa reduzir em 10% a mortalidade devido a enfermidades cardiometabólicas, em determinada região, dentro de 10 anos.

Os órgãos participantes do programa são:

- o Departamento Regional de Saúde Pública;

- o Centro Local de Serviços Comunitários (CLSC);

- os Centros Hospitalares.

As atividades propostas são:

- a promoção de estilos de vida saudáveis;

- o rastreio (*screening*) e o controle da hipertensão arterial e da diabetes;

- o acompanhamento e o tratamento de pessoas com doenças cardiometabólicas.

A contribuição de diversos órgãos às atividades do programa é distribuída da seguinte forma:

	Porcentagem de contribuição às atividades do programa		
	Promoção	**Rastreio**	**Acompanhamento**
Saúde pública	70%	25%	0%
Centro local	20%	65%	30%
Hospital	10%	10%	70%
Total	100%	100%	100%

A respeito de uma organização, de uma região ou de um sistema de saúde, a adoção dessa abordagem exige que uma estrutura matricial de gestão seja instaurada, conforme ilustrada pela tabela 4.3. Em tal estrutura, as atividades próprias de cada programa são distribuídas entre os diferentes centros de atividade.

TABELA 4.3 – Estrutura matricial de uma organização que adota o método de gestão por programa

		Centros de atividades (serviços)							
		a	b	c	d	e	f	g	Total
Programas	v	15	0	25	0	10	40	10	100%
	w	0	10	10	20	50	10	0	100%
	x	50	0	0	50	0	0	0	100%
	y	100	0	0	0	0	0	0	100%
	z	15	15	15	15	15	20	5	100%

É preciso notar que a estrutura matricial é mais bem adaptada a organizações nas quais a inovação e a pesquisa são sua razão de ser. Em contrapartida, ela se revela menos eficaz em organizações de prestação de serviços (LARSON e GOBELI, 1987; ALLCORN, 1990).

Diversos obstáculos se erguem, portanto, na implantação desse modo de gestão, devido, principalmente, à dificuldade de reagrupar todas as atividades no seio dos programas e de estabelecer sistemas de informação adequados (STUART e SCHERRARD, 1987). Há, igualmente, muita resistência de parte de diversos agentes nas organizações. D. A. Roy *et al.* (2010) resume as críticas formuladas a respeito desse modo de organização: reprova-se sua conformidade com uma visão de acordo com a qual as organizações são simples e sem complexidade. Apesar desses obstáculos e de suas críticas, a gestão por programa, ou centralizada no alcance de resultados, constitui um modo de gestão que incentiva a produtividade e a eficiência. Devemos observar que essas são, sobretudo, as estratégias empregadas para a implantação que lhe renderam críticas.

Semelhante a esse modo de gestão, o do pagamento de incentivo ao desempenho (*pay for performance*) também teve resultados pelo menos ambíguos. O exemplo mais citado é o de sua implantação no Reino Unido, que visava orientar os médicos em

direção às práticas julgadas eficazes e eficientes. Como resultado, observou-se aumento dos procedimentos mais bem pagos, em detrimento dos procedimentos de, talvez, equivalente importância, mas menos remunerados (McDONALD e ROLAND, 2009; PETERSEN *et al.*, 2006). Em resumo, este método parece ter produzido os benefícios esperados, mas se pressentiram mal as consequências desfavoráveis observadas após sua implementação.

Gestão fundada nos dados probatórios ou evidências

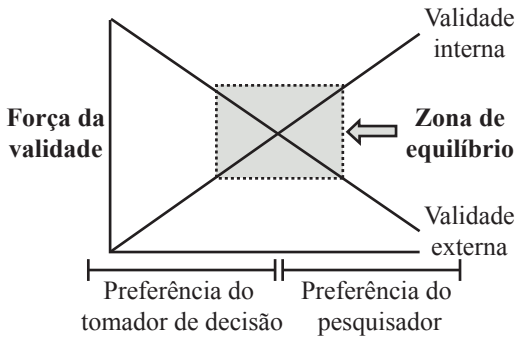
O apoio relacionado às decisões por dados científicos apareceu na medicina com o nascimento das decisões clínicas baseadas na corrente dos dados probatórios ou da medicina baseada em evidências (*evidence-based medicine*). Essa corrente, que dominou a medicina, permitiu orientar a tomada de decisões clínicas e criar diretrizes que, sem dúvida, melhoraram a qualidade dos cuidados médicos. Conforme mencionado anteriormente, a produção dos dados probatórios (evidências) está intimamente associada à pesquisa avaliativa, de onde esses dados vêm, e à avaliação normativa, que os utiliza.

