

Oswaldo Y. Tanaka

Cristina Melo

AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE SAÚDE DO ADOLESCENTE

UM MODO DE FAZER



AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE
SAÚDE DO ADOLESCENTE



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Reitor Adolpho José Melfi
Vice-reitor Hélio Nogueira da Cruz



EDITORA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Diretor-presidente Plínio Martins Filho

COMISSÃO EDITORIAL

Presidente José Mindlin
Vice-presidente Oswaldo Paulo Forattini
Brasílio João Sallum Júnior
Carlos Alberto Barbosa Dantas
Guilherme Leite da Silva Dias
Franco Maria Lajolo
Laura de Mello e Souza
Plínio Martins Filho
Diretora Editorial Silvana Biral
Diretora Comercial Ivete Silva
Diretor Administrativo Silvio Porfirio Corado
Editores-assistentes Marilena Vizontin
Carla Fernanda Fontana
Marcos Bernardini

Oswaldo Y. Tanaka

Cristina Melo

AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE
SAÚDE DO ADOLESCENTE

UM MODO DE FAZER



Organização Pan-Americana da Saúde

Organização Mundial da Saúde

Fundação W. K. Kellogg

Divisão de Promoção e Proteção da Saúde

Programa de Família e População

Saúde e Desenvolvimento de Adolescentes

edusp

Copyright © 2001 by Oswaldo Y. Tanaka e Cristina Melo

1ª edição 2001

1ª edição, 1ª reimpressão 2004

Esta edição está disponível no portal de livros abertos da Edusp (www.livrosabertos.edusp.usp.br). É uma versão eletrônica da obra impressa com disponibilidade restrita para comercialização. É permitida sua reprodução parcial ou total, desde que citada a fonte e autoria, proibindo qualquer uso para fins comerciais.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Tanaka, Oswaldo Y.

Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: Um Modo de Fazer/ Oswaldo Y. Tanaka, Cristina Melo. – 1. ed., 1. reimpr. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2004.

Bibliografia.

ISBN: 85-314-0617-X

1. Adolescentes – Saúde e higiene 2. Avaliação I. Melo, Cristina. II. Título.

01-1713

CDD-362.10835

Índices para catálogo sistemático:

1. Adolescentes: Saúde: Avaliação de programa:
Bem-estar social 362.10835
2. Saúde do adolescente: Avaliação de programa:
Bem-estar social 362.10835

Direitos reservados à

Edusp – Editora da Universidade de São Paulo
Av. Prof. Luciano Gualberto, Travessa J, 374
6º andar – Ed. da Antiga Reitoria – Cidade Universitária
05508-900 – São Paulo – SP – Brasil
Divisão Comercial: tel. (0xx11) 3091-4008 / 3091-4150
SAC (0xx11) 3091-2911 – Fax (0xx11) 3091-4151
www.usp.br/edusp – e-mail: edusp@edu.usp.br

Printed in Brazil 2004

Foi feito o depósito legal

SUMÁRIO

PREFÁCIO	9
1. INTRODUÇÃO	11
O que é avaliação. Pressupostos da avaliação.	
2. ESCOLHA DE INDICADORES	19
Seleção de indicadores. Como construir um indicador simples. Tipos de indicadores passíveis de seleção para a avaliação proposta. Análise dos indicadores.	
3. COLETA E ANÁLISE DE DADOS	27
Abordagem quantitativa adotada. Abordagem qualitativa adotada. Técnicas e instrumentos para coleta de dados. Análise dos dados quantitativos. Etapas da análise de dados quantitativos. Análise dos dados qualitativos.	
4. ESCOLHA DE ABORDAGENS	37
Quando usar a abordagem quantitativa e/ou a qualitativa. Características gerais da abordagem quantitativa. Características gerais da abordagem qualitativa.	
5. SOBRE A AVALIAÇÃO ECONÔMICA	43
Alguns conceitos. Análise de custo-efetividade. Análise de custo-benefício.	
6. FAZENDO UM ORÇAMENTO DA AVALIAÇÃO	49
Itens básicos para um orçamento.	
7. APRESENTAÇÃO E DIFUSÃO DOS RESULTADOS	51
Apresentação escrita dos resultados.	

ANEXOS

1. INDICADORES	55
2. COMO OPERACIONALIZAR UM GRUPO FOCAL	57
3. COMO ELABORAR UM QUESTIONÁRIO PARA COLETAR INFORMAÇÕES QUANTITATIVAS	61
4. GLOSSÁRIO DE TERMOS E CONCEITOS ÚTEIS NA AVALIAÇÃO ECONÔMICA	64
 QUADROS	 67
 REFERÊNCIAS E BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA	
REFERÊNCIAS	79
BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA	80
Sobre Avaliação em Serviços de Saúde e Programas	80
Sobre as Abordagens Qualitativa e Quantitativa	81
Sobre Pesquisa Avaliativa	81
Sobre Indicadores	82
Sobre Avaliação Econômica	83
Da Obra de Avedis Donabedian	83

PREFÁCIO

Em 1997, o XL Conselho Diretor da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde (OMS), recomendou aos países membros que incluíssem em suas agendas públicas políticas de atenção à saúde e preocupação com o desenvolvimento dos adolescentes e jovens.

A partir desse momento, a Unidade de Saúde do Adolescente do Programa de Saúde da Família e da População, da Divisão de Promoção da Saúde da OPAS/OMS, definiu um marco conceitual de desenvolvimento integral e de promoção à saúde dos adolescentes. Para isso, foram formuladas e implementadas sete linhas de ação para apoiar os países no desenvolvimento de:

- Políticas, legislação e atividades de defesa dos direitos.
- Formulação de planos, programas e organização de serviços.
- Desenvolvimento de recursos humanos no tema.
- Incorporação da comunicação social.

- Formação de redes e difusão de conhecimento.
- Mobilização de recursos sociais.
- Apoio à investigação e ao seu desenvolvimento.

A avaliação é identificada como um instrumento de gestão fundamental para apoiar os países no esboço, na implementação e na organização de serviços, e para concretizar o “Projeto de Desenvolvimento Integral aos Adolescentes e Jovens da América Latina e Caribe” (financiado pela Fundação W. K. Kellogg).

Para o desencadeamento da avaliação foi realizada uma parceria com a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com a finalidade de elaborar um documento conciso e de cunho empírico que possibilitasse uma utilização a curto prazo nos distintos contextos dos países. Esse trabalho de análise conjunta, desenvolvido pelos autores, pela equipe técnica da OPAS/OMS e pelos profissionais atuantes na área, resultou na presente publicação.

Por meio desta ferramenta pretendemos desmistificar a avaliação como um assunto de especialistas, incorporando novas abordagens em seu processo e apontando alguns instrumentos de avaliação econômica, que são imprescindíveis no momento atual.

Fundamentalmente, objetiva-se incorporar a avaliação na prática cotidiana dos executores de programas e dos provedores de serviços de saúde, buscando tanto aumentar o acesso de adolescentes e jovens excluídos dos programas e serviços, quanto contribuir para a melhoria de qualidade do serviço prestado, visando em última instância, à saúde integral e ao pleno desenvolvimento dos adolescentes e jovens na América Latina e na região do Caribe.

MATILDE MADDALENO H.

Assessora Regional de Saúde do Adolescente

OPAS/OMS

INTRODUÇÃO

Este guia apresenta informações básicas para a implantação e a implementação de atividades de avaliação em contextos nos quais esta é uma prática ainda incipiente. Para dar uma dimensão pragmática a essa proposta, o foco da nossa atenção está direcionado para o desenvolvimento de programas de atenção à saúde do adolescente. No entanto, este guia pode ser utilizado na avaliação de qualquer programa ou serviço de saúde, levando em consideração os propósitos e os objetivos específicos de cada avaliação.

