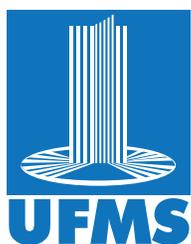
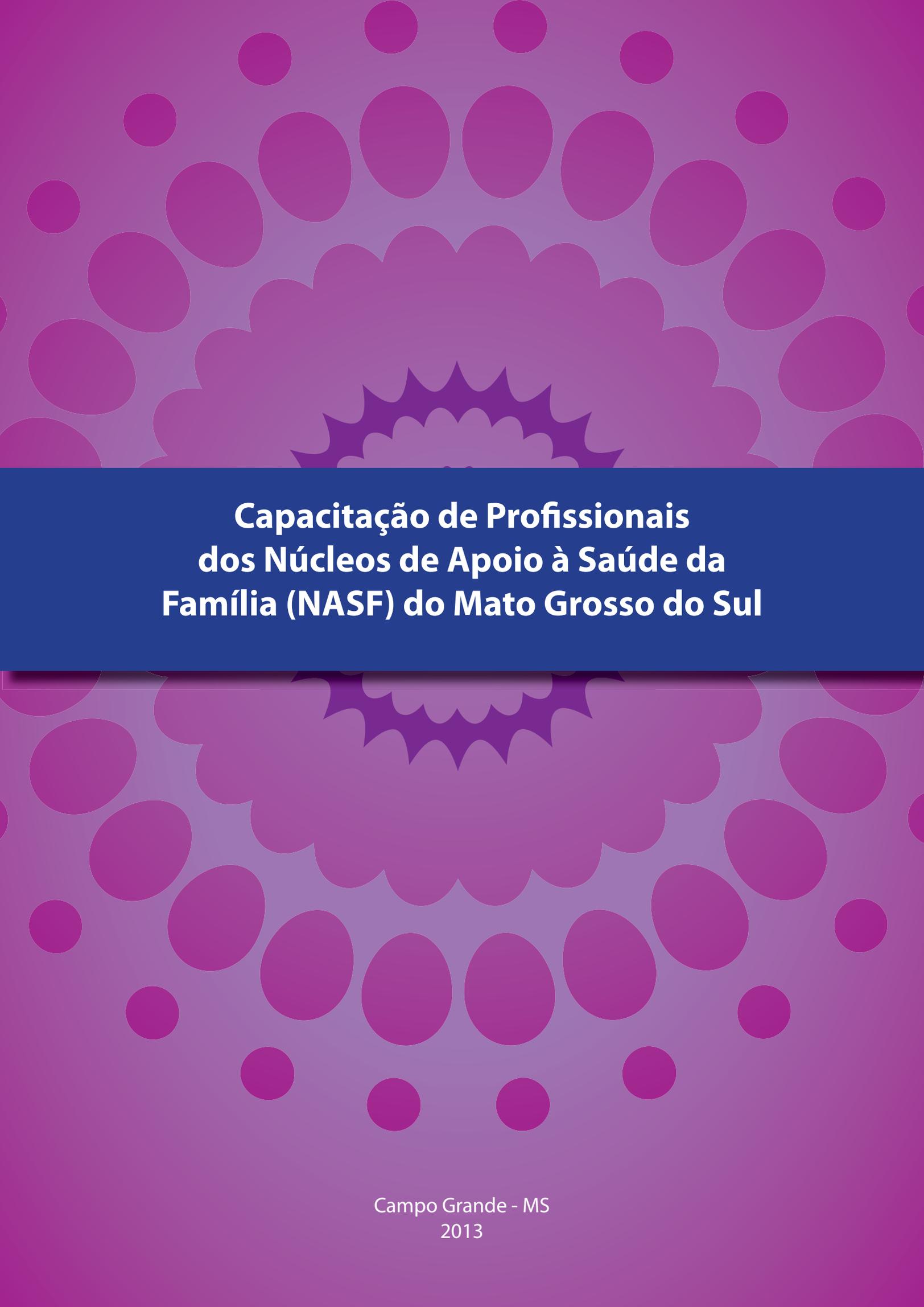




Capacitação de Profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do Mato Grosso do Sul