Após o trabalho de A. L. Cochrane (1972), no Reino Unido, e da criação da Fundação que carrega seu nome, a pesquisa de dados probatórios para a medicina clínica foi desenvolvida, como veremos, para elaborar diretrizes e dar suporte às decisões clínicas (WALSHE e RUNDALL, 2001), desenvolvimento este que foi disseminado na gestão dos serviços de saúde e na elaboração de políticas (*evidence-based decision and policy making*) (SHELDON, 2005). Essa transposição integral do processo de tomada de decisões baseada em dados probatórios, da medicina à gestão dos serviços de saúde, encontrou, entretanto, alguns limites (TIMMERMANS e MAUCK, 2005). A principal diferença entre o meio clínico e o meio da gestão dos serviços de saúde vem da maior complexidade inerente a esse último. De fato, é possível afirmar que a avaliação de uma técnica de cuidados à saúde, de um medicamento ou de uma intervenção médica se constitui processo relativamente simples. Em contrapartida, avaliar os programas, as organizações e as políticas implica operações mais complexas (VICTORA *et al.*, 2004). Ademais, se as intervenções médicas são relativamente pouco sensíveis ao contexto no qual são praticadas, as decisões relativas à organização dos serviços são, por sua vez, fortemente dependentes do contexto no qual são tomadas (LOMAS *et al.*, 2005). É por isto que se dá, cada vez mais, a ênfase nas análises de implantação e do contexto para complementar os dados obtidos dos estudos visando determinar a eficácia das intervenções na organização dos serviços de saúde.

A qualidade da prova é central nas decisões baseadas nos dados probatórios. Ela faz uso da validade das conclusões emitidas pelas pesquisas. Distinguem-se dois tipos de validade: a interna e a externa. A validade interna responde à seguinte questão: Os resultados observados realmente provêm da intervenção ou da mudança introduzida? Quanto à validade externa, ela responde a esta questão: Os resultados da pesquisa são aplicáveis a outros contextos, são eles generalizáveis? Existe, entre esses dois tipos de validade, uma espécie de compromisso que o pesquisador deve aceitar, a fim de

conciliar a utilidade de seus resultados de pesquisa aos gestores com o respeito do rigor científico. Por exemplo, reconhece-se que os testes randomizados atingem forte validade interna, mas frequentemente em detrimento da validade externa devido, principalmente, às condições de seleção dos sujeitos estudados (SHADISH *et al.*, 2002).

FIGURA 4.17 – A relação entre a validade interna e a validade externa



Conforme ilustrada na figura 4.17, a preferência dos gestores é, inegavelmente, a favor de forte validade externa, enquanto o pesquisador valoriza, sobretudo, a validade interna. Portanto, é em direção à zona de equilíbrio que deve tender uma pesquisa preocupada com o apoio aos tomadores de decisão. Além dessa zona, o equilíbrio é rompido em favor de um, mas em detrimento do outro. Dessa forma, um estudo que possui validade interna mais forte satisfaz o pesquisador, mas tendo sua validade externa limitada, ele perde sua pertinência para o legislador. De forma contrária, um estudo que possui validade externa mais forte pode aumentar sua pertinência para o legislador, mas compromete sua validade interna e seu valor científico. É preciso observar, igualmente, que, por si só, a validade externa de um estudo não é suficiente para garantir sua utilidade ao legislador. De fato, para que serve generalizar os resultados cujo valor científico não é garantido? A validade interna é, portanto, uma condição necessária, mas insuficiente, para garantir a utilidade dos resultados de uma pesquisa ao legislador.