Antes de começar, vale a pena lembrar que as atuais diretrizes recomendadas pela Organização Panamericana da Saúde (Adamchack 1999) para a elaboração de conteúdos de programas de atenção à saúde do adolescente estão direcionadas para os seguintes eixos:

- Políticas saudáveis.
- Meio ambiente saudável.
- Desenvolvimento de informações ao indivíduo.

- Apoio e fortalecimento de capacidades para a vida.
- Prestação de serviços de saúde.
- Aconselhamento.

A iniciativa de avaliar um programa de saúde do adolescente, que contemple um ou mais dos eixos acima, passa pela necessidade de analisar e julgar algo (ação, atividade, programa, serviço de saúde) com a finalidade de conhecer e modificar esta situação mediante a tomada de novas decisões.

Assim, avaliar significa expor um valor assumido a partir do julgamento realizado com base em critérios previamente definidos. Ao avaliar, identifica-se uma situação específica reconhecida como problema e utilizam-se instrumentos e referências para emitir um juízo de valor, inerente a esse processo. Desse modo, a avaliação deverá ser também compreendida como uma estratégia para decidir como enfrentar e resolver problemas.

Algumas orientações gerais podem ser utilizadas para a implantação ou a implementação de um processo de avaliação:

1. Iniciar pelo que é mais “palpável”, isto é, avaliar as ações/atividades desenvolvidas pelos serviços ou programas. Esta é uma iniciativa mais efetiva e eficiente, pois permite começar pelo que já está sendo feito. De preferência, iniciar por um aspecto pontual do que deve ser avaliado, algo considerado relevante.

2. Dentro da rotina dos serviços ou programas de saúde voltados para adolescentes, foco mais específico da discussão neste texto, a avaliação deverá ser desenvolvida como uma atividade incorporada no dia-a-dia. Portanto, a avaliação deve ser “delimitada”, “factível” e realizada de acordo com a possibilidade e a capacidade de cada executor.

3. Começar com a avaliação do Processo ou das atividades desenvolvidas e baseadas em padrões. A partir daí, pode-se desenvolver a avaliação de Estrutura e/ou de Resultado. Ao se iniciar pelo Processo, isto é, pelo núcleo de atividades essenciais que caracte-

rizam o programa, a análise e o julgamento dos indicadores de Estrutura (condições e recursos existentes) e de Resultado (modificação obtida na clientela) terão maior utilidade na tomada de decisões.

4. Quando se relacionam e se associam as ações/atividades com as repercussões alcançadas entre os adolescentes, por exemplo, torna-se possível avaliar a efetividade das ações e, conseqüentemente, decidir por alternativas que produzam os melhores resultados. Ao relacionar e associar as ações/atividades com as disponibilidades de recursos humanos, materiais ou tecnológicos do programa, será possível avaliar o grau de otimização desses recursos. Essa relação também permite a adequação tecnológica da oferta, possibilitando decisões direcionadas a uma aplicação mais racional de recursos de investimento (para uma incorporação tecnológica mais adequada às características da demanda).

O QUE É AVALIAÇÃO

Para quem está trabalhando em programas e/ou serviços de saúde, a avaliação é um processo técnico-administrativo destinado à tomada de decisão. Envolve momentos de:

- Medir.
- Comparar.
- Emitir juízo de valor.

No contexto de programas e serviços de saúde, é com base no juízo de valor emitido a partir da avaliação que será tomada a decisão. Portanto, em princípio, se não está claramente definido quem tem poder para tomar decisão e sobre o que se pode decidir, não se tem uma avaliação propriamente dita e sim um diagnóstico de situação. Independentemente de sua inserção no programa ou serviço de saúde, todas as pessoas têm capacidade para tomar decisões. O exercício dessa capacidade será dado pelo contexto e pela organização do processo de trabalho.

Na avaliação, utilizam-se teorias, conceitos e instrumentos de diversas outras áreas do conhecimento. Dessa forma, a avaliação deve ser compreendida como uma área de aplicação e não como uma ciência.

A intenção deste livro é desmistificar a avaliação, freqüentemente considerada como uma atividade que deve ser exercida apenas por especialistas. Essa visão pressupõe que a avaliação prescinde de um desenho prévio bastante estruturado e complexo, o qual é necessário somente em condições especiais.

No entanto, o profissional está sempre realizando algum modo de avaliação no dia-a-dia de seu trabalho, sem que organize as informações obtidas ou tente responder às perguntas que se faz no desenvolvimento das atividades de um programa.

A avaliação deve servir para direcionar ou redirecionar a execução de ações, atividades, programas e, por conseguinte, deve ser exercida por todos aqueles envolvidos no planejamento e na execução dessas ações.

Assim, este texto está dirigido aos executores de programas, serviços e ações de saúde que devem entender a avaliação como um auxiliar fundamental para a melhoria das suas atividades cotidianas.

Para realizar uma avaliação, é importante considerar dois componentes principais:

- Sua oportunidade, isto é, se o momento é apropriado para a realização da avaliação ou se a avaliação ocorrerá a tempo de implementar as novas decisões.
- A audiência, isto é, a quem se destinam os resultados da avaliação.

Nos programas de saúde, a avaliação deve subsidiar a tomada de decisão dirigida às ações e às atividades realizadas. Neste guia, os exemplos utilizados foram escolhidos pelo efeito ilustrativo dos conceitos e referenciais teóricos adotados, mas não devem ser encarados como definitivos.

O referencial teórico utilizado para serviço, sistema ou programa objeto de avaliação é a concepção sistêmica de Donabedian (1980) modificada. Nesta, os componentes Estrutura – Processo – Resultado apresentam-se interdependentes, abertos e permeáveis ao usuário do “sistema”, que faz parte integrante do Processo, influenciando e sendo influenciado por esse e por conseguinte trazendo para dentro dos componentes as características do contexto imediato. O Resultado é a característica do cliente/ usuário que foi modificada na interação no Processo. Considera-se neste guia que o Resultado engloba os aspectos fisiopatológicos e psicossociais do cliente/ usuário. Como um desdobramento ou parte do Resultado tem-se o Impacto nas condições de saúde da população, o qual depende da cobertura e das características dos resultados atingidos. Assim, é possível ter resultados dos serviços, sistemas ou programas de saúde do adolescente sem o correspondente impacto retratado na modificação de indicadores epidemiológicos.

PRESSUPOSTOS DA AVALIAÇÃO

As diretrizes estimuladas na implementação da avaliação em programas de saúde têm-se diversificado ao longo dos anos, sem contudo atingir o propósito de tornar a avaliação parte do gerenciamento e redirecionamento de atividades e procedimentos programados.

Entre as diretrizes mais difundidas, destacam-se as implementadas pela OPAS/OMS (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 1987; Hutchius *et al.*, 1993), na década de 1980.

Inicialmente, estimulou-se o desenvolvimento de avaliações globais, visando apoiar a expansão da rede de serviços de saúde no continente latino-americano, dentro da política de saúde da época conhecida como “extensão de cobertura”. Posteriormente

te, desenvolveram-se avaliações visando a intervenções gerenciais específicas, cujo exemplo clássico foi a avaliação e o controle de oportunidades perdidas em vacinação. Também foram foco de atenção as avaliações visando melhorar as condições de eficiência, realizadas mediante a comparação das características existentes nos programas e serviços com padrões de referência estabelecidos na época.