Campo Grande - MS
2013

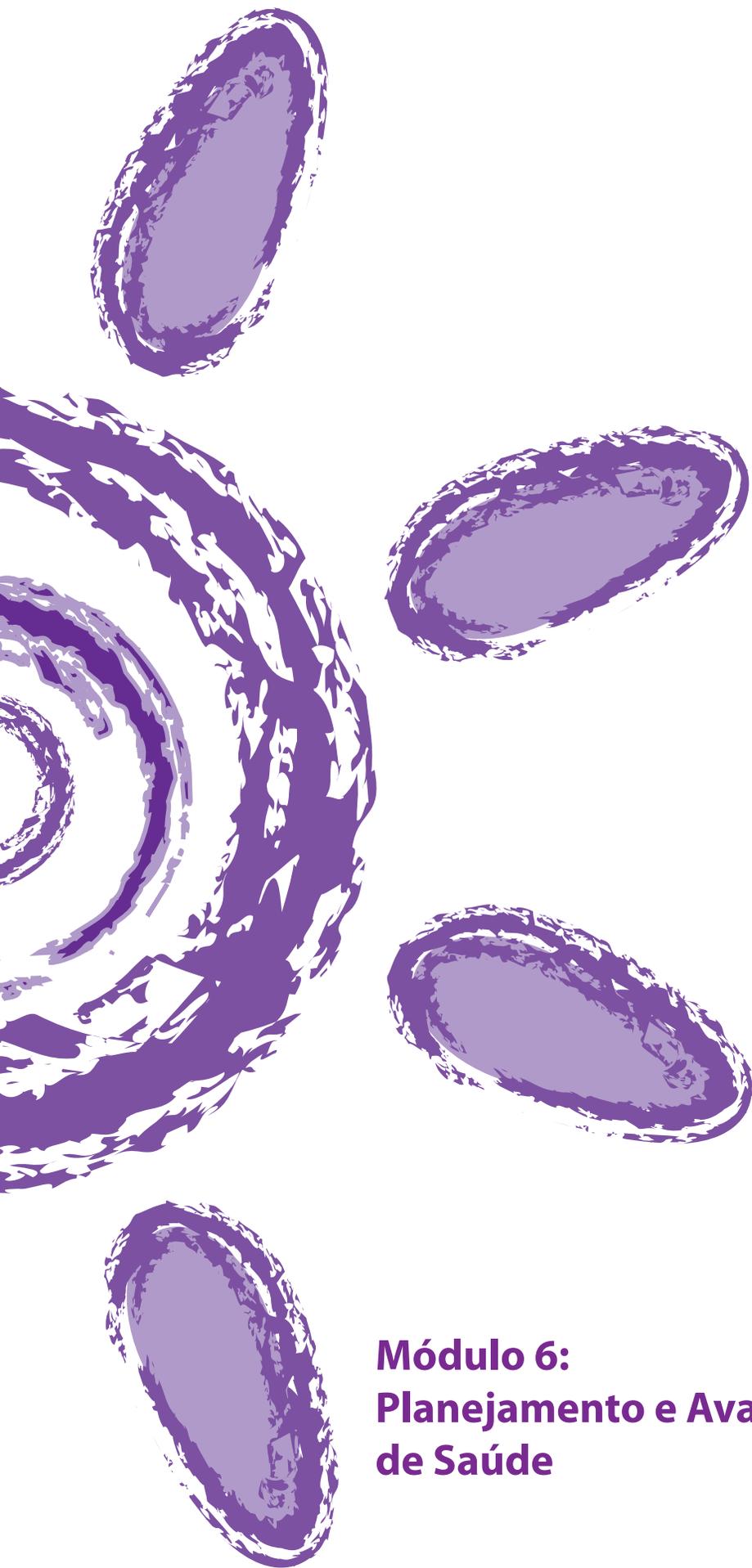


**Capacitação de Profissionais
dos Núcleos de Apoio à Saúde da
Família (NASF) do Mato Grosso do Sul**

Campo Grande - MS
2013

SUMÁRIO

Módulo 6 - Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde	4
Introdução.....	5
1 - Planejamento em saúde: uma breve abordagem.....	6
2 - Planejamento normativo e estratégico	8
3 -Planejamento Estratégico Situacional (PES)	9
4 -Sistema de Planejamento do SUS (Planeja SUS)	12
5 - Planejamento na ESF e NASF: desafios aos profissionais da saúde... 	13
6 - AMAQ-NASF: identificando problemas e soluções.....	17
Considerações finais	20
Referências Bibliográficas	21



Módulo 6: Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde

AUTORES:

Débora Dupas G. Nascimento
Michele Peixoto Quevedo
Fernanda Rocco Oliveira
Rosani Pagani

Introdução

Este módulo tem o intuito de despertar para alguns aspectos teóricos e conceituais que envolvem o planejamento e a avaliação das ações de saúde, possibilitando uma maior aproximação dos profissionais às ferramentas e aos instrumentos para gestão da clínica e incorporação de novas práticas no cotidiano do trabalho da Estratégia Saúde da Família e NASF.

Mas, por que e para que serve o planejamento e a avaliação em saúde? Como planejar? Como avaliar? O que avaliar? Com qual objetivo? Qual a diferença entre monitoramento e avaliação? Estas e outras questões serão exploradas neste módulo.

Para começarmos, é importante compreendermos que planejamento e avaliação devem ser indissociáveis no mundo do trabalho, uma vez que um retroalimenta o outro. O planejamento é realizado a partir de um diagnóstico e para uma avaliação situacional prévia e a avaliação, posteriormente, é uma ação/intervenção oriunda de um certo planejamento.

Vale ressaltar que qualquer avaliação implica em juízo de valores, sendo necessária a elaboração de parâmetros que subsidiem a análise e a reflexão para mudanças, adequações e aprimoramentos que se fizerem necessários no cotidiano do trabalho.

1. Planejamento em saúde: uma breve abordagem

O planejamento em saúde no contexto da Atenção Básica e, especificamente, na Estratégia Saúde da Família (ESF) deve ser sistematizado e articulado de forma colaborativa e participativa, considerando as singularidades do território e da população que nele habita. Outros aspectos a serem considerados dizem respeito à estrutura e ao funcionamento do serviço de saúde, aos profissionais e saberes que nele atuam, ao apoio da gestão e à composição da rede de atenção à saúde.

O planejamento em saúde objetiva estimular o crescimento e as possibilidades de mudança, de desenvolvimento e de organização do serviço. A sua história como método origina em 1965, por meio da programação em saúde e planejamento normativo, divulgado pela Organização Pan-Americana de Saúde (Motta, 2012).

Na década de 70, inicia-se a discussão sobre planejamento estratégico e situacional, mas é apenas nos anos 80 que se difunde o Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido por Carlos Matus, como um método de planejamento para área de saúde (Motta, 2012).

Matus (1993) defende que planejamento consiste em um cálculo situacional sistematizado, capaz de articular o presente com o futuro. Para Paim (2002), o planejamento é um processo de transformação de uma situação em outra, a partir de uma determinada finalidade. Ele é capaz de traduzir e implementar as políticas públicas em necessidades assistenciais de cada

território (Schraiber, 1995).

Existem diversos modelos e métodos de planejamento, porém, neste momento, focaremos nos modelos normativo e estratégico, entendendo-os como uma prática social, assim como propõe Testa (1995). Este autor aponta que tais modelos demandam o enfrentamento compartilhado de situações problema, identificadas e vivenciadas pelos profissionais da saúde e pelos demais atores de um determinado contexto. A identificação dessas problemáticas é o que nos dá subsídios para traçamos um plano de ação que deve conter a descrição detalhada dos objetivos que almejamos alcançar.

Dessa forma, sinalizamos que o diagnóstico sistemático do território – com identificação de seu perfil epidemiológico, de suas necessidades de saúde e vulnerabilidades – é o primeiro passo do planejamento em saúde. O segundo passo consiste em ter objetivos e metas.

No diagnóstico, vale ressaltar que a definição de um problema ou de uma situação problemática pode se dar de diversas formas: a partir de vivências, percepções e ideologias de cada profissional sobre dada realidade. Estas percepções poderão ajudar no ordenamento de idéias, aliado a critérios de risco e vulnerabilidade já instituídos na área da saúde (Motta, 2012).

Podemos dizer que planejamento consiste em decidir previamente o que será feito, para mudar condições insatisfatórias no presente ou evitar que condições satisfatórias venham a deteriorar-se no futuro (CHORNY, 1998).

Só planeja quem sabe exatamente o que busca e onde se quer chegar, uma vez que os objetivos direcionam para o melhor percurso e para a melhor estratégia a ser utilizada.

Nesse sentido, o principal objetivo do planejamento em saúde é a melhoria das condições de vida e saúde da população, a partir da utilização do conhecimento e de todos os recursos disponíveis em determinada realidade (Chorny, 2010), além de proporcionar/possibilitar/produzir a qualificação dos processos de trabalho.

Apresentaremos alguns métodos de planejamento para subsidiar a reflexão e incorporação desta prática pelos profissionais da ESF-NASF, mas antes convidamos vocês a analisarem uma situação prática para ilustrar nossa discussão: Cena 1 - Reunião Técnica na UBS Céu Azul.