Para garantir maior validade interna, o pesquisador dispõe de diferentes meios e, principalmente, dos desenhos de estudo. Dessa forma, convém considerar o ensaio randomizado, com seus grupos de controle, suas divisões dos sujeitos ao acaso e a observação dos resultados cegos, como o protótipo dos esquemas de estudos com forte validade interna (SHADISH *et al.*, 2002). Infelizmente, na realidade, não é sempre possível utilizar esse esquema de estudo, na medida em que sua validade externa é insuficiente. Outro meio consiste em associar a um esquema de estudo quantitativo métodos qualitativos, como aqueles que são empregados na análise de implantação. Esse tipo de esquema híbrido tem sido utilizado com benefícios, tendo-se revelado particularmente bem adaptado às situações nas quais a intervenção é complexa (LEVESQUE *et al.*, 2010; PROVOST *et al.*, 2011). A análise de implantação, além de medir o grau de implantação da intervenção, estima igualmente as condições, isto é, os elementos que facilitam ou que erguem obstáculos à

implantação, bem como sua influência sobre os resultados observados. Em vez de simplesmente responder à questão "Quais são os efeitos da intervenção?", a análise da implantação permite responder às questões de como e do por que os resultados foram obtidos.

No que diz respeito à validade externa, é possível assegurá-la de forma estatística a partir de uma amostra probabilística de uma grande população. Os resultados podem, assim, ser generalizados à população por inferência estatística. É possível utilizar, igualmente, outras estratégias, como a repetição de estudos em diversos contextos diferentes (estudos multicêntricos) ou, novamente, a análise de implantação e a análise da lógica de intervenção. No caso da análise de implantação, ela permite identificar as condições particulares do contexto de implantação, que podem explicar os resultados obtidos e, consequentemente, extrapolá-los para outros contextos que apresentam condições comparáveis (CHAMPAGNE *et al.*, 2009). Finalmente, a análise da lógica ou da teoria de intervenção permite, igualmente, generalizar os resultados dos estudos, quando as bases teóricas e lógicas subjacentes à intervenção ou a mudança proposta são enunciadas (BROUSSELLE e CHAMPAGNE, 2011).

Os tomadores de decisão não são sempre capazes de apreciar, sozinhos, a validade dos estudos. Cabe aos pesquisadores apoiá-lo na busca de provas. Nós temos ilustrado como esse suporte pode ser dado, seja por meio de estudos, seja por meio da síntese de conhecimentos (PINEAULT *et al.*, 2007; PINEAULT *et al.*, 2010). Ademais, conclui-se dessas constatações que a apreciação da validade dos dados probatórios pelos gestores repousa, em grande parte, sobre a credibilidade que atribuem aos pesquisadores do ponto de vista científico.

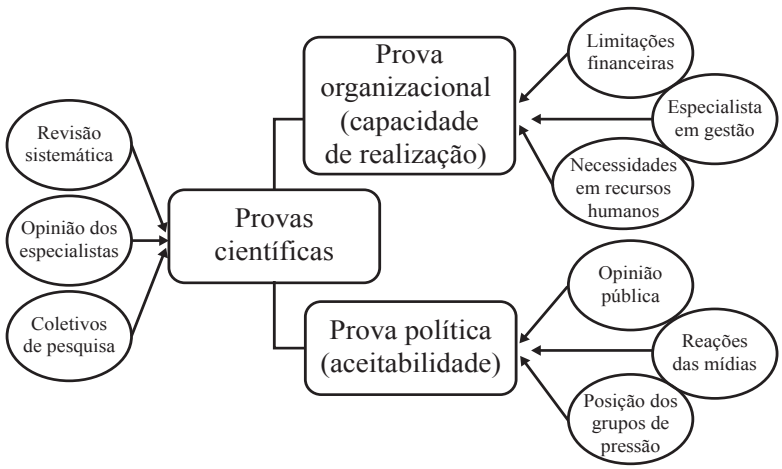
Finalmente, a questão da aceitabilidade social e política é igualmente um critério, o qual deve ser levado em conta nas decisões que tocam a gestão dos serviços de saúde. Por esse motivo, não se pode assimilar completamente o processo que conduz às decisões de gestão e de política dos serviços de saúde ao processo clínico, com base nos dados probatórios, pois ele deve considerar mais o contexto organizacional e sociopolítico no qual as decisões são tomadas (DOBROW *et al.*, 2004).

