

UNIDADE 4

O DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO EM SISTEMAS LOCAIS

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE APRENDIZAGEM

Ao finalizar esta Unidade, você deverá ser capaz de:

- ▶ Identificar as etapas, momentos do processo de planejamento;
- ▶ Correlacionar os diversos componentes do diagnóstico de situação; e
- ▶ Construir e interpretar os indicadores mencionados.

INTRODUÇÃO

Caro estudante,

Nesta Unidade, vamos aprofundar a discussão sobre como analisar a configuração atual do sistema de saúde em suas diversas dimensões, visando o desenho de um futuro modelo desejado. Vamos estudar os fundamentos do diagnóstico da estrutura de serviços e de sua dinâmica de gestão, assim como as dimensões de seu desempenho e abordar o diagnóstico dos arranjos de coordenação e integração dos serviços, fundamental para a construção de redes regionalizadas de atenção à saúde.

Por fim, é muito importante que você perceba as relações entre as várias perspectivas do diagnóstico, uma vez que ele deve ter uma abordagem unificada. Essa percepção será imprescindível para a aplicação do conteúdo em sua prática de gestão.

Boa leitura!


No campo da saúde pública e da organização de serviços o diagnóstico de situação (ou momento explicativo) deve contemplar a análise de alguns aspectos da realidade que mantêm relações importantes com o objeto em questão. Por exemplo, para realizarmos o diagnóstico de situação de uma determinada área geográfica (ou região de saúde) precisamos conhecer aspectos relacionados com suas características demográficas, epidemiológicas, além da informação relativa ao conjunto de recursos disponíveis e/ou necessários para a atenção à saúde dessa população.

Como vimos na Unidade 3, o processo de planejamento e de gestão parte da constatação de situações consideradas inadequadas e que, por essa razão, devem ser modificadas. Além da identificação de situações problemáticas, precisamos conhecer

os fatores que as condicionam ou as determinam e identificarmos qual o âmbito de intervenção mais eficaz atuando sobre as causas dos problemas e não sobre suas manifestações superficiais. Para que seja assim, também precisamos saber selecionar adequadamente os problemas, ou seja, necessitamos reconhecer os problemas que estão no escopo de decisão de quem planeja.

Não diferente, vimos, também na Unidade 3, que o processo de diagnóstico de situação não é neutro, que ele dependerá de quem o faz e para quem é feito. Não apenas porque cada observador da realidade poderá ter uma explicação diferente para um mesmo problema, como também porque a possibilidade de solução orienta a busca de certos problemas, em detrimento de outros.

Por isso, podemos afirmar que o processo de planejamento e o diagnóstico a ser realizado são (ou deveriam ser) orientados pelos objetivos perseguidos, a situação “ideal” a alcançar, a imagem-objetivo. Em nosso caso específico, o diagnóstico terá como norte a proposta de organização de **redes de atenção** que orientará a discussão e a escolha das dimensões a serem estudadas.



Estudamos esse tema na Unidade 2, em caso de dúvida, faça uma releitura dessa Unidade.

O DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO: PRECAUÇÕES INICIAIS

Como você aprendeu na Unidade 3, o diagnóstico como parte do processo de planejamento, cumpre o papel de instrumento para a identificação de problemas e de suas respectivas estratégias de intervenção, é uma ferramenta que serve à tomada de decisão. Contudo, muitas vezes essa função instrumental do diagnóstico é negligenciada com vista à ação e acaba por produzir tratados extensos e detalhados sobre problemas que não contribuem para a definição das estratégias de intervenção.

Por isso, precisamos evitar os riscos e as armadilhas inerentes ao diagnóstico e para tal é necessário que durante a sua realização consideremos alguns aspectos a ele relacionados:

- ▶ A identificação e a explicação de eventuais problemas, assim como as consequentes propostas de ação em quaisquer dessas vertentes dependerão, sempre, de quem os analisa. Isso porque o diagnóstico não é neutro e nem objetivo, uma vez que os problemas a ele relacionados também não o são.
- ▶ A busca de informação para o diagnóstico é pré-direcionada por algum “modelo explicativo” cuja realidade o “ator”/gestor já detém antes mesmo de iniciá-lo. Esse modelo faz com que busquemos alguma informação, em detrimento de outras, na tentativa de comprovar a hipótese causadora do problema.

A informação necessária ao diagnóstico deve ser bem dimensionada, tanto em relação à quantidade quanto

à qualidade. Isso porque a análise de um grande volume de informações pode comprometer o tempo requerido para a tomada de decisões oportunas na gestão. Em relação à qualidade, precisamos explicitá-la previamente de forma criteriosa, bem como as hipóteses causais dos problemas identificados no diagnóstico, principalmente a possibilidade real de influir sobre ela, pois quando levamos em conta problemas para os quais não temos solução, esses não são de fato problemas.

- ▶ Para que as propostas de ação sejam capazes de solucionar efetivamente os problemas identificados, é evidente que um bom diagnóstico é necessário, mas não suficiente. Precisaremos trabalhar criteriosamente na análise da sua rede de causalidade, já que é sobre esses fatores que faremos algum tipo de intervenção. Essas ações contribuem para que o diagnóstico seja preciso e cumpra com seu papel de identificar os problemas e as respectivas estratégias de intervenção, facilitando a tomada de decisão.

DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO COMO IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS

O termo diagnóstico faz parte do senso comum e está associado à ideia de identificar qualquer situação que escape à normalidade, ou seja, a de detectar eventuais problemas.

No dia a dia falamos de problema para expressar situações nas quais uma ou outra pessoa envolvida experimenta algum tipo de dificuldade, ou seja, nos referimos a problema quando alguma coisa não se comporta segundo nossas expectativas.

Porém, o entendimento do senso comum não é suficiente para agir de modo eficaz na solução dos obstáculos que surgem no cotidiano dos sistemas e serviços de saúde. Para isso, precisamos, em primeiro lugar, ter uma definição adequada do que constitui um problema, veja a seguir.

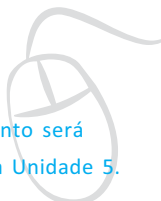
Entendemos problema como toda situação ou valor que se diferencia para pior em relação a um modelo de comparação ou a um parâmetro, escolhido como padrão por quem está avaliando.

Nesse contexto, podemos afirmar que com o diagnóstico o observador/gestor identifica problemas mediante a análise de determinadas variáveis ou indicadores, destacados ao longo do tempo por experiência própria ou alheia como os mais sensíveis aos objetivos propostos. Em alguns casos, não é a experiência que

informa a conduta a seguir, mas alguma teoria ou mesmo os desejos dos usuários (internos ou externos) dos serviços e sistemas de saúde.

Os problemas encontrados vão conformar um objeto de estudo mais detalhado na busca de suas causas efetivas, já que será sobre elas que se exercerá a ação que visa modificá-las para suprimir ou diminuir os **efeitos** não desejados.

Esse procedimento será desenvolvido na Unidade 5.



As afirmações que fizemos até esse momento partem da aceitação do fato de que o universo no qual habitamos é causal, ou seja, para existir um efeito é preciso haver uma ou mais causas condicionantes ou determinantes, isso sem que necessariamente elas sejam de nosso conhecimento ou, caso as conheçamos, que possamos reconhecer a intensidade e forma como atuam.

A determinação de problemas por parte do gestor deve obedecer a algumas regras, sendo as principais:

- ▶ Ter clareza quanto à finalidade buscada e traduzi-la com precisão.
- ▶ Ater-se àqueles que possam ser administrados, admitindo uma solução factível e viável pelos responsáveis pelo diagnóstico, pois um problema que não possa ser resolvido por quem o analisa não é, nesse nível, um verdadeiro problema.
- ▶ Fazer uma referência a características mensuráveis (sempre que a natureza do problema o permita), porque quanto mais mensuráveis forem as variáveis utilizadas, mais objetivo será o diagnóstico e menos ele dependerá de opiniões ou crenças.

Em suma, o diagnóstico de situação com foco na resolução de problemas, deve seguir os passos descritos a seguir:

- ▶ Identificar os problemas.
- ▶ Formular hipóteses explicativas para os problemas selecionados.
- ▶ Definir prioridades e estratégias de intervenção.
- ▶ Elaborar o plano de ação.

O esquema se completa com quatro determinantes e/ou condicionantes básicos, que se expressam de modo particular em cada plano:

- ▶ Determinantes sociais da saúde.
- ▶ Condições de saúde dos indivíduos e da população.
- ▶ Estrutura do sistema de serviços de saúde.
- ▶ Desempenho do sistema de serviços de saúde.

Esses determinantes e/ou condicionantes de saúde são aqueles fatores que têm influência direta nas condições de saúde dos indivíduos ou da população. Situam-se no nível estrutural e atuam como pano de fundo para as possíveis soluções aos problemas dos sistemas e serviços de saúde. A ação sobre os elementos ou fatores encontrados nas dimensões mencionadas é processada por meio de períodos que superam o tempo da gestão do plano.

Mas esse assunto não para por aqui! Ainda nesta Unidade falaremos sobre o diagnóstico da estrutura do sistema de serviços e algumas dimensões de seu desempenho.

INICIANDO O DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO EM SISTEMAS LOCAIS

Para a realização do diagnóstico de situação de uma determinada área – município/região – é possível e desejável que utilizemos uma combinação de abordagens metodológicas, como as metodologias quantitativa e qualitativa. No primeiro caso (quantitativa), analisaremos os dados secundários disponíveis e no segundo caso (qualitativas), a entrevista com informantes-chaves, grupos de discussão, grupos de estudo, entrevistas em filas etc.

Para a primeira aproximação à área em estudo, é imprescindível providenciarmos um mapa da região/área/município a ser trabalhado. Nesse mapa, precisamos localizar as principais vias de transporte existentes (estradas principais, ferrovias etc.) e as barreiras naturais mais importantes (montanhas, rios etc.). Se a população estiver distribuída de forma desigual, é importante indicarmos os principais núcleos populacionais, as áreas de favelas ou os grandes conjuntos habitacionais, por exemplo. Por fim, é fundamental situarmos os serviços de saúde diferenciando-os por porte (centros de saúde, serviços especializados, hospitais etc.).

Ao analisarmos o mapa, já podemos perceber os principais aglomerados populacionais e identificar as possíveis desigualdades na oferta de serviços, identificando imediatamente as áreas de maior e menor oferta de serviços. Essa visualização será fundamental ao diagnóstico dos determinantes sociais, das condições de saúde e de alguns aspectos da estrutura e do desempenho dos serviços de saúde como a acessibilidade.