Cena 1

A gerente Ana Cristina inicia a reunião com 2 médicos (Carlos e Alfredo), 2 enfermeiras (Beatriz e Andresa), 1 dentista (João) e os profissionais do NASF (Gisele, Karen, Caio, Pedro e Luciane).

Ana Cristina: _Boa tarde a todos! Nossa reunião de hoje tem como pauta o planejamento das ações para o próximo ano. Fizemos uma avaliação de tudo o que foi desenvolvido ao longo deste ano e identificamos algumas falhas que precisam ser sanadas, uma vez que diversas prioridades ficaram sem uma intervenção mais efetiva. Não podemos deixar que isso aconteça novamente...

Beatriz: _Concordo. As gestantes são um exemplo... não conseguimos garantir consulta pré natal para todas e nossos grupos sempre estiveram esvaziados. Elas não aderiram e nós não conseguimos garantir um cuidado integral. Tivemos até a morte de uma criança... isso é inadmissível!

Alfredo: _É, mas conversamos em reunião de equipe que era melhor o NASF ter assumido este grupo, mas...

Gisele: _Na realidade, Dr. Alfredo, por diversas vezes propusemos sentar com vocês para planejarmos conjuntamente este grupo, pensando em estratégias, temas e abordagens para potencializá-lo, mas o entendimento era que não precisava, que bastava que estivéssemos no dia e horário previsto para que ele acontecesse. Além disso, o grupo é da equipe, não é mesmo? Estamos e estaremos juntos com vocês para fazer o que for preciso...

Ana Cristina: _Gente, neste momento não adianta lamentarmos tudo o que aconteceu... temos que focar no planejamento compartilhado entre a ESF e NASF para que não haja outras falhas. Não dá mais para fazermos o planejamento em separado e vamos garantir que as ações e grupos que precisamos fortalecer, se concentrem nos 2 dias na semana em que eles estão aqui para nos apoiar. Precisamos estruturar nossa agenda para suprir a demanda e as necessidades da população...

Faremos um primeiro movimento aqui na reunião técnica, pensando no território como um todo e posteriormente cada equipe deverá se reunir para pensar nas particularidades de cada micro área, com os agentes, auxiliares... e, no final do mês, precisamos discutir também na reunião do conselho gestor.

Andresa: _E por onde vamos começar? Por ciclo de vida?

Caio: _Pode ser um caminho e temos diversos instrumentos que podem nos subsidiar, como o SIAB, as dimensões e resultados do AMAQ, a classificação de situações de maior risco e vulnerabilidade no

território feito pelas ACSs, a classificação de risco de Framingham realizada pelos médicos... Todas essas informações podem nos ajudar no planejamento e na gestão de nossa prática...

E segue a reunião...

É possível observar que a equipe técnica inicia a discussão sobre um problema identificado no território. Existe a necessidade de ajustar a oferta do serviço e o processo de trabalho das equipes à demanda da população a quem o serviço assiste.

Para isso, eles começam a refletir sobre os possíveis instrumentos que fornecerão subsídios para o início do planejamento das ações da unidade.

Para compreendermos melhor os métodos de planejamento normativo e estratégico, faz-se necessário entendermos primeiramente a diferença entre planejamento e plano.

Podemos dizer que, do planejamento derivam alguns produtos, como o plano, o projeto e o programa.

Chorny (2010) define o plano como um instrumento que possui orientações com vistas a efetivar as mudanças desejadas. De acordo com Matus (1993), o plano é um produto momentâneo do planejamento, uma vez que ele direciona a ação dos profissionais em busca do que foi planejado, permitindo adequações ao longo do processo. Ele deve explicitar as estratégias e diretrizes, oferecendo subsídios para elaboração de programas ou projetos (Paim, 2006), factíveis e viáveis para determinada realidade.

2. Planejamento normativo e estratégico

O **planejamento normativo** tem como foco a utilização eficiente de recursos (ganhos econômicos) na resolução de “nós críticos”, estabelecidos *a priori* pelo planejador – que não está imerso na situação ou contexto social, o que torna o planejamento unidimensional e tecnocrata.

Contrapõe-se ao **planejamento estratégico**, uma vez que este considera a realidade e acredita que as propostas devem emergir desta e devem ser construídas de forma compartilhada, a partir de múltiplas interpretações (Bomfim, 2011).

O quadro abaixo apresenta algumas das características e diferenças do planejamento normativo e estratégico.

Quadro 1: Pressupostos do planejamento normativo e estratégico.

Planejamento Normativo	Planejamento Estratégico
O foco está direcionado para questões técnicas e para busca de formulações de planos, programas e projetos desejáveis.	O foco está direcionado para pessoas e para realização de planos, programas e projetos possíveis.

Parte de um modelo analítico que explica uma situação problema e estabelece um diagnóstico como uma verdade objetiva e única.	Parte de uma situação problema inicial sem estabelecer um diagnóstico único, por considerar o contexto e a realidade social.
Os objetivos são frutos do diagnóstico e o planejador tem uma posição diferenciada e não faz parte do contexto.	Os objetivos são frutos de consensos entre todas as pessoas envolvidas no processo e o planejador está imerso no contexto e conta com a colaboração dos demais atores sociais.
O planejador controla a realidade desconsiderando incertezas e aspectos probabilísticos.	Os atores que planejam não possuem total controle da realidade planejada e administram as incertezas ao longo do processo.

Fonte: elaboração própria com base em Ander-Egg (2007) e Matus (1993).

3. Planejamento Estratégico Situacional (PES)

Foi Matus (1993), autor chileno que, por meio de sua experiência enquanto ministro da Economia do governo Allende, idealizou o Planejamento Estratégico Situacional (PES).

É considerado um modelo da família dentre outras formas de planejamento estratégico aplicado ao setor público (GONÇALVES, 2005).

Para o mesmo autor, o PES é considerado um modelo pautado na descentralização e na democracia, no qual o produto final, ou seja, o plano, é fruto da criação coletiva. Trabalha-se com o reconhecimento da complexidade da realidade e admite-se que não há conhecimento único, portanto envolve também vários atores na resolução do problema.

Para Matus (1993), citado por Gonçalves (2005), deve-se compreender o planejamento como a constante articulação entre a estratégia e a tática. Estes são considerados elementos fundamentais em um dado sistema, no qual sujeitos planejam e, por possuírem objetivos distintos, geram uma relação de forças, de alianças produtoras de idéias e caminhos possíveis.