Essas diretrizes acabaram por gerar formas complementares de avaliação, sem contudo incorporá-las como parte necessária da gestão de programas e de serviços de saúde.

Por isso, a discussão e os elementos propostos neste guia pretendem difundir a avaliação como elemento do trabalho cotidiano de saúde, e, quando ela é direcionada para programas, não pode estar descolada do contexto do sistema de saúde e da rede de serviços de saúde, do qual é parte necessária.

A avaliação parte da análise e do conhecimento existente da situação que se quer avaliar. No entanto, a avaliação não começa sem que haja objetivos definidos e hipóteses formuladas pelo interessado na avaliação.

Nesse sentido, é importante que se explicito o conceito de hipótese utilizado neste guia:

Hipótese – a hipótese é uma proposição que prevê uma relação entre dois conceitos ou fenômenos. É sempre uma pressuposição provisória, devendo ser verificada ou não pelos resultados da avaliação. Para formular uma hipótese, considerem-se as seguintes pistas:

1. A hipótese é uma resposta passível de ser encontrada na avaliação realizada.

2. A hipótese é sempre uma resposta parcial à situação inicial da avaliação.

3. A hipótese é expressa de modo que possa ser observada.

4. Geralmente é necessária mais de uma hipótese para uma determinada situação.

Outro pressuposto importante é saber que, para realizar uma avaliação, é condição necessária analisar as informações disponíveis para melhor conhecer a situação que se vai avaliar. Aqui é preciso distinguir a análise de informações para avaliação de um mero diagnóstico. A análise distingue-se do diagnóstico por exigir, além da descrição da situação que se quer conhecer, uma busca das explicações possíveis para a situação analisada.

Deve-se considerar também que a avaliação é parte do processo de planejamento/gestão, constituindo um suporte para a tomada de decisões capazes de alterar a situação inicial identificada como problema.

Ao realizar uma avaliação em programas de saúde, deve-se ter em mente que esses programas têm uma população-alvo/usuários que são parte do processo de organização e prestação das atividades. Para tornar o processo de avaliação mais complexo, existe o fato de que o produto final de atividades/serviços de saúde não é um objeto material resultante da transformação dos insumos utilizados no processo de atenção. O produto final, no caso de programas de saúde para adolescentes, é o que foi incorporado por eles por ocasião de sua passagem/interação nesse processo de trabalho. Portanto, o produto final ou resultado caracteriza-se por ser algo que não é visualizado, apalpado, armazenado, materializado. É diferente pois de uma fábrica de canetas, cujo produto final, a caneta, é um bem material visível, facilmente passível de avaliação. Considerando essa característica peculiar, que é de serviços, sistemas e programas de saúde, é recomendável que a avaliação seja sempre definida tendo como foco principal o resultado ou produto final que se espera alcançar no usuário. Nesse sentido, o contexto político do programa de saúde deve ser levado em conta, não só como elemento descritivo, mas também para ser considerado na definição dos parâmetros de comparação a serem utilizados.

O objetivo final, ao se iniciar um processo de avaliação de um programa, é abordar os três componentes: Estrutura, Processo e

Resultado. Qualquer que seja o componente inicial selecionado na avaliação, é desejável que se analise a inter-relação e interdependência que facilite responder às hipóteses formuladas e propicie maior efetividade nas decisões que serão tomadas.

ESCOLHA DE INDICADORES

O Indicador é uma variável, característica ou atributo de Estrutura, Processo ou Resultado que é capaz de sintetizar e/ou representar e/ou dar maior significado ao que se quer avaliar. Ele é, portanto, válido para o contexto específico do que se está avaliando. O indicador comumente é representado como uma variável numérica, podendo ser um número absoluto (número de adolescentes multiplicadores participantes do programa) ou uma relação entre dois eventos (número de aconselhadores/ número de adolescentes inscritos no programa) ou uma qualidade do evento (disponibilidade dos aconselhadores em receber adolescentes inscritos fora do horário agendado).

A melhor técnica para a escolha de indicadores é partir da formulação de perguntas-chave, tais como:

- Meu programa está atingindo os objetivos definidos?
- Há algo no que estou fazendo que me incomoda, que pode ser diferente?

As perguntas iniciais devem ser muito claras. Para formular as perguntas certas para a avaliação consulte e discuta com todos os interessados o que deve ser avaliado.

A avaliação deve ser direcionada para uma situação identificada como problema por todos os envolvidos no programa e interessados na avaliação. A partir dessa identificação, devemos esclarecer o quanto dessa situação inicial pode ser modificada ou afetada pela nossa intervenção direta, fazendo novas perguntas e respondendo a elas:

- Minha ação poderá ter algum grau de influência para modificar a situação identificada como problema?
- Posso ter alguma influência sobre as pessoas envolvidas nessa situação?

Se a resposta para essas questões é sim, ainda que parcialmente, podemos decidir por iniciar a avaliação. Nesse caso, é preciso identificar as informações que são importantes para conhecermos melhor a situação a ser avaliada. Informações sobre uma situação são características que quero conhecer para verificar como posso intervir nessa situação-problema.

- Quais as informações de que disponho para conhecer melhor a situação que quero avaliar?

Para isso devemos identificar as informações já existentes sobre o programa de saúde, saber quais são os dados coletados e disponíveis e a periodicidade com que são coletados.

Um dado disponível é aquele que existe como registro ou é facilmente identificado no cotidiano do programa. Para obter esses dados são utilizados instrumentos específicos de coleta (formulário de registro de pacientes; boletim de registro de atividades/procedimentos realizados etc.).

Como exemplos de dados disponíveis em serviços de saúde, citem-se: cadastro dos adolescentes participantes do programa; atividades realizadas e dados censitários (dados quantitativos); observações e análises registradas em relatórios e prontuários;

reclamações registradas; comentários “escutados” informalmente (dados qualitativos), entre outros.

Cabe diferenciar a utilização neste guia dos termos dados e informações. Em princípio temos uma quantidade enorme de dados numéricos que são coletados periodicamente e de forma sistemática. Alguns desses dados serão transformados em informações quando puderem ser analisados comparativamente e propiciarem um julgamento de valor que apóie uma ação efetiva.

Assim, o próximo passo – seleção de indicadores – destina-se à busca de dados que possam se transformar em informações.

SELEÇÃO DE INDICADORES

Dado que a ação de saúde é um fenômeno muito complexo, é difícil a escolha de um único indicador para aprofundar o conhecimento sobre o problema. No entanto, selecionar um número grande de variáveis também se constitui em uma dificuldade operacional.

Para tornar factível a avaliação, recomenda-se a escolha de três a cinco indicadores, que, pela sua importância, capacidade de síntese da situação e facilidade de obtenção, devem ser selecionados pelo avaliador.

Os indicadores selecionados devem ser utilizados de modo contínuo, ao longo de um período determinado, mesmo que ocorram interrupções em sua coleta e/ou utilização. Essa recomendação deve-se ao fato de que uma das características da avaliação é estar centrada na análise de tendência dos indicadores e menos na precisão absoluta e contínua da informação.

Para a seleção dos indicadores, sugere-se iniciar pelos seguintes critérios:

1. O indicador deve estar acessível ou ser obtido a curto prazo e sem demandar muito trabalho.
2. Deve ter sua utilidade reconhecida por outros atores envolvidos na avaliação.