Perceba que, para a aproximação ao diagnóstico das condições de saúde de uma população, é utilizada uma ampla gama de informações que expressam diferentes características sociais, econômicas, culturais e mais propriamente acerca da mortalidade e da morbidade.

Nesse sentido, os indicadores socioeconômicos são utilizados para uma abordagem aos problemas a partir das relações entre as condições de vida e as de saúde. Assim, imaginemos uma área com melhores condições de vida, em que a população apresente condições de habitação e de saneamento mais favoráveis, maior nível de emprego, renda e escolaridade, nela podemos encontrar tanto menores taxas de mortalidade infantil por doenças infecciosas e outras diretamente relacionadas à pobreza quanto uma população nas faixas etárias mais altas, utilizando serviços de saúde de forma mais intensa para tratamento das chamadas doenças crônico-degenerativas e cardiovasculares, em especial a hipertensão arterial, a diabetes ou as neoplasias.

Como observado no texto sobre planejamento da Unidade 3, um dos objetivos do diagnóstico é identificar grupos de risco, que

se constituem em prioridade de intervenção. No entanto, rotineiramente, os dados dispostos não são obtidos com grau de desagregação suficiente para a análise das condições de grupos de maior risco e as taxas médias muitas vezes mascaram desigualdades importantes dentro de uma mesma área. Assim, podemos considerar que, para grupos identificáveis por meio da distribuição geográfica de moradias mais precárias, por exemplo, como as favelas e os conjuntos habitacionais, os indicadores socioeconômicos (assim como os de morbimortalidade) serão certamente piores do que os da média da área considerada.

Os dados acerca da mortalidade estão rotineiramente disponíveis, mas os relativos à morbidade muitas vezes são difíceis de serem obtidos. No entanto, para os objetivos da programação podemos sempre construir hipóteses a partir da informação existente utilizando o conhecimento epidemiológico e a experiência dos profissionais envolvidos na prestação de serviços na área.

A primeira coisa que precisamos fazer é realizar a seleção e a análise de informações relevantes ao objetivo do diagnóstico a partir dos dados disponíveis, permitindo à equipe uma visão geral da área e um conhecimento inicial que certamente suscitará muitas questões. Lembre-se de que qualquer ação de diagnóstico é um processo de aproximações sucessivas, pois à medida que nos aproximamos dos problemas-alvo, aprofundamos o diagnóstico. Assim, sempre devemos partir do mais geral para o mais específico e apenas buscar informações adicionais a partir das perguntas formuladas.

Nunca devemos iniciar o diagnóstico buscando **todas** as informações disponíveis, porque há sério risco de nos afogarmos em números que de pouco ou nada servirão para orientar as ações.

Além dos indicadores de morbimortalidade para uma determinada área, podemos nos aproximar de parte da morbidade pela análise da população e dos casos atendidos nos serviços de

saúde. É sempre bom termos em mente que os indicadores expressam apenas parte dos casos – aqueles que procuraram os serviços de saúde e, mais importante, aqueles que conseguiram ser atendidos, o que nem sempre é o mesmo.

Ademais, a demanda observada em um serviço de saúde é também função da oferta. Se no município A existe um serviço de oftalmologia que funciona bem e no município B, não, ao compararmos os dados da demanda atendida não podemos dizer que o município A apresenta maior incidência de problemas oftalmológicos do que o município B.

Outra forma de conhecermos os problemas de saúde de uma população é por meio da realização de investigação por inquéritos epidemiológicos para o efetivo conhecimento das condições de saúde. No entanto, embora fundamental para a produção de conhecimento, esse inquérito epidemiológico requer a aplicação rigorosa de metodologias de investigação, pressupondo conhecimento especializado, longo tempo de preparação, aplicação e análise de resultados.

Para os objetivos do diagnóstico com vista à elaboração do plano, podemos identificar inquéritos realizados em outras áreas ou levantar a literatura pertinente e aplicar, como hipótese inicial, os resultados obtidos para a área em estudo, ressalvados os problemas, utilizando o conhecimento epidemiológico e a experiência dos profissionais envolvidos na prestação de serviços na área.

DIAGNÓSTICO DA ESTRUTURA DE SISTEMA DE SERVIÇOS

O diagnóstico da estrutura diz respeito aos fatores produtivos que são organizados para constituir os sistemas e os serviços de saúde, incluindo os saberes e as práticas profissionais. Podem ser classificados em três grandes grupos:

- ▶ **Recurso:** essa dimensão contempla todos os tipos de recursos, excluídos os financeiros, usados para a realização das atividades dos sistemas e serviços de saúde: instalações, equipamentos, insumos, materiais médico-cirúrgicos, pessoal e informações.
- ▶ **Financiamento:** essa dimensão refere-se aos recursos monetários disponibilizados para os sistemas e serviços de saúde, considerando sua origem e alocação. Nessa categoria também estão incluídas as formas de pagamento adotadas.
- ▶ **Condução e/ou gestão:** essa dimensão refere-se à capacidade dos diferentes níveis de governo de formular e executar políticas de saúde, procurando garantir o seu acompanhamento e a sua correção (quando for preciso), assumindo a regulação do setor e responsabilizando-se pelos resultados obtidos.