Para que o objetivo do planejamento seja alcançado e tenha sucesso, faz-se necessário o estabelecimento de acordos e negociações entre os interesses individuais, entre aquilo que se deseja desenvolver, e as possibilidades existentes. Segundo Matus (1993), citado por Gonçalves (2005), por meio deste jogo de articulações, o planejamento sempre envolveria conflito e/ou cooperação.

Para Matus (1993), citado por Rieg e Araújo Filho (2002), o PES possui três características: subjetivismo; elaboração de planos-proposta a partir de problemas e incerteza do futuro, não sendo possível prevêê-lo.

Por trás do subjetivismo, encontra-se a premissa de que os indivíduos significam situações vividas, bem como suas ações decorrentes destes significados. Sendo assim, não se pode planejar nem agir no PES ignorando-se a carga de subjetividade dos indivíduos envolvidos na situação.

Planos-proposta são elaborados a partir de problemas, entendidos como obstáculos que, por sua vez, são criados em decorrência das diferenças entre a realidade atual do jogo social e as expectativas, aspirações de um indivíduo de acordo com seu mundo subjetivo (HUERTAS citado por Rieg e Araújo Filho, 2002).

Apesar de possuir como característica a incerteza do futuro, o PES não se limita a uma visão determinista do mundo. A intenção não é de prever o futuro, buscando alcançá-lo, e sim preparar os atores para enfrentar as dificuldades.

É possível identificarmos na CENA 1 que Beatriz, Alfredo e Ana Cristina trazem percepções diferentes com relação ao planejamento do grupo, tanto com relação ao momento em que se construiu a proposta e foi definido o foco do projeto, como no desenvolvimento e na efetividade do grupo. No diálogo, parece existir uma tentativa de ausência de responsabilidade de cada ator envolvido com o grupo e uma dificuldade em lidar com o “não sucesso” de suas ações. Durante o planejamento não ficam claras as expectativas, os desejos e intenções de cada componente envolvido e não foram estudados os obstáculos possíveis que a equipe poderia enfrentar diante do “problema” escolhido.

O desenvolvimento do PES ocorre por meio de quatro momentos distintos: o explicativo; o normativo; o estratégico e o tático-operacional. A sequência dos mesmos encontra relacionada a uma estratégia didática, pois trata-se de momentos interdependentes e alternantes (MELLEIRO e col. 2005).

Momento Explicativo

Aqui a descrição da realidade se dá por meio da seleção de problemas considerados relevantes, na qual se busca compreender os motivos que levaram ao aparecimento desses problemas.

A síntese desse momento, segundo Matus (1993) citado por MELLEIRO e col (2005), denomina-se Fluxograma Situacional, no qual os seguintes aspectos encontram-se inseridos, resumindo o conteúdo desta etapa:

- Clareza e objetividade devem ser aspectos utilizados para a elaboração do problema;
- Deve existir um ator responsável por explicar e articular as ações, no sentido de operar e conceber as intervenções, visando à solução do problema;
- O problema deve ser apresentado por meio de descritores, preferencialmente representados por indicadores de caráter quantitativo, além de serem monitoráveis ao longo do tempo;
- Atenção às consequências do problema, por meio de exercícios de análise e discussão, cujo produto é a síntese dos principais efeitos do problema.

Voltando a CENA 1, quando Beatriz levanta o tema gestante, ela o traz por considerá-lo um problema relevante. No momento explicativo, é preciso que Beatriz, juntamente com sua equipe, possa estudar os motivos que tornaram aquele problema relevante no determinado contexto, por exemplo, a não adesão das gestantes ao grupo. O que leva as gestantes a não participarem dos grupos? Será que a equipe está conseguindo adequar a proposta do grupo aos interesses e expectativas dessas mulheres? Será que a forma de organização do grupo, a formatação do grupo (quem é convidado, quantidade de pessoas, local, data e hora etc.) é coerente com a disponibilidade das gestantes?

Questionamentos como esses são importantes de serem feitos pela equipe a fim de elaborar projetos mais produtivos, que possam considerar a maior parte possível dos elementos envolvidos na dinâmica de produção desse problema.

Momento Normativo

Ainda segundo Melleiro e col. (2005), este é o momento no qual acontece o processo de identificação dos atores que integram o problema, bem como os recursos que os mesmos disponibilizam para o controle das operações. Este exercício proporciona o mapeamento das melhores e das piores possibilidades, sendo importante frisar que, nesta etapa, torna-se importante também a definição de prazos e metas, pois dessa

forma consegue-se ter uma visão ampliada de previsão de início e término.

Será que a equipe da UBS Céu Azul conseguiu chegar a esse momento do PES? Reflexões como: quais pessoas poderão se envolver nesse projeto? Que lugar seria o mais adequado para realizá-lo? Qual é o tempo disponível da equipe e da população X o que é necessário para termos efeitos positivos e satisfatórios frente as ações desenvolvidas? Todos estes questionamentos são pertinentes neste momento.

Momento Estratégico

Para Almeida e col. citado por Melleiro e col. (2005), é neste momento que a análise situacional tem seu foco na construção da viabilidade, por meio do mapeamento de todos os atores colaboradores ou opositores à proposta.

Algumas indagações devem ser respondidas neste momento. São elas, segundo Melleiro e col. (2005):

- As operações do plano são viáveis neste momento?
- Quais as possíveis reações dos atores envolvidos no problema?
- Como construir a viabilidade para as ações aparentemente inviáveis?

O que pode ter ocorrido no grupo de gestantes da UBS Céu Azul é que não houve o estudo da viabilidade do grupo. Pelos relatos, nos parece que não houve um alinhamento dos atores envolvidos na proposta com relação aos objetivos e metodologias a serem utilizadas no grupo, por exemplo. Na fala de Gisele isso fica evidente: *"(...) mas o entendimento era que não precisava, que bastava que estivéssemos no dia e horário previsto para que ele acontecesse."*

Que instrumentos a equipe poderia dispor para estudar as melhores possibilidades de efetivação da proposta, assim como a viabilidade a partir dos recursos disponíveis?

Momento Tático- Operacional

Nesta etapa, é chegado o momento de implementar as ações propostas e adequá-las às situações apresentadas. Dessa forma, torna-se necessária a desconstrução da lógica linear: PLANEJAR-EXECUTAR-AVALIAR (MELLEIRO e col. 2005)

O trabalho com o PES nos leva a analisá-lo e descrevê-lo como um método de permanente exercício onde diálogo e reflexão sobre os problemas que incidem em uma dada realidade nos capacitam a: prever situações e alternativas de ação; antecipar possibilidades de decisão e principalmente preparar estratégias para a obtenção de governabilidade das mesmas (MELLEIRO e col. 2005)

4. Sistema de Planejamento do SUS (Planeja SUS)

Por definição, o Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde – Planeja SUS – diz respeito a uma atuação articulada, contínua, integrada e solidária das áreas de planejamento envolvendo as três esferas da gestão do SUS (BRASIL, 2009).