Para levar em consideração a complexidade das decisões de gestão e das políticas, R. Klein (2003) identificou três tipos de provas que fundamentam essas decisões: a prova científica, que determina a eficácia da intervenção; a prova organizacional, que aprecia sua factibilidade, e a prova política, que estima sua aceitabilidade social (figura 4.18).

Dessa forma, as decisões e escolhas são determinadas por esses três tipos de prova (figura 4.19).

É possível, dessa maneira, reformular os algoritmos de decisão apresentados anteriormente para definir as prioridades à luz da proveniência dos dados dos diferentes tipos de provas (figura 4.20). O organograma das prioridades, na figura 4.20, fornece implicitamente peso maior às provas científicas, a seguir, organizacionais e, finalmente, políticas. A ponderação de cada uma, entretanto, pode variar de acordo com os agentes presentes e de acordo com seu grau de influência.

FIGURA 4.18 – Os diferentes tipos de prova segundo Klein



Adaptado de: KLEIN, R. Evidence and policy: interpreting the Delphic oracle. *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 96, n. 9, p. 429-431, 2003.

FIGURA 4.19 – As escolhas baseadas nos dados probatórios segundo Klein

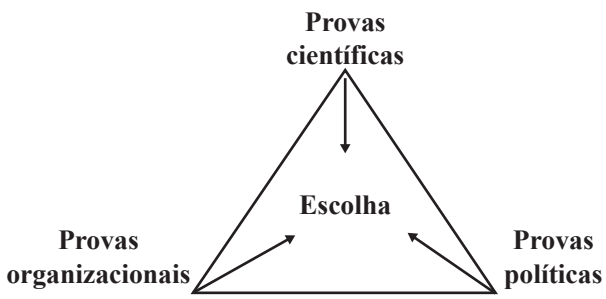


FIGURA 4.20 – Planilha de tomada de decisões e de priorização, baseada nos dados probatórios

	Prova científica (eficácia)	Prova organizacional (capacidade de realização)	Prova política (aceitabilidade)	Classificação
Dados probatórios	Sim	Sim	Sim	1
			Não	2
		Não	Sim	3
			Não	4
	Não	Sim	Sim	5
			Não	6
		Não	Sim	7
			Não	8

Teoricamente, essas três perspectivas devem se integrar de forma harmoniosa a um processo de tomada de decisões democráticas, mas é mais fácil dizer que fazer. Em uma síntese do desempenho dos serviços de primeira linha, a qual fizemos para a Fundação canadense de pesquisa sobre os serviços de saúde, propusemos um quadro operacional para integrar as provas empíricas emitidas nos estudos e o ponto de vista dos especialistas (PINEAULT *et al.*, 2010). O resultado desse processo mostra convergência entre os dois pontos de vista sobre diversos resultados. É interessante observar que as zonas de divergência que podem aparecer possuem a natureza de levantar questões e constituem certos assuntos de debates e deliberações. Em outro estudo, comparamos igualmente as conclusões de um coletivo de pesquisa sobre os serviços de primeira linha com aquelas de um grupo de tomadores de decisão. Descobrimos grau muito elevado de concordância entre os dois grupos sobre diversos resultados, o que confere às nossas conclusões maior grau de certeza (PINEAULT *et al.*, 2007). Denominamos essa convergência de "efeito de acentuação dos resultados". Em contrapartida, quando havia uma divergência, atribuíamos a um efeito de atenuação de nossos resultados, o que fez surgir, nesse caso, a necessidade de deliberações mais profundas. É interessante ressaltar que, em um caso particular, onde a aceitabilidade política era grande na ausência de dados científicos probatórios, é evidente que a aceitabilidade política predominou e influenciou a decisão de unir os CLSC. Esse resultado ilustra bem o ponto mais destacado: o peso atribuído aos critérios científicos, organizacionais e políticos pode mudar de acordo com as circunstâncias e com os contextos.