A estrutura relaciona-se diretamente com o desempenho dos sistemas e serviços de saúde e condiciona a sua operação. Constitui o primeiro nível a ser explorado, antes de determinar o plano de análise ou o nível ao qual serão analisados os problemas.

Conheça as oito dimensões para análise proposta pelo PRO-ADESS acessando o sítio

www.proadess.cict.fiocruz.br

Por sua vez, o desempenho dos sistemas de serviços de saúde é o âmbito em que são manifestados os problemas relativos aos processos e resultados desenvolvidos e obtidos. Embora tenhamos classificações diversas das dimensões a serem consideradas na sua avaliação, para os efeitos dessa disciplina utilizaremos o referencial proposto pelo Projeto de Metodologia de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro (PRO-ADESS).

DIAGNÓSTICO DE RECURSOS: ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO

O diagnóstico de recursos constitui-se em uma ampla análise dos serviços em operação na área considerada. Contempla aspectos relativos à estrutura, aos processos e aos resultados, de acordo com a clássica definição das abordagens à avaliação de serviços de saúde formulada por Donabedian (1980).

Por estrutura compreendemos as características relativamente mais estáveis dos serviços de saúde, os instrumentos e os recursos disponíveis e as configurações físicas e organizacionais nas quais são operados. O conceito de estrutura inclui ainda o número, as características e a distribuição de serviços e equipamentos; o número e a qualificação dos recursos humanos; e a forma como a atenção é organizada, financiada e provida.

Nessa perspectiva de análise, objetivamos conhecer a capacidade da estrutura para desenvolver determinado processo de trabalho, correlacionando informações sobre:

- ▶ a suficiência da capacidade instalada em saúde: expressa por meio da relação entre os recursos disponíveis e a população que deles necessita; e
- ▶ a adequação dessa capacidade em relação a um determinado perfil epidemiológico identificado:

expressa pela relação entre os recursos disponíveis e a necessidade de recursos da coletividade.

O detalhamento desse tipo de informação deve ser feito por meio de indicadores capazes de informar sobre distintos tipos de problemas relacionados à estrutura, como a adequação quanto:

- ▶ ao volume dos recursos disponíveis (aspecto quantitativo da capacidade instalada);
- ▶ à sua distribuição geográfica (âmbito da acessibilidade aos serviços); e
- ▶ à sua operacionalização (âmbito administrativo/gestão dos serviços).

Por processo de cuidado podemos definir o conjunto de atividades que acontecem entre profissionais e pacientes, englobando o componente técnico do cuidado médico – procedimentos, diagnósticos e intervenções terapêuticas – e a relação interpessoal. Esse aspecto está vinculado à avaliação da adequação aos padrões técnicos estabelecidos e aceitos na comunidade científica sobre determinado assunto, assim como às expectativas de grupos profissionais responsáveis pela execução das atividades ou tarefas quanto à maneira como elas devem ser feitas.

Nesse nível da avaliação, devemos procurar conhecer o comportamento dos serviços em relação à população que deles necessita e os utiliza. Esse diagnóstico pode ser considerado segundo duas óticas distintas, mas relacionadas: a primeira é a avaliação da qualidade da atenção prestada, tanto para pacientes específicos como para grupos populacionais. A avaliação da qualidade, embora muitas vezes compreendida apenas como o resultado de uma determinada intervenção específica em um episódio de cuidado, pode também constituir-se da avaliação de uma ampla gama de atributos, tais como o acesso e a adequação da oferta e a continuidade da atenção.

A segunda é a avaliação da eficácia, do impacto das ações realizadas sobre a saúde de pacientes individuais e das populações. Nesse último caso, é a avaliação do grau de contribuição do cuidado

prestado para a mudança das condições de saúde – medido entre outras formas, pelos indicadores de morbimortalidade.

De forma geral, é mais comum utilizarmos a análise da estrutura por meio da avaliação da capacidade instalada: a descrição dos serviços existentes, em termos de capacidade física – o número de leitos, os consultórios, os equipamentos etc. – e dos recursos materiais e humanos.

Nesse contexto, a análise da estrutura está necessariamente relacionada à forma pela qual ela estaria, ou não, capacitada a realizar um determinado processo de trabalho. Assim, o número de leitos existentes em uma região em si não significa praticamente nada. A avaliação que deve ser realizada permite dizer se esse número é suficiente para dada população, se suas características e especialidades estão adequadas às necessidades de saúde da população a que deve servir e se a distribuição geográfica permite o acesso.

Perceba que para realizar o diagnóstico partimos de um modelo, de uma ideia de como as coisas deveriam estar operando e que isso deve ser explicitado por aqueles que planejam.

OPERACIONALIZANDO O DIAGNÓSTICO DE RECURSOS

O diagnóstico de recursos é baseado em uma ampla gama de informações a respeito dos serviços existentes (estrutura), de que forma estão operando (processo) e com que resultados. Embora pareçam ser informações básicas, muitas vezes temos dificuldades de obter essas informações, inclusive acerca da capacidade instalada, ou seja, número de leitos, consultórios, salas cirúrgicas etc., por não serem mantidos registros atualizados.

Dois aspectos importantes a serem avaliados na interface população/serviços de saúde são: a cobertura e o acesso. Esse último pode ser também compreendido como um dos indicadores de desempenho dos sistemas de serviços de saúde.