O objetivo geral de tal investimento é coordenar o processo de planejamento no âmbito do SUS, levando em consideração a gama de diversidades existentes nas três esferas do governo, contribuindo para sua consolidação, qualidade da gestão e atenção à saúde (BRASIL, 2009).

Seis Portarias constituíram o Sistema de Planejamento do SUS (Brasil, 2009). São elas:

- Portaria Nº 3.085, de 1º de dezembro de 2006 – Teve como objetivo regulamentar o Sistema de Planejamento do SUS;
- Portaria Nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006 – Teve como objetivo a aprovação das orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS;
- Portaria Nº 376, de fevereiro de 2007 – Teve por objetivo instituir incentivo financeiro para o sistema de planejamento do SUS;
- Portaria Nº 1.229, de 24 de maio de 2007 – Teve como objetivo aprovar as orientações gerais para o fluxo do Relatório Anual de gestão dos Municípios, dos estados, bem como do Distrito Federal e da União;
- Portaria Nº 1.510, de 25 de junho de 2007 – Teve como objetivo desvincular o repasse do incentivo financeiro para a organização do Sistema de Planejamento do SUS da adesão ao Pacto pela Saúde;
- Portaria Nº 1.885, de 9 de setembro de 2008 – Teve como objetivo instituir o incentivo financeiro para implementar o Sistema de Planejamento do SUS

Mas, na prática, que instrumentos são utilizados para a organização do Planeja SUS?

De acordo com BRASIL (2009), para seu funcionamento, dois instrumentos são revisados periodicamente e/ou formulados. São eles: (1) Os **Relatórios Anuais de Gestão** e (2) o **Plano de Saúde e as respectivas Programações Anuais de Saúde**.

Defini-se como **Plano de Saúde** “o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas” (BRASIL, 2009, p. 55).

Para a operacionalização destas intenções expressas no Plano de Saúde, utiliza-se a Programação Anual de Saúde, que contém, de forma sistematizada, as ações, os recursos financeiros e outros elementos que contribuem para o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas, assim como indicadores utilizados no monitoramento e na avaliação de sua execução.

Já o instrumento intitulado *Relatório Anual de Saúde* tem como objetivo apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (BRASIL, 2006 d, citado por BRASIL, 2009).

5. Planejamento na ESF e NASF: desafios aos profissionais da saúde

É necessário paramos para realizar um amplo planejamento de ações? Sim, é necessário. No entanto, o processo de planejamento deve ser permanente e contínuo no cotidiano da ESF/NASF dada a dinamicidade do processo saúde/doença nos territórios, uma vez que precisamos garantir as adequações em prol dos objetivos estabelecidos e da qualidade nas ações desenvolvidas.

Você pode começar pensando em como as equipes da ESF que você apóia planejam as ações e intervenções no território? O NASF faz parte deste planejamento? Quais os instrumentos são utilizados?

Para Matus (2000), para garantirmos a efetividade do planejamento frente às necessidades locais, faz-se necessário que este aconteça de forma democrática e dialógica, envolvendo todos os atores (ESF-NASF-Gestores-Usuários). Esta forma de encontro para o planejamento favorece a comunicação, a consciência coletiva e a co-responsabilização.

Planejar pode ser também um excelente pretexto para aproximar pessoas e fazê-las refletir sobre suas práticas passadas e presentes, sobre a conjuntura em que tais práticas se dão e sobre quais práticas futuras precisarão ser adotadas.

Planejar não é ponto de chegada, mas de partida. É um dos passos na conquista de qualidade dos processos humanos (comunicação, tomada de decisão, liderança, motivação, coesão do grupo), organizacionais e comunitários.

Avaliação em Saúde

CENA 2: O que avaliar nas ações de saúde?

Cinco horas da manhã de uma segunda-feira do mês de setembro, o despertador toca na casa de Gisele, nutricionista de uma das equipes NASF que cobria duas unidades, localizadas na zona norte do município de Oitica. Graduada há pouco mais de dois anos, Gisele sempre teve afinidade com a saúde pública e desde a sua formação sabia que este seria seu campo de atuação.

Logo após sua saída da graduação, iniciou seu exercício profissional em um hospital particular, mais especificamente na Unidade de Queimados de um hospital Geral. Gisele gostava de sua atuação na área hospitalar, mas sua grande paixão era, sem dúvida, a Atenção Básica e o NASF, onde havia realizado estágio durante a graduação.

A oportunidade de atuar no NASF se deu há apenas oito meses, quando uma colega de turma que trabalhava com ela no hospital lhe falou a respeito de uma vaga.

Gisele realizou o processo seletivo e ficou na primeira colocação, iniciando seu trabalho em uma equipe de NASF formada por: nutricionista; psicólogo; fonoaudiólogo; fisioterapeuta e assistente social. Sua equipe era responsável por duas Unidades: A UBS Céu Azul e a UBS Caminho do Sol.

Vinda da área hospitalar, Gisele constantemente se via fazendo comparações entre as duas atuações, mas onde Gisele mais tinha dificuldades era, sem dúvida nenhuma, na parte da avaliação de seu trabalho enquanto profissional da Atenção Básica, pois enquanto no hospital tudo parecia ser muito organizado e estruturado, no NASF tantas variáveis se inseriam na sua atuação que ficava muito difícil pensar em como avaliar suas ações: grupos; ações intersetoriais; apoio matricial, entre outros.

Essa era sem dúvida uma das principais questões debatidas nas últimas reuniões nas Unidades que trabalhava, mas somente a Unidade Céu Azul parecia estar se organizando para fazer algo em relação à questão da avaliação.

Após a Unidade, juntamente com a gerente Ana Cristina ter conseguido finalizar as ações a serem estabelecidas no próximo ano, a próxima etapa seria pensar a forma de avaliar essas ações.

A gerente organizou grupos de trabalho a fim de operacionalizar esta tentativa de se constituir uma avaliação para as ações realizadas pelo NASF: Dividiu a UBS em cinco grupos, com cada grupo tendo a participação de um profissional NASF e responsável por organizar a avaliação de uma ação: ATENDIMENTO INDIVIDUAL; ATENDIMENTO GRUPAL; AÇÃO INTERSETORIAL; APOIO MATRICIAL; VISITA DOMICILIAR.