* * *

Neste capítulo, foram expostos diferentes assuntos ligados à avaliação. Após a perspectiva inspirada em Donabedian, distinguimos os três tipos de avaliação referentes à estrutura, aos processos e aos resultados. Atenção particular é atribuída à avaliação normativa, que é mais pertinente aos clínicos e gestores, sem, todavia, negligenciar a ligação dessa última com a pesquisa avaliativa, que assegura sua validade. A avaliação dos resultados faz uso do conceito de eficácia, de ensaio, de utilização ou populacional. A avaliação econômica é particularmente importante para a gestão, apesar dos limites que ela comporta. A medida da eficiência refere-se à estimativa dos resultados em relação ao custo dos recursos investidos. Sobre o plano epistemológico e técnico, a análise da eficiência apresenta limites, principalmente a falta da consideração dos aspectos éticos do conjunto de resultados, incluindo as externalidades.

Abordamos, também, os assuntos mais diretamente ligados à aplicação da avaliação. Dessa forma, a avaliação *a posteriori* ou estratégica forneceu a oportunidade de rever o algoritmo de priorização das intervenções de saúde, a partir de parâmetros de avaliação. Outros assuntos, como a ligação entre a qualidade dos cuidados à saúde e a avaliação normativa, a avaliação do desempenho, a gestão centrada no desempenho e a monitorização interpretativa foram discutidos. Finalmente, encerramos o capítulo com uma discussão sobre a gestão baseada nos dados probatórios (evidências) cujo valor científico da prova repousa sobre os conceitos de validade interna e externa. Além da prova científica, outras fontes incluem as informações organizacionais e políticas. Os pesos relativos atribuídos a cada uma destas fontes pode influenciar fortemente o resultado das decisões.

EXERCÍCIOS

1. Tipos de avaliação

Para cada um dos indicadores a seguir, diga se eles dependem da avaliação da estrutura, do processo ou dos resultados.

1.1 O número de médicos a cada 100.000 habitantes da população.

1.2 O número de enfermeiros por leito de hospitalização de curta duração num hospital.

1.3 O número de pacientes com infecções nosocomiais a cada 1.000 hospitalizações.

1.4 O número de dias de hospitalização evitáveis devido às permanências muito longas.

1.5 A porcentagem de apêndices normais a cada 1.000 apendicectomias.

1.6 A implementação de um sistema de melhoria contínua da qualidade.

2. Produtividade, eficiência e eficácia

Para cada um dos indicadores a seguir, verifique se eles medem a produtividade, a eficácia ou a eficiência:

2.1 O número de anos potenciais de vidas salvas a cada milhão de dólares investidos em saúde.

2.2 O número de exames de radiologia por hora de funcionamento da unidade de radiologia.

2.3 A expectativa de vida no nascimento.

2.4 O número de pacientes atendidos por um médico por semana.

2.5 O número de pacientes com doenças nosocomiais a cada 10.000 hospitalizações.

3. Avaliação dos resultados dos cuidados num hospital

Dois hospitais de cuidados de curta duração (A e B) apresentam as seguintes características:

	A	B
Número de leitos disponibilizados (utilizáveis)	500	300
Taxa de ocupação	80%	90%
Duração média de permanência	9,8 d	7,9 d
Número de óbitos a cada 1.000 admissões	4,0	2,0

A partir desses dados, diga se os enunciados a seguir são verdadeiros ou falsos:

		Verdadeiro	Falso
3.1	Pode-se dizer que a qualidade dos cuidados à saúde é superior no hospital B, pois a taxa de mortalidade dele é menor.	[ ]	[ ]
3.2	A permanência média mais longa em A, bem como o tamanho desse hospital, parece indicar que os casos de hospitalização em A são mais graves.	[ ]	[ ]
3.3	A permanência média mais curta em B que em A pode ser devida a uma taxa de ocupação mais elevada em B que em A.	[ ]	[ ]
3.4	A taxa de mortalidade a cada 1.000 admissões não pode ser absolutamente utilizada como um indicador válido da qualidade dos cuidados à saúde.	[ ]	[ ]

4. Influência do modo de financiamento sobre diferentes parâmetros de avaliação

Existem diferentes modos de financiamento para os estabelecimentos de saúde, principalmente para os hospitais, os quais podem possuir efeito sobre determinados parâmetros de desempenho dos estabelecimentos, tais como: produtividade, utilização apropriada dos serviços, eficácia (de utilização ou populacional), eficiência etc.

Indique qual é, em sua opinião, o efeito positivo dos diferentes modos de financiamento sobre os indicadores de desempenho, completando a tabela a seguir; classifique os modos de financiamento de acordo com seu efeito positivo sobre cada um dos indicadores (1 = o efeito mais positivo; 4 = o efeito menos positivo) e justifique sua escolha.