A noção de cobertura diz respeito ao percentual efetivamente atendido da população, de grupos populacionais considerados ou de pacientes em relação ao universo total de pessoas que um serviço ou programa se propôs a cobrir. Assim, essa noção está necessariamente ligada à especificação de uma população a ser atendida e, como um percentual, seu valor máximo é de 100%. Essa é uma noção-chave, que deriva do desenho de redes de serviços destinadas a populações referenciadas.

Embora o atendimento à **demanda espontânea*** seja uma função essencial do sistema de saúde, o desenvolvimento de um modelo de atenção que possa ter impacto sobre as condições de saúde pressupõe a descrição de clientela. Isso significa que cada usuário/família moradora de um determinado território sabe a que unidade de saúde se vincular, que profissionais serão responsáveis por seu cuidado. Na prática, significa definir, *a priori*, que população determinada unidade atenderá. Sem esse requisito básico não podemos pensar em atenção integral, articulação de práticas preventivas e curativas e continuidade do cuidado.

***Demanda espontânea** – aquela que se apresenta voluntariamente aos serviços. Fonte: Elaborado pelos autores.


E o acesso, como podemos avaliá-lo?

O acesso pode ser avaliado mais diretamente pela disponibilidade de serviços. No entanto, a simples existência de um serviço em uma área não significa que não existam barreiras ao acesso, sejam elas econômicas, mais comumente no caso de serviços públicos, sejam devido ao fato de os serviços não estarem acessíveis ou não permitirem a entrada de pessoas quando sentem necessidade, sejam por operarem por meio de esquemas de “senhas”, sejam por causa de filas de espera muito longas para marcação de consultas ou sejam simplesmente por manterem as portas fechadas às demandas apresentadas.

Em geral, é muito mais difícil encontrarmos informação organizada a respeito dos serviços existentes, de modo a nos permitir a análise dos processos de cuidado, da composição dos recursos e

das formas pelas quais esses se combinam para produzir as ações de saúde. Assim, muitas vezes os dados sobre o número de leitos ou de consultórios, por exemplo, não são articulados à informação sobre os equipamentos disponíveis e os recursos humanos utilizados para realizar determinada produção.

Dessa forma, a simples descrição da capacidade instalada e dos recursos humanos existentes não basta para emitirmos qualquer julgamento sobre a articulação e a operação desses recursos. Em geral, com os dados disponíveis, podemos construir indicadores de rendimento (produtividade) dos recursos. Por exemplo, as **taxas de ocupação**: a média de dias que cada paciente ocupou o leito.



Nessa situação podemos entender taxas de ocupação como sendo o percentual de leitos ocupados no período x e o tempo médio de permanência do paciente nesse leito.

Podemos avaliar a produtividade dos recursos humanos, em geral, nos serviços ambulatoriais, ainda que eles disponham quando muito do número de consultas realizadas por serviço ou por profissional e não muito mais.

O instrumento que melhor nos possibilitaria perceber a articulação dos meios para a produção dos resultados é o sistema de apuração de custos. Tão importante quanto saber quanto custa uma determinada unidade de serviço é conhecer a composição de recursos utilizada para a sua produção, o que nos permite identificar as áreas de intervenção, tanto para diminuir os custos, se e quando for o caso, como para melhorar a qualidade da atenção. Adicionalmente, a implantação de um sistema de apuração de custos exige o desenvolvimento de sistemas de informação que articulem os vários recursos de forma que possam ser utilizados para a análise e a avaliação de serviços.

UM RECURSO-CHAVE: RECURSOS HUMANOS

Parte do diagnóstico de recursos, a análise da situação e dos problemas relativos ao campo dos recursos humanos, exerce particular importância para o planejamento e a gestão de sistemas

e serviços de saúde, por ser esse o recurso crítico para a produção dos serviços. Por esse motivo, além do levantamento dos recursos humanos existentes, em número, categoria profissional e horas contratadas, algumas outras categorias devem ser consideradas no âmbito do diagnóstico. Para a análise de situação, muitas vezes será necessário o desenho de estudos específicos e a utilização de diversas abordagens metodológicas para o levantamento e a obtenção da informação:

- ▶ **Capacitação:** é o grau de conhecimento específico em relação às atividades a serem desenvolvidas. Embora possa parecer que os profissionais foram contratados para determinada função com base na sua qualificação, nem sempre isso é verdade. Muitas vezes, nem mesmo as atribuições do cargo estão claramente definidas, o que torna ainda mais difícil a avaliação da adequação do funcionário.
- ▶ **Rendimento:** o rendimento do recurso humano em saúde se refere, em primeiro lugar, ao número de atividades produzidas por recurso consumido. Habitualmente, o recurso humano é expresso pelo número de horas disponibilizadas pelo pessoal crítico para a prestação de um determinado serviço, ou seja, o rendimento se expressa pela relação entre os serviços produzidos e o tempo contratado dos recursos críticos.
- ▶ **Reposição:** sob essa denominação incluímos todos os problemas relativos ao processo de envelhecimento da população de trabalhadores em saúde, identificando, com a antecedência possível, os estrangulamentos na disponibilidade desses recursos (no serviço, na unidade, no sistema) e os mecanismos empregados para sua substituição, avaliando sua eficácia e, quando necessário, desenvolvendo mecanismos alternativos, mais rápidos e eficazes.