Karen, a psicóloga, ficou responsável por organizar uma possível avaliação dos ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS; Caio, o fisioterapeuta, abraçou a avaliação das AÇÕES INTERSETORIAIS; Pedro, o fonoaudiólogo, se interessou em liderar a equipe do APOIO MATRICIAL; Luciane, a assistente social, se interessou pelas VISITAS DOMICILIARES e Gisele optou pelos ATENDIMENTOS GRUPAIS.

Ana Cristina organiza a agenda de todos os seus colaboradores de forma que os mesmos possam dispor de 1 hora semanal para reunirem-se em seus respectivos grupos a fim de pensarem nos critérios para a avaliação das ações escolhidas.

Ao escolher esta forma de trabalho, Ana Cristina também desejava estimular uma maior integração entre profissionais NASF e ESF, além de estimular a construção conjunta de possibilidades de atuação.

Naquela segunda-feira, o grupo de Gisele iria se reunir pela primeira vez na UBS (de 7:00 às 8:00 da manhã) a fim de iniciar as conversas sobre como e o que avaliar nos grupos realizados pela equipe NASF.

A reunião se inicia e vários questionamentos surgem:

"Vamos utilizar algum instrumento para avaliar os grupos?" Pergunta a enfermeira Beatriz.

Já o Dr. Felipe questiona: _"Como vamos medir o impacto deste grupo?_"

O dentista João, que não vive sem uma planilha, coloca que antes de qualquer coisa seria muito importante organizar-se uma planilha mostrando todos os grupos que a equipe NASF realiza (com ou sem a participação da ESF), bem como seus objetivos. Para ele que ministra aulas de Metodologia Científica, uma forma mais organizada de se chegar a um resultado mais palpável seria escolher um único grupo e se realizar uma experiência-piloto.

Todos gostam da idéia e fica estabelecido que a enfermeira Andresa ajude Gisele na organização dessa planilha. Mais um encontro fica agendado para a próxima segunda-feira.

Gisele e sua equipe se reúnem pela segunda vez. Após leitura dos grupos com seus objetivos, a equipe opta por iniciar a organização da avaliação pelo grupo de Reeducação Alimentar para crianças de 7 a 10 anos com sobrepeso. Este grupo tem como principal objetivo a perda de peso, bem como a mudança de hábitos alimentares para este grupo etário.

No momento desta discussão, a gerente Ana Cristina passa pela sala, que se encontra com a porta entreaberta, e fica muito animada com as discussões. Sua idéia de integrar a equipe NASF e a ESF por meio do processo de avaliação estava dando certo.

Durante a discussão dos objetivos do grupo, a gerente percebeu que a proposta estava funcionando como uma espécie de apoio matricial e que os profissionais da ESF haviam se envolvido muito. Aliás, alguns profissionais nem sabiam da existência do mesmo, embora tivessem na sua área várias crianças com sobrepeso.

Gisele começou a se aprofundar no método utilizado e nos primeiros resultados, uma vez que este grupo tinha sido o primeiro grupo estabelecido por ela, logo após sua entrada no NASF (já fazia aproximadamente oito meses que o grupo funcionava). Como o relógio marcava oito horas, a reunião foi finalizada e todos se comprometeram de estudar processos de avaliação para se aprofundar na avaliação deste grupo nas segundas-feiras subsequentes.

Quase três meses se passaram e a equipe de Gisele finalmente havia estabelecido um processo de avaliação para o grupo de Reeducação Alimentar. Chegara o grande dia de apresentar a todos da Unidade a produção coletiva.

Na reunião geral da Unidade, a gerente Ana Cristina solicita que a equipe de Gisele apresente o percurso para se chegar a uma possível avaliação, porém sem apresentar o resultado final, uma vez que as outras equipes ainda estavam neste processo e a gerente não gostaria de “contaminá-los” com o projeto final de Gisele e sua equipe. Ficou combinado que todas as propostas seriam apresentadas em um único momento.

Gisele inicia a discussão apresentando alguns questionamentos que nortearam o processo de avaliação de sua equipe em relação aos atendimentos grupais, tais como:

_ “Quando estabelecemos um grupo na Atenção Básica, a demanda/necessidade para sua realização é identificada por nós profissionais ou pelos usuários”?

_ “Que grupo é este, qual seu objetivo, como ele foi constituído e como ele é realizado”?

_ “O que desejamos realmente medir, é possível de ser medido”?

_ “Quais os indicadores poderão ser utilizados”?

_ “Como avaliar aspectos que são subjetivos”?

_ “O que realmente desejamos modificar na condição de vida e saúde desta população com nossas ações”?

Avaliação em Saúde: um passeio no passado para compreender o presente

Segundo Hartz (2009), no âmbito da saúde, a avaliação surge vinculada às áreas da epidemiologia e estatística com o intuito de testar a utilidade de intervenções direcionadas tanto ao controle das doenças infecciosas como na organização dos sistemas de informação que pudessem orientar as políticas sanitárias nos países desenvolvidos, tais como Estados Unidos, Alemanha, Inglaterra, França, Suíça e Grã-Bretanha.

Na história da avaliação, cinco estágios são identificados e todos estão relacionados ao papel que o avaliador desempenha no processo de avaliação. **O primeiro** encontra-se baseado na medida e neste estágio o avaliador exerce um papel no qual deve saber construir e utilizar os instrumentos que permitem medir os fenômenos estudados (HARTZ, 2009; GUBA e LINCONL, 1990 apud CONTRANDIOPOULOS et al, 1997).

O segundo estágio inicia-se ao longo dos anos 20 e 30 e permanece até por volta dos anos 50 e trata de identificar e descrever os programas, além de compreender sua estrutura, fragilidades e forças para verificar a possibilidade de se atingir os resultados esperados e realizar possíveis recomendações para sua implementação (HARTZ, 2009; GUBA e LINCONL, 1990 apud CONTRANDIOPOULOS et al, 1997)

Já o **terceiro** estágio, que tem início no ano de 1960 indo até o final dos anos de 1980, fundamenta-se no juízo e nele a avaliação deve permitir o julgamento de uma intervenção (HARTZ, 2009; GUBA e LINCONL, 1990 apud CONTRANDIOPOULOS et al, 1997).

Chegamos ao **quarto estágio** onde a avaliação emerge como um processo de negociação entre todos os atores envolvidos na intervenção a ser avaliada (GUBA e LINCONL, 1990 apud CONTRANDIOPOULOS et al, 1997).

O quinto estágio, que para alguns autores também é considerada a quinta geração da avaliação é definida como emancipadora, uma vez que implica a vontade explícita de aumentar o poder dos participantes no processo de avaliação (HARTZ, 2009).