COMO CONSTRUIR UM INDICADOR SIMPLES

A identificação ou construção de um indicador simples parte do conhecimento prévio existente sobre o objeto da avaliação (documentado ou não), do qual foi selecionada uma variável ou característica que se considera importante analisar. O indicador mais simples utilizado é um número absoluto, que pode ser, por exemplo:

- Número de sessões de aconselhamento realizadas com adolescentes.

Considerando que em serviços de saúde e mesmo num programa específico há sempre uma relação intrínseca e complexa entre as atividades realizadas, torna-se muito útil para a avaliação a seleção de indicadores construídos na relação entre variáveis. Nesse sentido, há dois tipos de relação entre variáveis:

- Dentro de cada componente da abordagem adotada de: Estrutura–Processo–Resultado.

- Entre os componentes adotados.

Como exemplos do tipo 1, no componente Estrutura, tem-se a relação entre categorias de recursos humanos existentes:

- Número de agentes comunitários de saúde/enfermeiras.
- Número de equipes de saúde/médico hebiatra.
- Número de agentes comunitários de saúde/aconselhadores de adolescentes.

No Quadro 1, demonstra-se como construir indicadores de Estrutura.

Como exemplos do tipo 1, no componente Processo, tem-se a relação entre atividades de distintos profissionais:

- Número de atividades sobre saúde reprodutiva realizadas para adolescentes no serviço de saúde/número de atividades realizadas por iniciativa da comunidade.

- Número de atividades realizadas por escolas participantes do programa/número de atividades realizadas pelo serviço de saúde de referência da área.

- Número de primeira consulta ginecológica para adolescentes/número de atividades sobre saúde reprodutiva por iniciativa da comunidade.

No Quadro 2, demonstra-se como construir indicadores de Processo.

Como exemplos do tipo 1, no componente Resultado, tem-se a relação entre eventos diretos nos usuários:

- Número de treinamentos realizados para adolescentes/conhecimento dos adolescentes sobre métodos contraceptivos disponíveis.

- Número de familiares de adolescentes participantes em treinamentos/número de familiares que buscam aconselhamento no serviço de saúde.

- Número de professores que são aconselhadores do programa/número total de professores das escolas participantes do programa.

No Quadro 3, demonstra-se como construir indicadores de Resultado:

Como exemplos do tipo 2, entre os componentes adotados, tem-se aquelas relações que permitem a análise de quanto cada componente influencia o outro:

Estrutura/Processo – relação entre recursos existentes e produção (produtividade).

- Número de consultas médicas realizadas para adolescentes com gravidez indesejada/hora médica disponível.

- Número de aconselhadores/número de espaço privativo para aconselhamento.

Processo/Resultado – o quanto o resultado alcançado está relacionado com a produção realizada.

- Número de gestantes adolescentes com quatro consultas pré-natais por gestação/número de trabalho de parto sem intercorrências.

- Número de adolescentes que relatam mudança no com-

portamento/número total de sessões educativas realizadas com a participação do adolescente.

Cabe lembrar que a relação Processo/Resultado é mais frágil que a anterior e depende de um conhecimento prévio que possibilite analisar a relação proposta. Pode-se justificar essa fragilidade lembrando que essa relação sofre influência direta da participação do usuário e dos profissionais, que possuem visão distinta sobre um mesmo tema, além de não permitir um maior controle das variáveis envolvidas.

Atenção: o indicador deve procurar demonstrar a pergunta a que se quer responder com a avaliação.

TIPOS DE INDICADORES PASSÍVEIS DE SELEÇÃO PARA A AVALIAÇÃO PROPOSTA

- Quais os tipos de indicadores existentes e que podem ser selecionados para a avaliação proposta?

A separação utilizada de indicadores de Estrutura, Processo e Resultado está baseada em Donabedian (1980, 1990), que desenvolveu os pressupostos conceituais da chamada avaliação de qualidade. Essa tipologia possui algumas desvantagens, próprias do modelo sistêmico em que se inspira, por compartimentar fenômenos que não são separados na realidade concreta. No entanto, a vantagem é que esse modelo permite uma classificação preliminar dos indicadores frente às características dos serviços com as quais está primordialmente relacionado.

Dessa maneira, a escolha de um indicador de Estrutura pode auxiliar uma tomada de decisão de investimento e/ou de provimento de recursos necessários para o sistema, serviço ou programa. A escolha de um indicador de Processo está direcionada para a tomada de decisão referente a otimização e/ou a utilização racional da dinâmica implementada, enquanto a escolha de um indicador de Resultado está direcionada para a tomada de decisão de prosseguimento ou não da intervenção realizada.

Essa abordagem sistêmica permite também que se busquem as relações entre Estrutura/Processo/Resultado, que consiste na “real” avaliação de serviços, sistemas ou programas.

O Quadro 4 apresenta alguns tipos de indicadores numéricos (quantitativos), relacionando-os com componentes (em números absolutos, de conotação qualitativa e de relação) da avaliação.

Alguns exemplos de indicadores que podem ser utilizados na avaliação de programas de saúde para adolescentes são apresentados no Quadro 5. Se houver interesse em outros indicadores, consultar o Anexo 1.

ANÁLISE DOS INDICADORES

Com que se devem comparar os indicadores selecionados? Para se chegar ao juízo de valor, que é o pressuposto da avaliação, é imprescindível a comparação com parâmetros definidos. Para isso é necessário que, ao escolher os indicadores, se defina claramente com quem estes serão comparados. É preciso, então, definir parâmetros para cada um dos indicadores selecionados.

Parâmetro é uma referência adotada por quem está avaliando.

Os parâmetros podem estar baseados:

- Na situação inicial que se quer modificar (situação-problema).
- No objetivo da avaliação, que seria retratado nas metas quantitativas ou mudanças na qualidade dos serviços prestados.
- No conhecimento científico prévio, que pode ser definido como um padrão técnico identificado na literatura e ajustado ao contexto local.

Como exemplos de parâmetros, tem-se:

- Número de médico hebiatra/adolescentes inscritos no programa (Estrutura) = 1/300.
- Número de atividades realizadas por iniciativa da comunidade com apoio do Programa (Processo) = 4 atividades/ano.

- Diminuição da taxa de abandono escolar de adolescentes grávidas (Resultado) = 10%.

Definido o parâmetro por um ou mais dos critérios acima, é necessário analisar a factibilidade de atingir ou não o parâmetro adotado pelo programa avaliado. Assim, o parâmetro utilizado em avaliação deve ser aquele que:

- Considere os recursos disponíveis e/ou passíveis de serem mobilizados.

- É aceito pela equipe de trabalho e por outros interessados na avaliação.

Portanto, o parâmetro será sempre um referencial factível no contexto dos programas avaliados e não apenas uma meta ideal ou um “padrão” adotado que não retrata as condições objetivas da realidade local.

Visando conhecer a potencialidade do indicador e do respectivo parâmetro para retratar o que se deseja avaliar, é recomendável que se faça um exercício hipotético em que se criariam duas situações: 1) em que o indicador se encontra abaixo do nível do parâmetro definido; 2) em que o indicador se encontra acima do nível do parâmetro definido.

Para essas duas situações, identifica-se o juízo de valor que seria emitido para cada uma – com base nos critérios previamente definidos – e quais providências poderiam ser tomadas para modificar a situação imaginada. Caso não exista diferença nessas duas situações ou não seja possível identificar suas distintas causas em relação ao parâmetro definido, será necessário rever o conjunto indicador/parâmetro, visando melhorar sua capacidade de caracterizar a situação a ser avaliada.