FINANCIAMENTO

O diagnóstico do financiamento de recursos refere-se à análise de suas fontes e formas de utilização. Nesse campo, buscamos a informação não apenas de como são gastos os recursos mas em que elementos de despesa se distribuem: pessoal, material de consumo – em suas diversas categorias – e serviços de terceiros, aqui incluídos todos os contratos de serviços.

Além das fontes de financiamento e da composição do gasto, é também fundamental conhecermos os fluxos dos recursos financeiros, assim como a análise de tendências em relação ao financiamento – como tem se comportado o financiamento e a estrutura do gasto ao longo de um determinado período.

DIAGNÓSTICO DA FUNÇÃO DE CONDUÇÃO/GESTÃO

A gestão de sistemas e de serviços em saúde engloba uma gama muito ampla de funções, que vão desde a formulação de políticas e do plano, passando pela gestão de redes de serviços, até a gestão de funções ao nível das unidades.

Nesse tópico, no âmbito do diagnóstico da função de gestão em uma área/sistema local, estamos nos referindo à análise da capacidade do gestor local de exercer as funções de condução do sistema, dentre as quais, a capacidade de:

- ▶ formular políticas;
- ▶ planejar;
- ▶ financiar com recursos próprios desse nível de governo;
- ▶ regular o sistema;

- ▶ avaliar a implementação de políticas, planos e ações propostos;
- ▶ acompanhar e controlar as ações de saúde e dos contratos estabelecidos;
- ▶ ser capaz de responder aos problemas encontrados, por meio de novas soluções e de modificação de rumos, se necessário;
- ▶ garantir o funcionamento efetivo dos fóruns de participação social; e
- ▶ ser responsável pelo sistema de saúde local e seus resultados.


A avaliação da capacidade de condução do gestor pode ser feita a partir de uma série de abordagens. Algumas das funções que relacionamos acima podem ser consideradas pela existência de processos e mecanismos de gestão institucionalizados como a existência de um serviço/área de planejamento que efetivamente planeje e esteja integrada ao funcionamento e à gestão. Ou a de sistemas de regulação que realmente exerçam essa função. Ou ainda, de sistemas de informação e sua utilização rotineira para a avaliação e o controle das políticas, ações e serviços.

Outras funções como a capacidade de responder aos problemas, de assumir a responsabilidade pela atenção à saúde da população de seu território/região/município ou a capacidade de garantir o funcionamento de fóruns que possibilitem efetiva participação social, somente podem ser avaliadas por meio de abordagens qualitativas, especialmente desenhadas.

DIAGNÓSTICO DE DESEMPENHO

Como já vimos, existem diferentes classificações para as dimensões a serem consideradas na avaliação do desempenho dos sistemas de saúde. Nesta disciplina, consideraremos oito dimensões para a avaliação, conforme proposto pelo PRO-ADES.

Para uma dessas dimensões de desempenho são listados alguns **indicadores**, apenas a título de exemplo:



No próprio *site* do PRO-ADESS você encontrará diferentes séries de indicadores, inclusive adotados em outros sistemas de saúde, que podem ser utilizados para o diagnóstico/avaliação de distintas dimensões do cuidado.

- ▶ **Efetividade:** é medido pelo grau de impacto positivo dos serviços sobre as condições de saúde das comunidades e dos indivíduos e/ou de alcance dos resultados esperados. Exemplos de indicadores que podem ser usados para aferir o grau em que a efetividade foi alcançada: a porcentagem de pessoas suscetíveis a uma doença evitável por meio de imunização em uma população que efetivamente foi vacinada, em um período determinado; e a diminuição das taxas de incidência e/ou prevalência de determinado agravo em um período determinado ou tendência à diminuição dessas taxas, em certos casos, diminuição das taxas de mortalidade ou aumento da sobrevivência.
- ▶ **Acesso:** é medido pela porcentagem de uma população sob a cobertura do serviço alcançado no momento oportuno e que recebe os cuidados correspondentes. A acessibilidade é apenas um dos aspectos do acesso e não necessariamente o mais importante. A possibilidade de acessar o serviço em tempo oportuno somente só alcança sucesso quando o usuário ou paciente pode ser atendido na plenitude

de suas necessidades ou é encaminhado para um serviço que pode efetuar o atendimento necessário.

- ▶ **Eficiência:** é medida pelo uso pleno dos recursos (consultas, internações, exames, estudos por meio de imagens etc.), já que mede a relação existente entre os distintos recursos disponíveis e os serviços que eles efetivamente produzem. Em geral, a medida da eficiência se limita a considerar o número de serviços produzidos por hora de recurso humano crítico necessário para sua produção.
- ▶ **Respeito ao direito/humanização:** é medido pela capacidade dos sistemas e serviços de saúde de respeitarem as pessoas que demandam atenção como cidadãos, zelando por seu conforto. Em geral, a aferição dessa dimensão requer a realização de inquéritos na população de referência dos sistemas e serviços para determinar seu grau de satisfação com a atenção recebida. São formas indiretas de aproximar-se dessa satisfação: a identificação de tempos de espera excessivos, as queixas registradas em alguma anotação disponível para esses propósitos etc.
- ▶ **Aceitabilidade:** é medida pelo grau de adequação dos sistemas e serviços ofertados às crenças e às tradições da comunidade a que servem. Dentro dessa dimensão está inscrito o respeito às expectativas populacionais. A aferição dessa dimensão pode ser realizada por meio de estudos na população.
- ▶ **Continuidade:** é medida pela capacidade do sistema de prestar serviços de maneira coordenada e sem interrupções. Para podermos monitorar essa dimensão, precisaríamos contar com um prontuário ou histórico clínico único por paciente, que pudesse ser avaliado por um comitê de expertos criado com essa finalidade.