MODO DE FINANCIAMENTO	**EFEITO SOBRE**				
	Produtividade	**Utilização apropriada dos serviços**	**Eficácia de utilização**	**Eficácia populacional**	**Eficiência**
A. Orçamento global					
B. Pagamento por episódio (precificação da atividade)					
C. Pagamento em função de cada um dos serviços produzidos (por procedimento)					
D. Pagamento por capitação					

Definição dos termos

Orçamento global

Orçamento concedido aos estabelecimentos de forma prospectiva de acordo com o tamanho (número de leitos) e, eventualmente, considerando determinados parâmetros, tais como o número de dias de hospitalização, a taxa de ocupação, a duração média da permanência. Reprova-se sua base histórica e, frequentemente, passa-se de um ano a outro sem grandes ajustes.

Pagamento por episódio (tarifação da atividade)

- Reembolso por um episódio, independentemente da duração da permanência no hospital e dos procedimentos realizados;
- Com base na natureza do caso (diagnóstico);
- O Diagnosis Related Group (DRG) norte-americano ilustra bem esse modo.

Pagamento por cada um dos serviços produzidos (por procedimento)

- Todos os procedimentos (diagnóstico, tratamento) são detalhados, pois cada um deles é reembolsado individualmente;
- Cada dia de hospitalização é faturado à parte, correspondente aos serviços de hotelaria;
- Força a instituição ao estabelecimento do custo real dos serviços.

Pagamento por capitação

- O estabelecimento aceita adiantar o fornecimento dos serviços aos indivíduos que são cobertos por um tal regime (por exemplo: o HMO norte-americano) durante um determinado período (por exemplo, um ano);
- Há, geralmente, um contrato entre terceiros pagantes e o estabelecimento.

5. A aplicação da gestão centrada nos resultados numa região

Uma pequena história de caso

Informações básicas:

Você é o diretor geral de uma Agência Regional de Saúde (ARS) responsável por uma população de, aproximadamente, 2 milhões de habitantes. O Ministério da Saúde procedeu, há 3 anos, com uma descentralização administrativa da ARS. Cada ARS recebeu um orçamento do Ministério, com base *per capita* ajustada de acordo com as necessidades de saúde e de acordo com os resultados de saúde obtidos. Agora, após a obtenção de seu primeiro orçamento há três anos, sua região viu declinar, durante esse período, o estado de saúde de sua população, conforme medida, por exemplo, pela mortalidade infantil, que passou de 10 a 13/1.000, e por determinados indicadores de saúde mental, tais como a taxa de suicídio de jovens, que aumentou em 30%. O Ministério chamou a atenção da agência sobre a deterioração da saúde de sua população e ameaçou ajustar seu próximo orçamento com uma diminuição, devido à sua falta de desempenho. Como você reagiria a essa ameaça? Procure responder a essa parte da questão antes de tomar conhecimento das informações adicionais.

Informações adicionais:

Durante estes 3 últimos anos, a ARS deveria ter investido consideravelmente em sua rede hospitalar, sobretudo nos equipamentos que eram obsoletos e instáveis. Além dis-

so, a região sofreu, igualmente, uma deterioração de suas condições socioeconômicas (aumento da taxa de desemprego de 8 para 15%, fechamento de fábricas e diminuição da renda média das famílias em 20%). Com essas informações adicionais, qual estratégia você formularia para defender sua auditoria perante o Ministério?

6. A aplicação da gestão centrada nos resultados em um hospital

Uma breve história de caso

Informações básicas:

Você é o diretor-geral de um hospital regional de 500 leitos, que fornece serviços especializados e ultraespecializados a uma população. Foi implantada nessa região uma forma de orçamentação baseada no alcance de resultados de saúde. Agora, precisamente após essa implantação, determinados indicadores de resultado, tais como a taxa de mortalidade, aumentaram progressivamente, passando de 2,1 para 3,9 óbitos a cada 1.000 admissões. Diante desses resultados desagradáveis, a direção da ARS lhe informou sobre sua intenção de revisar seu orçamento com uma diminuição. Qual gênero de documentação você consideraria montar para defender sua instituição? Procure responder a essa primeira questão antes de tomar conhecimento das informações adicionais a seguir.