Ainda segundo Contrandiopoulos et al (1997), podemos descrever quatro objetivos de uma avaliação:

1. Objetivo estratégico: ajuda a planejar e elaborar uma intervenção;
2. Objetivo formativo: fornece informação para melhorar uma dada intervenção;
3. Objetivo somativo: avalia os efeitos de uma dada intervenção, para decidir se a mesma será mantida, transformada de forma significativa ou interrompida;
4. Objetivo fundamental: contribui para o progresso do conhecimento e elaboração teórica.

Monitoramento e avaliação: juntos, porém, diferentes

Para Oakley e Clayton (2003), embora muitas vezes monitoramento e avaliação sejam vistos e utilizados de maneira sinônima e conjunta, existem diferenças entre estes dois conceitos.

Estes autores apontam que o monitoramento é uma avaliação contínua e é parte integral do gerenciamento de um projeto. Ele pode ser entendido também como um ato de acompanhar a realização de atividades programadas previamente utilizando indicadores de processo.

Já a avaliação consiste na verificação do alcance dos objetivos de forma periódica, não só pela equipe que compõe o projeto, mas também pelos beneficiários e, em algumas ocasiões, com a participação (apoio) de equipes externas. O foco da avaliação está centrado nos resultados.

Outra diferença essencial é que o monitoramento termina com a finalização do projeto, enquanto a avaliação pode se prolongar.

Não existe uma definição única e bem delimitada nem para monitoramento nem para avaliação, mas torna-se possível, por meio de algumas definições correntes na literatura, perceber a existência de duas dimensões nos projetos de monitoramento: A primeira dimensão diz respeito ao fato de que qualquer sistema de monitoramento é parte integral da administração de um projeto e que por isso não deve ser realizado por uma equipe externa ao projeto. A segunda dimensão encontra-se relacionada ao processo contínuo necessário, no monitoramento, para coletar, armazenar, analisar e utilizar informação (OAKLEY e CLAYTON, 2003).

Apesar de distintos, tanto o monitoramento quanto a avaliação proporcionam os meios necessários para medir a efetividade das intervenções de um dado programa para que a tomada de decisões, a curto e longo prazos, possam ser efetivadas. Isto ocorre porque um sistema de monitoramento oferece informações necessárias tanto para a tomada de decisões como para a avaliação de um determinado projeto que vem sendo desenvolvido.

- Para Oakley e Clayton (2003), o monitoramento e a avaliação têm como dever:
- Identificar se um determinado projeto está sendo desenvolvido conforme planejado;
- Apontar problemas, dificuldades, entraves na implementação do projeto;
- Cuidar de todos os recursos utilizados;
- Averiguar a validação dos pressupostos da etapa de planejamento;
- Avaliar a relevância da continuidade do projeto, tendo em vista as necessidades dos beneficiários.

Importância da avaliação para as práticas de saúde

Para Matus, citado por Da Silva e Formigli (1994), rotineiramente uma grande quantidade de informações são registradas pelos serviços de saúde, porém, percebe-se na prática cotidiana que estas mesmas informações não são utilizadas nem para análise da situação de saúde nem para a definição de prioridades e muito menos para a tomada de decisões visando à reorientação das práticas.

Segundo este mesmo autor, estas informações, se analisadas, podem se constituir como excelente matéria-prima para os processos de avaliação continuada dos serviços de saúde.

De acordo com Brasil (2013), precisamos também exercitar a autoavaliação das ações de forma permanente e contínua, com o intuito de acompanhar a realidade de saúde local, assim como suas fragilidades e potencialidades com vistas ao planejamento de intervenções.

Percebe-se, então, o quanto a assimilação da avaliação como prática sistemática dos serviços de saúde poderia fornecer aos gestores e profissionais envolvidos as informações necessárias para a definição, organização e orientação ou reorientação, quando necessário, de estratégias de intervenção.

E porque este processo de avaliação torna-se tão complexo no cotidiano de trabalho das equipes NASF?

Para responder esta pergunta faz-se necessário lembrar que o NASF foi criado em uma perspectiva focada na necessidade de reorganização das práticas de saúde propondo, com isso, um novo modelo assistencial. Nessa nova perspectiva, a avaliação das práticas de saúde deve ultrapassar os modelos hegemônicos quantitativos e ampliar seu olhar para aspectos qualitativos.

Neste sentido, temos hoje um importante instrumento de avaliação e planejamento do processo de trabalho do NASF que é Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (AMAQ-NASF) que abordaremos a seguir.

6. AMAQ-NASF: identificando problemas e soluções

O AMAQ-NASF se insere no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), em 2013, como uma das estratégias indutoras de qualidade, acesso e resolutividade da Atenção Básica no âmbito do SUS (BRASIL, 2013).

Primeiramente, é necessária a adesão ao programa – mediante contratualização de compromissos e pactuações entre NASF, gestores municipais e Ministério da Saúde. A segunda etapa do processo consiste na autoavaliação das equipes NASF, com vistas à melhoria do acesso e da qualidade.

Este movimento de auto-reflexão e análise induz mudanças na gestão e no cuidado a partir da identificação de problemas e formulação de estratégias de intervenção para superá-los (BRASIL, 2013).

O AMAQ-NASF consiste em duas unidades de análise que englobam a gestão (Gestão Municipal e da Atenção Básica/NASF) e equipes NASF. Em ambos são apresentados padrões de qualidade esperados com seu respectivo detalhamento, a fim de que seja avaliado de 0 (muito insatisfatório) a 10 (muito satisfatório) quanto ao grau de adequação da prática aos padrões descritos.

O instrumento de autoavaliação apresenta as seguintes subdimensões de avaliação (BRASIL, 2013):

- Implantação e implementação do NASF no município;
- Apoio à organização do trabalho do NASF;
- Educação Permanente;
- Monitoramento e Avaliação;
- Organização do processo de trabalho do NASF;
- Atenção integral à saúde.

Vale destacar que as 6 subdimensões presentes na autoavaliação dizem respeito diretamente ao processo de trabalho cotidiano do NASF e estas podem embasar reflexões sobre a organização do trabalho desta equipe subsidiando mudanças e adequações no fazer destes profissionais, de forma pactuada entre gestores e profissionais.

Sugere-se que após a autoavaliação seja desencadeado um movimento de planejamento e intervenção a partir dos problemas prioritários que foram identificados, a fim de que haja a construção coletiva de estratégias de enfrentamento – plano de ação ou intervenção.

Como o AMAQ-NASF vem sendo utilizado e discutido em seu contexto? Ele oportunizou alguma mudança no processo de trabalho da equipe NASF ou apresenta este potencial?