- ▶ **Adequação:** é medida pelo grau com que os cuidados realizados se baseiam nos conhecimentos disponíveis para o atendimento dos agravos em consideração. Pode ser avaliada apenas por especialistas que analisem as informações sobre o tratamento realizado ou, alternativamente, pela avaliação periódica e objetiva dos conhecimentos utilizados pelos profissionais de saúde em sua prática cotidiana.
- ▶ **Segurança:** é medida pela capacidade do sistema de identificar e evitar ou minimizar os riscos potenciais de suas intervenções. Sua aferição demanda a realização de estudos especiais.

Observe que todos esses indicadores contribuem para a avaliação dos serviços de saúde, colaborando, assim, com o diagnóstico da situação de saúde da área na qual o serviço se insere.

DIAGNÓSTICO DOS ARRANJOS ORGANIZACIONAIS OBJETIVANDO INTEGRAÇÃO DE SERVIÇOS

Na interface entre a avaliação da estrutura e o desempenho dos sistemas de serviços de saúde, a avaliação dos arranjos organizacionais existentes no âmbito da constituição de redes de serviços é a dimensão central, nossa imagem-objetivo. Nessa dimensão estão incluídos, entre outros aspectos:

- ▶ a análise dos fluxos estabelecidos pela população em sua procura por serviços de saúde e pela medida em que esses fluxos são ou não induzidos por definições do sistema de saúde;
- ▶ a existência de uma proposta de plano de saúde e/ou de organização de serviços com a definição do perfil assistencial das unidades, estabelecendo a função de cada uma na rede, incluindo o grau de capacidade de resolução de cada nível/componente da linha de atenção e a adoção de protocolos;
- ▶ a instituição de mecanismos efetivos de regulação, precedidos da definição da proposta de organização da rede e dos perfis assistenciais; e
- ▶ a análise das relações estabelecidas entre as diversas unidades de um território/município e dessas com as dos territórios/municípios vizinhos, e o grau de institucionalização das referências.

Assim como ocorre com a análise da capacidade de condução, o diagnóstico dos arranjos organizacionais também é realizado por meio de diversas metodologias. A existência de processos integrados de planejamento e avaliação que efetivamente reflitam as propostas de constituição de redes com a definição de perfis e de funções assistenciais, por exemplo, é em si próprio um indicador de sistemas mais próximo

à concepção de organização em redes. Todavia, a existência de [Planos Diretores de Regionalização \(PDR\)](#) realizados de forma ritual, apenas para cumprir exigências burocráticas, sem compromisso com a realidade da provisão da atenção, não são atualizados ou avaliados, o que por si só é um forte indicador de fragmentação da atenção e de distanciamento da concepção de redes.

Saiba mais Planos Diretores de Regionalização (PDR)

Esse é o instrumento de ordenamento do processo de regionalização da atenção à saúde. Deve ser elaborado dentro de uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, de modo a otimizar os recursos disponíveis. Fonte: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=28602>. Acesso em: 13 jul. 2010.

As demais abordagens, como as entrevistas com informantes-chave, os estudos de filas, os grupos de discussão e outros desenhos específicos para coleta de informação poderão ser utilizados para a avaliação desse aspecto.

Outra forma de avaliarmos as articulações organizacionais no sentido da construção da integração, ainda que seja mais raramente utilizada, é a de centrar o foco da análise no caminho do paciente ao longo da rede. Para isso, podemos eleger as “**condições traçadoras***”, como o diabetes, e acompanhar como e onde os pacientes são tratados, se há garantia de encaminhamento para outros níveis/serviços, quando necessário, e se existem mecanismos de acompanhamento de casos e de integração das práticas.

André-Pierre Contandriopoulos, da Universidade de Montreal, e Zulmira Hartz, pesquisadora e professora da Escola Nacional de Saúde Pública, em sua discussão acerca da avaliação de sistemas em rede, citam os critérios propostos por Leatt, Pink e Guerriere (2000) que, do ponto de vista dos pacientes, asseguram que o sistema é integrado e que estão, efetivamente, sendo cuidados por um sistema em redes:

***Condições Traçadoras** – aspectos da evolução clínica de determinadas patologias que requerem adensamento tecnológico, tanto para o diagnóstico como para o tratamento. Elaborado pelos autores.

- ▶ não precisar se submeter a repetições inúteis de exames;
- ▶ não ser a única fonte de informação para que o médico ou outro profissional conheça a sua história de utilização de serviços, procedimentos e medicamentos;
- ▶ não se restringir a um nível de atenção inadequado por incapacidade de atendimento em outro nível (superior ou inferior);
- ▶ dispor de 24 horas de acesso a um provedor de serviços ligado à atenção primária;
- ▶ receber informação clara e precisa sobre a qualidade da assistência e sobre os resultados esperados das opções terapêuticas, permitindo-lhe fazer escolhas esclarecidas;
- ▶ ter acesso fácil (por exemplo, telefone) e oportuno aos diversos exames e profissionais;
- ▶ dispor de tempo suficiente nas consultas do primeiro nível de atenção;
- ▶ ser rotineiramente contatado para prevenir complicações de problemas crônicos; e
- ▶ receber apoio domiciliar e treinamento em autocuidado que maximize sua autonomia.