COLETA E ANÁLISE DE DADOS

A coleta de dados deve iniciar-se por aquelas informações que se encontram disponíveis. Frequentemente os dados quantitativos de produção de atividades (Processo) e de recursos disponíveis (Estrutura) são os de mais fácil acesso no nível local ou mesmo na gerência do programa.

Como exemplo, a coleta poderia iniciar-se pelos seguintes dados disponíveis:

- O número de consultas médicas realizadas com adolescentes em determinado período.
- O relato ou a opinião sobre determinada característica do atendimento, como: tempo de espera; razões de não-seguimento de sessões de aconselhamento etc.
- O levantamento da percepção dos profissionais sobre determinadas situações caracterizadas por “anormais”, como: ausência repetida de adolescentes no pré-natal.

Com os dados disponíveis, deve-se construir os indicadores e analisá-los em relação aos parâmetros definidos. A partir dessa

análise preliminar, e já selecionados os novos indicadores, deve-se ponderar se há necessidade da coleta de novos dados, visando ao aprofundamento da avaliação. A escolha de quais novos dados coletar dependerá sempre da importância do indicador selecionado e da disponibilidade e factibilidade de obtenção desse dado.

Antes de iniciar a nova coleta de dados, será necessário escolher uma abordagem que aumente a capacidade de conhecimento do objeto da avaliação. A abordagem quantitativa é usada em geral para realizar as aproximações iniciais com o objeto da avaliação, que é descrito e explicado parcialmente. Isso ocorre devido à disponibilidade de dados nos programas e serviços e à familiaridade que a maioria dos técnicos possuem com os números. Havendo necessidade de avançar no significado e na interpretação do fenômeno, a abordagem qualitativa deve ser utilizada. Isso é importante para evitar a coleta de dados de características já conhecidas para a avaliação.

ABORDAGEM QUANTITATIVA ADOTADA

1. Começar sempre por dados quantitativos das atividades realizadas pelo programa e/ou serviço.

2. Escolher um período para coleta complementar de dados:

- O período mais prático para a coleta de dados de produção de atividades é a “semana típica”. A semana típica está baseada no pressuposto de que uma oferta constante gera uma demanda constante e portanto representa a produção de atividades que se deseja analisar. As modificações observadas nas quantidades de atividades/procedimentos são mais fortemente influenciadas pelas modificações nos tipos de atividades ofertadas do que nas reais necessidades de saúde da população-alvo. Portanto, ao escolher uma semana típica, cinco dias úteis para uma unidade básica de saúde (2^a a 6^a feira) ou na escola ou em outro recurso comunitário, esta semana não deve ser precedida ou seguida de feriados ou estar situada em meses tradicionais de férias.

- Desse modo, é possível a obtenção de dados que possibilitem conhecer a situação e que permitam a construção de uma linha de base para o processo de avaliação. Se para um outro momento de avaliação for utilizada a mesma técnica, ter-se-á a comparação entre os indicadores coletados, mesmo que estes não sejam exatos, isto é, com capacidade de retratar de forma completa e acurada a situação avaliada.

ABORDAGEM QUALITATIVA ADOTADA

A sugestão é que se comece a coleta pelo grupo focal. Essa técnica é muito útil nas seguintes situações:

1. Quando se pretende investigar a perspectiva de um grupo (modos de conceber, perceber e valorar) sobre uma determinada situação.

2. Quando envolve pessoas que sofrem problemas ou estão submetidas a uma mesma situação.

3. Quando a avaliação deve ser realizada em diferentes contextos.

4. Para a elaboração de guias de entrevistas e questionários.

5. Antes ou depois da utilização de outras técnicas. Por exemplo:

- Na fase de exploração de uma situação que se quer avaliar, visando à coleta de informações.

- Para produzir hipóteses da avaliação, quando se conhece pouco o problema a ser avaliado.

Caso se adote sobretudo a abordagem qualitativa, a comparação entre os dados disponíveis e os coletados e preparados deverá resultar na formulação de novas perguntas e permitir responder às hipóteses iniciais da avaliação.

Considerando que essa comparação está de início restrita às informações disponíveis, dificilmente contemplará todas as questões formuladas, mas decerto possibilitará conhecer um pouco melhor o objeto da avaliação. Experiências com a utilização de téc-

nicas de Estimativa Rápida, em programas sociais e serviços de saúde, podem servir de referência na avaliação qualitativa. A Estimativa Rápida é uma técnica de coleta de informações, que possui como características a sua simplicidade, o baixo custo e o preparo rápido de técnicos e pessoas da comunidade para atuarem como pesquisadores de campo (Chambers 1981; Melo *et al.* 1993; Di Villarosa 1993).

Na escolha dos instrumentos e métodos de coleta de dados, o critério de oportunidade (no tempo) da avaliação deve ser respeitado. Essa escolha deve ser bastante criteriosa, visando obter os dados de maneira a mais rápida possível. Na avaliação é mais importante conhecer a margem de erro originada pela coleta do que sofisticar o método visando diminuir essa margem de erro. Isso pode comprometer a finalidade e a oportunidade da avaliação para a tomada de decisão. Veja-se um exemplo (Quadro 5-A), relacionado com uma mesma situação, mas em que os objetos da avaliação são diferentes. Observem como mudam o tipo de dado necessário e as possíveis fontes.

A continuação da avaliação deverá processar-se após o cumprimento dos momentos de:

1. Análise → julgamento de valor → decisão (que modifique ou faça uma intervenção sobre a situação avaliada) baseada nos dados disponíveis.

2. Formulação de novas hipóteses ou perguntas sobre o que se quer saber com a avaliação, e só então iniciar nova seleção de indicadores → coleta → análise mais profunda das informações obtidas.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para facilitar o trabalho de quem está iniciando um processo de avaliação, no Quadro 6 apresentam-se as mais conhecidas técnicas e instrumentos para coleta de dados. Espera-se que a descrição sucinta e as indicações de uso facilitem a escolha dos

instrumentos e técnicas que possam ser utilizados de acordo com os propósitos e o contexto da avaliação. Além disso, no Anexo 2, encontram-se orientações para operacionalizar um grupo focal, técnica para coleta de dados qualitativos, e, no Anexo 3, orientações para a elaboração de um questionário, técnica muito utilizada para coleta de dados quantitativos.

ANÁLISE DOS DADOS QUANTITATIVOS

A análise dos dados quantitativos poderá ser simplificada, se houver uma preparação desses dados de modo a facilitar a comparação com o parâmetro definido (Quadro 7).

Para facilitar a análise, deve-se preparar os dados em tabelas ou gráficos, o que permite uma visualização mais objetiva e, conseqüentemente, melhor comparação. As formas usuais utilizadas para a apresentação de dados qualitativos são:

- Gráfico de Barras ou Histograma – compara serviços distintos. Pode demonstrar a variação de determinada medida e sua distribuição.
- Gráfico de Linhas – analisa tendências e a dinâmica do comportamento de um fenômeno.
- Torta ou Pizza – permite a análise de proporções.

ETAPAS DA ANÁLISE DE DADOS QUANTITATIVOS

Inicialmente, a análise dos dados quantitativos deverá ser feita utilizando-se os números absolutos coletados. Essa primeira aproximação pode facilitar a identificação de problemas ou relações que apontem para um “julgamento de valor”. Para os casos em que os números absolutos são pequenos ou há uma influência marcante do contexto (local) onde as informações foram coletadas, seria adequado, para a análise, que esses dados fossem transformados em taxa ou razão, visando aumentar a possibilidade de análise comparada.