Para ampliar seus conhecimentos acesse:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq_nasf.pdf

Sistemas de informações em saúde: instrumento de gestão, planejamento, monitoramento e avaliação

A Organização Mundial da Saúde (2006) definiu sistema de informação em saúde (SIS) como um mecanismo de coleta, processamento, análise e transmissão de informações fundamentais para o planejamento, organização, operacionalização e avaliação dos serviços de saúde.

Os SIS têm como objetivos fornecer indicadores do estado de saúde do país, assim como oferecer dados para pesquisas analíticas e descritivas na área e subsidiar o planejamento e estratégias de intervenção, inclusive para o incremento de materiais e recursos humanos (COLLAZOZ; BRASIL, 2008).

O órgão responsável pela coleta, processamento e disseminação das informações na área da saúde é o Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS), ligado à Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. As informações de saúde contidas no DATASUS possibilitam a análise das condições sanitárias e dimensões do estado de saúde da população, dividem-se em:

- Indicadores de Saúde;
- Assistência à Saúde;
- Rede Assistencial;
- Estatísticas Vitais;
- Epidemiológicas e Morbidade;
- Demográficas e Socioeconômicas;
- Inquéritos e Pesquisa;
- Saúde Suplementar;

A navegação no site do DATASUS permite a visualização de indicadores e das condições eleitas pelo profissional no momento da busca e investigação de informações, em cada município do território nacional.

Na ESF, a principal fonte de coleta e centralização das informações do território é o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e este também deve ser a principal ferramenta de apoio para o planejamento do processo de trabalho do NASF.

De acordo com Franco (2011, p.15) *“o SIAB foi criado para que a Equipe de Saúde da Família pudesse ter informações relacionadas a famílias e às ações executadas no território, mas infelizmente nem sempre o produto desse sistema é utilizado por ela, restando apenas a alimentação de dados para o envio a instâncias gestoras governamentais para o repasse financeiro ao município, cumprindo assim, uma exigência ministerial”*.

O NASF deve conhecer as informações oriundas de cada uma das fichas e relatórios utilizados pela ESF (Fichas A, B, C e D e relatório SSA e PMA-C) em cada uma das UBS que apóia, por meio da participação compartilhada nas reuniões de equipe, reuniões técnicas e gerenciais em que estes dados são discutidos, uma vez que a informação é o subsídio da gestão e do planejamento.

Vale ressaltar que a ficha A nos apresenta características significativas das famílias da área de abrangência de cada UBS, como tipo de moradia, saneamento básico, alfabetização, faixa etária, dentre outras, podendo nos auxiliar na identificação da vulnerabilidade e outros riscos aos quais a população do território possa estar exposta.

O acompanhamento e a análise da série histórica dos dados do SIAB instrumentaliza as equipes ESF-NASF no momento da avaliação das ações realizadas – a partir da mudança no perfil e indicadores, no plano de ação para correções de não conformidades imediatas e no planejamento a longo prazo.

A rotina de analisar estes dados deve ser incorporada no cotidiano do trabalho a fim de que a informação em saúde seja uma ferramenta estratégica de planejamento, intervenção, mobilização e transformação do contexto e realidade social vivenciada pelas famílias assistidas.

Vocês, profissionais do NASF podem estar se perguntando: Por que nós precisamos saber quantos hipertensos, diabéticos, gestantes e crianças existem em cada território apoiado? Será que esta informação influencia na tomada de decisão para realização de um grupo educativo ou terapêutico?

Para ampliar seus conhecimentos acesse: www.datasus.gov.br

Considerações Finais

Agora você já conhece algumas ferramentas importantes para o desenvolvimento do trabalho junto às equipes de ESF e NASF e consegue reconhecer a relevância do planejamento e da avaliação em saúde na qualificação das ações realizadas por você e sua equipe. Basta agora desenvolver suas habilidades de observação, análise, composição, síntese e projeção. Com o tempo você desenvolverá maior criatividade na utilização dessas ferramentas e conseguirá ampliar a potencialidade de suas intervenções!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDER-EGG, E. **Introducción a la planificación estratégica**. Buenos Aires: Lumen Humanitas, 2007.
- BOMFIM, R. L. D. Formulação de políticas e planejamento. In: GONDIM, R. et al (Org.). **Qualificação de Gestores do SUS**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2011. p. 357-380.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva: trajetória e orientações de operacionalização**. Brasília: Ministério da Saúde/OPAS, 2009. 318 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- COLLAZOZ, K. L.; BRASIL, L. M. Sistemas de informação em saúde. In: BRASIL, L. M. (Org.). **Informática em Saúde**. Brasília: Universa, 2008. p. 209-19.
- CHORNY, A. H. Planificación en salud: vejas ideas en nuevos ropajes. **Cuadernos Médico Sociales, Rosario**, n. 73, p.5-30, 1998.
- CHORNY, A. H. **Planejamento e organização da atenção à saúde**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2010. (Curso de Especialização de Gestão em Saúde).
- CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J. L.; PINEAULT, R. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.
- FRANCO, J.L.F. **Sistemas de Informação**. São Paulo: Una-SUS Unifesp. Material do curso de Especialização em Saúde da Família. 2011.
- GONÇALVES, R. G. **Modelos emergentes de planejamento: elaboração e difusão**. Um estudo do planejamento estratégico situacional. 2005. 201 f. Tese (Doutorado em Planejamento Urbano e Regional) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
- HARTZ, Z. M. A. **Avaliação de Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/avasau.html>
- MATUS, C. **O líder sem Estado-Maior**. São Paulo: Fundap, 2000.
- MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1993. 2v. (Série IPEA).
- MELLEIRO, M. M.; TRONCHIN, D. M. R.; CIAMPONE, M. H. T. O planejamento estratégico situacional no ensino do gerenciamento em enfermagem. **Acta Paul. Enferm.**, v. 18, n. 2, p. 165-71, 2005.
- MOTTA, P. R. Formulação de políticas e definição de objetivos: imposições do contexto administrativo. In: VECINA NETO, G.; MALIK, A.M. **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2012. p. 105-12.
- PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W. S. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 767-82.
- PAIM, J. S. **Saúde política e reforma sanitária**. Salvador: CEPIS-ISC, 2002. 447 p.
- SCHRAIBER, L. B. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. **Saúde em Debate**, n. 47, p.28-35, 1995.

OAKLEY, P; CLAYTON, A. **Monitoramento e avaliação do empoderamento (“empowerment”)**. Tradução de Zuleika Arashiro e Ricardo Dias Sameshima. São Paulo: Instituto Pólis, 2003. 96 p.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica da programação: o caso da saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec, 1995.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

Direção de arte, Editoração Eletrônica e Projeto Gráfico:

Marcos Paulo de Souza