Certamente, os critérios listados podem tanto servir como guia para o diagnóstico de situação da estrutura dos sistemas de serviços de saúde como para nortear as propostas de organização de serviços, compondo a imagem-objetivo, o ideal que buscamos alcançar.

Complementando.....

Para aprofundar o debate sobre a avaliação de sistemas de saúde em rede, você pode ler o texto a seguir:

- 📌 *Integralidade da atenção e integração dos serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros – de Zulmira Maria de Araújo Hartz e André-Pierre Contandriopoulos (2004).*

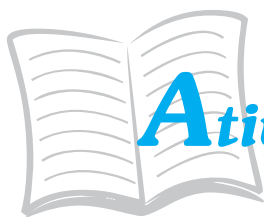
Resumindo



Nesta Unidade, detalhamos a discussão sobre o momento do diagnóstico no planejamento em saúde, iniciada na Unidade3. Para tal, enfatizamos algumas características inerentes ao processo de impacto nas propostas de ação que surgem a partir dele. Chamamos atenção para o fato de que a complexidade do objeto (saúde pública), com seus múltiplos condicionantes ou determinantes, faz com que a tarefa diagnóstica de identificar e selecionar problemas não seja simples, pois pressupõe a explicitação desses condicionantes ou determinantes ao mesmo tempo em que é preciso avaliar a real capacidade de intervenção sobre eles.

Para o planejamento e a gestão de sistemas e serviços de saúde utilizamos dois grandes grupos de indicadores relacionados ao tema: os epidemiológicos e os de serviços, que compõem o tema central de trabalho desta Unidade, enfatizando o âmbito da análise da utilização dos recursos para a atenção à saúde.

O aprofundamento do diagnóstico, por meio da estruturação de redes de causalidade, para a elaboração das propostas de ação será objeto de trabalho de nossa próxima Unidade.



Atividades de aprendizagem

Confira se você teve bom entendimento do que tratamos nesta Unidade, realizando as atividades propostas a seguir. Se precisar de auxílio, não hesite em conversar com seu tutor.

1. Considerando a clássica definição de Donabedian (1980) acerca das possíveis abordagens para a avaliação de serviços: estrutura, processo e resultado, em um serviço ambulatorial, liste os elementos que você consideraria como representativos para a estrutura, para o processo e para os resultados (listar pelo menos dois elementos de cada abordagem).
2. Considere o texto *Parâmetros técnicos para a programação de ações de detecção precoce do câncer de mama: Recomendações a gestores estaduais e municipais*, elaborado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCa)/Ministério da Saúde, que você utilizou na atividade 3 da Unidade 2 e responda: se você fizesse parte de uma equipe responsável por implantar essa linha de cuidado em uma dada região, que informações você buscaria para iniciar seu trabalho?
3. Acesse o *site* do PRO-ADESS, selecione uma dimensão a ser avaliada e liste uma série de três indicadores para avaliá-la e justifique sua escolha.
4. Releia com atenção as notícias a seguir.

Notícia 1: Saúde, a faceta mais cruel da crise

[...] O Pronto Socorro é o único hospital de urgência e emergência de todo o estado, onde 92% da população não têm plano de saúde e depende de atendimento público.

Com apenas 149 leitos, o hospital constantemente tem taxa de ocupação de 150% [...]. O quadro é agravado pela precariedade da rede básica de saúde. Com isso, o Pronto Socorro, unidade especializada em trauma, recebe pacientes com todos os problemas imagináveis.[...] A maioria dos pacientes, que estão hoje espalhados pelos corredores não deveriam estar aqui, mas não podemos deixar de atender – diz o diretor.(JORNAL O GLOBO, 28/01/ 2007).

Notícia 2:

[...] Na emergência do maior hospital da cidade, são muitos os pacientes de outros municípios. E eles vêm à procura de atendimento básico: “Estava com infecção no dente. Não tinha recurso onde moro, fui pro posto e me encaminharam pra cá”, diz um deles. “Onde moramos, tem o hospital que é pago e o que não paga. No público, eles não quiseram receber, ele tinha que vir pra cá”, fala a acompanhante de outro paciente. Todo brasileiro tem direito à saúde pública, independentemente do endereço. Mas o secretário de saúde da cidade reclama que não tem recursos para atender a tanto doente de fora: “Nós investimos aqui na Secretaria de Saúde, mas a metade do dinheiro é gasto para atender gente de fora mesmo. Se nós não tivéssemos essa gente de fora, nosso sistema seria inteiramente aliviado, tranquilo”. (REDE GLOBO, REPORTAGEM ESPECIAL, 16/03/2006).

Agora, digamos que você faz parte da equipe de planejamento do sistema de saúde de um dos locais onde estão situados esses hospitais (você escolhe o local) e vai começar a fazer o diagnóstico de situação. Considerando o que você aprendeu nesta Unidade, que dimensões você consideraria para a realização do diagnóstico e que informações você buscaria para analisá-las?