Por exemplo: número de atendimentos de enfermagem muito baixo. A informação poderia ser reconstruída transformando-se esse número em uma proporção em relação ao total do atendimento realizado e depois comparar com o parâmetro adotado.

Para a análise de dados quantitativos, é necessário que o avaliador assuma a objetividade inerente ao processo de avaliação. Essa premissa é importante para deixar claro que a busca “interminável” de um dado mais preciso não necessariamente garante a objetividade da avaliação. Isso porque o julgamento de valor emitido apresenta um alto grau de subjetividade que dependerá mais do conhecimento prévio, da expectativa e dos valores do avaliador do que propriamente do dado objetivo. Essa subjetividade pode também estar retratada tanto na rigidez e/ou ambição do parâmetro definido para comparação quanto na expectativa de mudança esperada.

A título de exemplo: tomando-se como base uma proposta de cobertura do programa, é possível ter dois tipos de julgamento de valor frente a uma cobertura alcançada de 50%. Para um avaliador otimista esse percentual seria bom, ao passo que para um pessimista poderia ser insatisfatório, ambos baseados no mesmo dado numérico.

ANÁLISE DOS DADOS QUALITATIVOS

A coleta de dados qualitativos processa-se com a utilização de vários instrumentos (Quadro 6). O mais importante é definir com pertinência os dados necessários, sem preocupações com a definição de uma amostra estatística, pois o que se busca é compreender o significado e as relações expressadas.

Geralmente é muito fácil adquirir e/ou compilar uma grande quantidade de informação qualitativa. O mais difícil, no entanto, é analisar adequadamente essas informações e mesmo definir com exatidão o que é mais importante para ser analisado.

Para evitar esse tipo de problema é essencial definir quais são as informações mais relevantes e como analisá-las antes de iniciar a coleta. Na coleta de dados qualitativos o que importa é a representatividade dos mesmos. A rigor, não existe necessidade de definir uma amostra, porque o que importa é o significado de uma informação para a situação avaliada e não a quantidade de informantes que repetem essa mesma informação ou o número de vezes em que ela aparece.

É possível, no entanto, utilizar uma “amostra intencional”, isto é, entrevistar, observar ou realizar um grupo focal com as pessoas que, por critérios definidos pelo avaliador, sejam capazes de transmitir as informações julgadas necessárias para realizar a avaliação (isso significa que as pessoas ou grupos escolhidos devem ser selecionados com base no critério de representatividade dentro do contexto em que se realiza a avaliação).

Ao utilizar a técnica da observação, que é um processo muito interessante mas exaustivo, deve-se definir previamente os aspectos, fatos e elementos do ambiente considerados fundamentais para o processo de avaliação. Deve-se registrar o que as pessoas falam e o modo como reagem (seus gestos, atitudes, comportamento físico e emocional), como também todas as circunstâncias consideradas importantes que estão envolvidas no fato/fenômeno que está sendo observado.

Durante a realização da coleta de dados no grupo focal, o mais importante é conduzir a discussão sem demasiada interferência do facilitador, possibilitando que esta se processe em torno do tema desejado e permitindo a participação de todos os membros do grupo (Anexo 2).

Para realizar uma análise adequada de dados qualitativos, é importante que o avaliador tenha esboçado previamente as categorias e/ou classificação e/ou grupos temáticos que deverá utilizar na análise dos dados (que devem ser revistas no processo de coleta e de análise propriamente dita).

Como sugestão para a apresentação de dados qualitativos citam-se:

- Matriz, Tabela ou Caixa – Construída com informações descritivas relevantes. Permite demonstrar relações entre categorias e resultados, além de descrever a classificação das informações coletadas.

- Diagrama – Demonstra relações entre determinada característica e os fatores que a influenciam.

- Fluxograma – Pode representar visualmente um processo por meio de figuras e símbolos previamente definidos.

- Narrativa (Temática e/ou Cronológica) – Organização do texto extraído do discurso (principalmente entrevistas e documentos analisados), tendo como base dois eixos: o tema ou conceito do que se quer revelar do discurso analisado e a temporalidade dos fatos e fenômenos narrados.

- Mapa e Transect (Mapa geográfico transversal de uma área específica) – Construídos, atualizados ou complementados a partir da observação realizada e das informações obtidas com informantes-chave. Muito úteis na demonstração de informações quanto aos aspectos físicos e ambientais da área de interesse. Comparam as características principais e a utilização de recursos numa área (Chambers 1981).

- Perfil Histórico e Cronológico – É o ordenamento de informações numa ordem histórica e cronológica de um lugar, de uma pessoa, ou situação, utilizando-se uma árvore com datas e resumo da situação destacada (Chambers 1981).

Por fim, é necessário reforçar que, no processo, o avaliador revela uma posição que não pode e não se deve basear apenas na média dos valores obtidos. Toda avaliação, com a sua conseqüente análise e julgamento de valor, revela, inclusive mediante os dados quantitativos, uma subjetividade que o avaliador assume como uma verdade. Assim, a conclusão do avaliador não deve tentar esconder o componente subjetivo inerente a esse processo.

Antes de concluir a discussão sobre a coleta e a análise de dados qualitativos e quantitativos, tome-se como exemplo o Quadro 7, que tenta demonstrar sinteticamente os elementos envolvidos para a coleta e a análise de dados.

ESCOLHA DE ABORDAGENS

A escolha da abordagem teórica a ser utilizada na avaliação de programas é sempre um grande desafio para os executores da avaliação. O papel reconhecidamente predominante dos modelos teóricos quantitativos não tem permitido a compreensão dos atributos e das possibilidades dos modelos qualitativos para a avaliação. Os modelos qualitativos podem complementar e aprofundar o alcance de uma avaliação.

A experiência mostra que os objetivos e os resultados que se pretende alcançar por meio dos programas nem sempre são factíveis. Isso decorre não só das características da população-alvo (adolescentes) e do contexto, como da complexidade de lidar com aspectos relativos à saúde, o que implica quase sempre a adoção de comportamentos e práticas distintas.

QUANDO USAR A ABORDAGEM QUANTITATIVA E/OU A QUALITATIVA

Hoje, o mais importante é saber com clareza que existe um interesse cada vez maior em combinar abordagens quantitativas e qualitativas na avaliação em saúde, o que significa, no mínimo, realizar uma avaliação mais abrangente.

Entre as características de programas de saúde que reforçam a necessidade de utilizar ambas as abordagens, destacam-se:

1. O desenvolvimento do enfoque interdisciplinar, considerado como fundamental para a compreensão dos processos e resultados obtidos nos programas de saúde.

2. O caráter coletivo do trabalho em saúde, envolvendo diversos conhecimentos e práticas exercidas por sujeitos distintos.

3. A necessidade de descrever, explicar e interpretar os fenômenos identificados.

4. O reconhecimento de que se pode obter a maior eficácia dos procedimentos e atividades realizadas, ao levar em consideração a percepção e as necessidades das pessoas que os utilizam, no caso, os adolescentes.

A descrição de algumas das características que distinguem as duas abordagens também pode contribuir não só para compreendê-las melhor, como também para fazer bom uso do potencial de cada uma (Mullen & Iverson 1982).

CARACTERÍSTICAS GERAIS DA ABORDAGEM QUANTITATIVA

- Busca descrever significados que são considerados como inerentes aos objetos e atos, e por isso é definida como objetiva.

- Tem como característica permitir uma abordagem focalizada, pontual e estruturada, utilizando dados quantitativos.