Informações adicionais:

Na mesma região, foi fechado um centro de traumatologia, o que resultou na transferência dos casos que eram lá tratados para o seu hospital. Entretanto, cálculos ajustados para esses casos mostram que a mortalidade aumentou em seu hospital no curso dos três últimos anos. Você observou que a área de serviço de seu hospital foi ampliada recentemente, particularmente para os serviços especializados e, até mesmo, ultraespecializados. Ademais, devido ao recrutamento de novos médicos especializados, seu hospital oferece, agora, serviços mais especializados, principalmente em neurologia, em cardiologia e nas disciplinas cirúrgicas correspondentes. Finalmente, a análise das informações sobre a morbidade mostra aumento do *case mix*, sem que a duração média de permanência seja prolongada. Agora, você é capaz de completar sua resposta à ARS.

7. Os tipos de eficácia

A eficácia de utilização e a eficácia populacional são duas medidas distintas do efeito de uma intervenção. Acerca desse assunto, diga se os enunciados a seguir são verdadeiros ou falsos.

		Verdadeiro	Falso
7.1	A eficácia da utilização informa, primeiramente, sobre os resultados observados pelos usuários dos serviços.	[ ]	[ ]
7.2	Para mensurar a eficácia populacional de um programa de cuidados prestados por um estabelecimento, é preciso conhecer a área de serviço.	[ ]	[ ]

		Verdadeiro	Falso
7.3	A eficácia da utilização reflete melhor que a eficácia populacional a responsabilidade social e comunitária de um recurso de saúde.	[ ]	[ ]
7.4	As medidas de eficácia de utilização e da eficácia populacional de um programa de saúde comunitária são indicadas nos casos em que a população-alvo alcança 100%.	[ ]	[ ]
7.5	A eficácia de utilização de um modo de tratamento é uma condição necessária e suficiente para sua eficácia populacional.	[ ]	[ ]
7.6	Para obter uma eficácia populacional, um modo de tratamento deve, inicialmente, ter demonstrado uma eficácia de utilização.	[ ]	[ ]

8. Desempenho, dados probatórios

Em sua opinião, os enunciados a seguir são verdadeiros ou falsos?

		Verdadeiro	Falso
8.1	A diferença entre a avaliação da qualidade e a avaliação normativa reside no fato de que esta última se apoia mais nos dados científicos.	[ ]	[ ]
8.2	A avaliação do desempenho, em referência às metas a serem alcançadas, visa também explicar os resultados obtidos e interpretando as relações entre os diferentes componentes da intervenção.	[ ]	[ ]
8.3	O modo de pagamento de incentivo ao desempenho (*pay for performance*) provou sua eficácia para orientar a prática médica em direção às metas visadas.	[ ]	[ ]
8.4	As decisões baseadas nas evidências devem se apoiar apenas nos dados científicos.	[ ]	[ ]
8.5	A monitoria interpretativa revela mais a avaliação normativa que a pesquisa avaliativa.	[ ]	[ ]

9. Validade interna e externa

Indique se os seguintes desenhos aumentam a validade interna ou externa de um estudo. Justifique sua resposta.

	Aumenta a validade interna	Aumenta a validade externa
9.1 Amostra probabilística a partir de toda a população de uma região		
9.2 Protocolo de estudo com grupo de controle e divisão dos indivíduos ao acaso		
9.3 Análise de implantação		
9.4 Análise lógica de intervenção		
9.5 Repetição do estudo em diversos contextos		

10. Sistema de estimativa do desempenho

Em um sistema de estimativa do desempenho, como aquele desenvolvido pelo Commonwealth Fund, observa-se a seguinte evolução da situação, em um país, ao longo dos anos:

Valor dos indicadores	**Razão indicadores/referências**
10.1 Melhora	Não muda
10.2 Deteriora	Não muda
10.3 Não muda	Melhora
10.4 Deteriora	Melhora
10.5 Melhora	Deteriora

Supondo-se que os indicadores e as referências medem claramente o que devem medir, indique quais, entre os cinco cenários apresentados, correspondem a uma melhora ou a uma deterioração do desempenho. Justifique sua resposta.