- A coleta de dados quantitativos realiza-se pela obtenção de respostas estruturadas.

- As técnicas de análise são dedutivas (isto é, partem do ge-

ral para o particular) e orientadas pelos resultados. Os resultados são generalizáveis.

CARACTERÍSTICAS GERAIS DA ABORDAGEM QUALITATIVA

- Busca descrever significados que são socialmente construídos, e por isso é definida como subjetiva.
- Tem características não estruturadas, é rica em contexto e enfatiza as interações.
- Pela coleta de dados qualitativos, obtêm-se respostas que são semi-estruturadas ou não estruturadas;
- As técnicas de análise são indutivas, orientadas pelo processo, e os resultados não são generalizáveis.

Em relação aos equívocos mais comuns que são cometidos em relação à abordagem qualitativa, vale sublinhar:

1. A abordagem qualitativa não deve ser confundida com a avaliação da qualidade dos serviços. A avaliação da qualidade dos serviços foi desenvolvida por Avedis Donabedian e está ancorada em dados quantitativos. Esse autor adota o que chama de sete pilares da qualidade: otimização, eficiência, eficácia, efetividade, equidade, legitimidade, aceitabilidade (Donabedian 1990).

2. O conceito de avaliação qualitativa aqui adotado é aquele que tende a identificar benefícios e resultados na clientela. Isso inclui a explicitação da subjetividade da percepção do outro. Do ponto de vista da organização, a qualidade é sempre definida por critérios técnico-políticos; do ponto de vista do trabalhador, além do critério anterior, a qualidade inclui a expectativa desses sujeitos. Em relação ao conceito de qualidade quando referido pela população-alvo e outros usuários, os critérios adotados têm como base a expectativa desses sujeitos (sempre mutável e flexível), que deve ser sempre conhecida e que depende fortemente de experiências acumuladas.

3. O avaliador tenta muitas vezes disfarçar a presença, necessária, da subjetividade no desenvolvimento da abordagem qualita-

tiva. Isso, inclusive, pode prejudicar a coleta e a análise da informação obtida, principalmente no uso da técnica da observação, em que as reflexões do avaliador necessariamente fazem parte da análise. Em segundo lugar, não se pode negar que a avaliação, por consistir também na emissão de um juízo de valor, está necessariamente permeada pela visão de mundo de quem avalia. Portanto, a explicitação de critérios e de suas conseqüências e a socialização dos elementos intersubjetivos contidos no processo de avaliação, inclusive na interpretação dos resultados, são os caminhos indicados para deixar visível a especificidade buscada na abordagem qualitativa e a sua validade.

Em relação aos equívocos mais comuns que são cometidos em relação à abordagem quantitativa, destacam-se:

1. A abordagem quantitativa não deve ser utilizada como algo infalível e que expressa uma verdade absoluta.

2. Existe também o mito de que apenas o que pode ser expresso em números apresenta a objetividade exigida para dar cientificidade à avaliação. No entanto, a análise e as conclusões obtidas no processo de avaliação pela abordagem quantitativa não estão isentas da visão de mundo e dos valores de quem a usa. O mais importante é ser rigoroso na execução da avaliação e deixar sempre claro quais os elementos que foram adotados (abordagem, técnicas, instrumentos etc.) e que permitiram as conclusões obtidas.

Considerando as características fundamentais dos serviços e dos programas de saúde, e a importância de incorporar a avaliação como uma atividade cotidiana dos profissionais do setor, é recomendável que se inicie o processo de avaliação pela utilização da abordagem quantitativa, tendo em vista a maior facilidade e disponibilidade de informações que podem ser utilizadas nesse contexto. Isso permite, no mínimo, uma primeira aproximação com o objeto a ser avaliado. Desse modo, a abordagem quantitativa pode ser utilizada como um ponto de partida para a incorporação da avaliação nos programas, serviços ou sistemas.

Para iniciar o processo de avaliação é necessário que os envolvidos adotem o princípio da realidade, partindo das condições existentes. Isso contribui para desmistificar a necessidade de um conhecimento especializado para a execução de processos avaliativos. Esse começo deve levar em consideração as condições existentes para iniciar um processo que possa ser factível e aperfeiçoado ao longo do tempo.

Para obter o melhor equilíbrio possível na utilização das abordagens, algumas “sugestões” são oferecidas no Quadro 8. As “sugestões” estão relacionadas a resultados (numéricos ou individuais), a componentes que se quer avaliar (se a cobertura ou se a dinâmica de um programa) ou a relações (entre variáveis ou de identidade), que estabelecem as diferenças básicas para a escolha da abordagem quantitativa ou qualitativa, ou ambas. Lembrem-se! As abordagens não são excludentes!

Os pressupostos mínimos exigidos pelas abordagens quantitativa e qualitativa estão relacionados com diversos fatores do contexto institucional e com a finalidade da avaliação, tais como:

- Recursos e condições políticas.
- Recursos de conhecimento teórico e prático exigidos na execução da avaliação.
- Recursos materiais, como dinheiro e o tempo do trabalho das pessoas participantes do processo de avaliação.

Algumas perguntas que podem auxiliar na definição dos recursos mínimos exigidos devem ser feitas em relação aos pontos destacados a seguir, antes da decisão quanto à avaliação a realizar.

1. Qual o objeto da avaliação:

- Destacar, descrever e analisar um fenômeno (o que exige uma abordagem quantitativa)?
- Explicar e interpretar, aprofundando o significado e a intenção do fenômeno produzido (o que exige uma abordagem qualitativa)?
- Ou ambas?

2. Quais os dados disponíveis?

3. Quanto tempo é disponível para realizar a avaliação?

O que distingue a abordagem quantitativa da qualitativa está além do uso dos instrumentos e das técnicas. Muitas vezes, a opção por determinados instrumentos pode levar à compreensão equivocada quanto à abordagem utilizada. As diferenças entre essas abordagens são múltiplas, como se mostrou anteriormente. A seguir, no Quadro 9, destacam-se as vantagens e as desvantagens do uso de ambas.

SOBRE A AVALIAÇÃO ECONÔMICA

A avaliação de programas e serviços de saúde deve incorporar essa abordagem que ainda é um tabu para a realidade brasileira e latino-americana: a avaliação econômica. Isso porque, em realidades de profunda desigualdade social, considerar os custos das atividades relacionadas com a saúde pode assumir um caráter não ético. No entanto, a complexidade crescente dos sistemas de saúde e o reconhecimento de que as necessidades de saúde são inesgotáveis exigem que se avalie a relação entre os recursos utilizados e a prestação de serviços ou atividades desenvolvidas.

ALGUNS CONCEITOS

Por definição, a avaliação econômica é o processo pelo qual os custos de programas, sistemas, serviços ou atividades de saúde são comparados com outras alternativas e suas conseqüências, verificando se ocorreu melhoria na atenção à saúde da população atendida ou uma utilização mais adequada de recursos.

A avaliação econômica é um importante instrumento para a tomada de decisão quanto à alocação de recursos, visando a uma maior eficiência e impacto na sua utilização.

O aspecto mais relevante na avaliação econômica não são os custos, que são os insumos básicos, e sim os benefícios alcançados com a aplicação destes. A análise econômica é utilizada:

- Para definir prioridades.
- No planejamento, para decidir em que programas/atividades/serviços alocar os recursos existentes.
- Na avaliação, para identificar qual a melhor entre as diversas opções de programas, atividades e serviços existentes. Ou para escolher qual das alternativas possibilita o alcance dos resultados com o menor custo.

Entretanto, é preciso considerar que nem todos os benefícios decorrentes de serviços, programas ou atividades de saúde desenvolvidas podem ser quantificados. Esse é um dos limites da avaliação econômica.

Para os que pretendem utilizar análises econômicas específicas na área da saúde, é importante realçar que o passo inicial consiste em mensurar e controlar os custos de produção e distribuição dos serviços, programas e atividades desenvolvidas.

Uma dificuldade reconhecida na avaliação econômica diz respeito à necessidade de calcular o custo unitário da atividade ou procedimento. Como o custo é o valor de consumo utilizado, tudo que está envolvido na produção, independentemente do pagamento ou não, entra nesse cálculo.

Os custos implicam o valor de todos os recursos utilizados na produção de serviços e atividades de saúde, e eles podem ser classificados em custos diretos e indiretos.

1. Custos diretos – os mais importantes relacionam-se com:

- Despesas com pessoal (salários, benefícios); com material de consumo; gastos de capital (por exemplo: a ampliação da estrutura física de um serviço ou a compra de novo equipamento).

- Gastos assumidos pelos adolescentes/usuários e/ou seus familiares (por exemplo: o gasto com transporte por usuários e familiares para vir ao serviço de saúde).

2. Custos indiretos – relacionam-se com:

- Perda de produção econômica pelo fato de o usuário não trabalhar enquanto está em tratamento ou durante o tempo despendido para receber o serviço ou a atividade prestada.

- Custos que não são palpáveis, como a tensão emocional sofrida pela adolescente/família durante uma gravidez indesejada ou a dor sofrida pela rejeição no ambiente escolar. Esses custos são mais difíceis de estimar e habitualmente são estabelecidos por outros mecanismos sociais (como, por exemplo, arbitragem por um conselho tutelar, indenizações estabelecidas judicialmente).

Para calcular os custos das atividades ou procedimentos é necessário existir um controle contábil, por meio da organização e da sistematização dos custos, com o registro dos gastos por setor ou serviço. Para iniciar o cálculo dos custos das atividades produzidas, pode-se partir de um custo-padrão.

O custo-padrão parte de uma situação teórica para definir qual seria o custo da atividade ou do procedimento, pelo desenvolvimento dos seguintes passos:

- Identificar todos os custos que entram no processo de trabalho.

- Para cada item identificado, definir qual a proporção que entra na atividade calculada.

- Dividir o custo total conhecido pelas proporções identificadas.

- Realizar o somatório dos custos de cada item identificado.

Pode-se adotar também, num momento inicial, algum padrão de referência já utilizado por outros programas ou serviços, desde que guarde uma relação próxima com o contexto em que se processa a avaliação.

Em geral a avaliação econômica direciona-se à tomada de decisão em busca de maior eficiência dos programas ou serviços.

Comumente a ineficiência na alocação de recursos decorre da utilização e/ou gasto inadequado de recursos financeiros com insumos não prioritários em detrimento dos insumos necessários.

A ineficiência também pode estar relacionada com a utilização dos recursos disponíveis. Nesse caso, os recursos utilizados não resultam na produtividade esperada (baixa produtividade) ou existe uma ociosidade quanto à utilização dos recursos disponíveis.

ANÁLISE DE CUSTO-EFETIVIDADE

Entre os instrumentos de análise econômica mais conhecidos, propõe-se a utilização inicial da análise de custo-efetividade (Quadro 10), porque a efetividade que será analisada relaciona-se com os resultados alcançados. Isso pressupõe o manuseio de elementos mais familiares e, portanto, potencialmente facilitadores da introdução da análise econômica em contextos em que esse instrumento se constitui em uma novidade.

A análise de custo-efetividade tem origem na identificação da necessidade de uma metodologia adequada para análises econômicas na área social, e foi concebida após a identificação de limites na aplicação da análise de custo-benefício nesse campo. Substancialmente, ela não difere da análise de custo-benefício, pois tem a vantagem de permitir a medida de benefícios e impacto de um programa ou serviço em uma unidade não monetária. Portanto, no nosso entender, a análise de custo-efetividade inclui a análise de custo-benefício, visto que ambas comparam custos e resultados.

Em uma outra perspectiva, a adoção prioritária da análise de custo-efetividade tem como vantagens:

- Aplicação e utilização em contextos e situações microlocalizadas.
- Permitir a utilização de resultados objetivos e subjetivos.
- Permitir maior aprendizagem na utilização de instrumentos de análise econômica por ter uma perspectiva mais abrangente e flexível.

- Exigir uma situação real para sua aplicação.

Ao considerar a relação custo x resultados, a análise de custo-efetividade permite a incorporação da perspectiva dos usuários e dos prestadores, desde que os resultados obtidos contemplem uma programação prévia do serviço ou da atividade e as necessidades da população-alvo.

O mais importante, no entanto, não é a aplicação rígida dessa ou de qualquer outra técnica, dado que para isso se requerem conhecimentos específicos, muitas vezes ainda não dominados pelos trabalhadores da saúde. O relevante é introduzir a análise de fatores econômicos para ampliar a qualidade da atenção à saúde e ampliar a capacidade social de responder às necessidades de saúde da população-alvo.

Exemplo de custo-efetividade: a escolha de uma estratégia para o programa de saúde do adolescente com o objetivo de prevenir gravidez indesejada poderia ser a distribuição de anticoncepcivo oral. Para a análise de custo-efetividade dessa distribuição, será necessário coletar informações sobre os recursos financeiros para o provimento dos seguintes serviços: recursos humanos necessários para prescrição, orientação e dispensação do medicamento; espaço físico e equipamentos; a própria medicação e material de consumo. Também deverão fazer parte do custo os esforços despendidos para a captação e a sensibilização da população-alvo. A efetividade deverá ser medida em relação ao resultado alcançado na diminuição da gravidez indesejada. A opção será pela estratégia que alcançar o melhor resultado, isto é, a maior redução da gravidez indesejada com o custo possível de ser assumido.

ANÁLISE DE CUSTO-BENEFÍCIO

A análise de custo-benefício (Quadro 11) é baseada em instrumentos e usualmente utilizada para decidir onde e em que serão feitos os investimentos. Compara o custo de equipamentos, por

exemplo, com o retorno financeiro dessa incorporação. Quando o retorno financeiro é maior do que o custo do equipamento incorporado, está estabelecido o lucro. Numa área social como a da saúde fica difícil (quando não impossível) medir qual o retorno do investimento social. Desse modo, a adaptação feita da análise de custo-benefício para a área social continua com limites que são, às vezes, intransponíveis.

Exemplo de custo-benefício: frente à implantação de uma estratégia de prevenção da gravidez indesejada e a existência de duas alternativas de intervenção, como a dispensação de anticoncepcivo oral e o uso de preservativo masculino, deve-se realizar a análise custo-benefício. Para isso, o custo de investimento de cada uma delas deverá ser calculado levando-se em conta todos os recursos financeiros necessários (recursos humanos, espaço físico, equipamentos, material de consumo e medicamentos, divulgação etc.) e o resultado medido em unidade monetária alcançado em cada uma das intervenções (o recurso financeiro economizado pela não-utilização de serviços de saúde e social para o acompanhamento e a atenção do parto, os cuidados com a criança, os custos da exclusão social etc.). A opção recairá na alternativa de menor custo de investimento desde que seja assegurado o melhor resultado financeiro.

Para evitar outras interpretações, convém definir aqui os conceitos mais utilizados, numa perspectiva econômica. Para saber sobre outros termos pertinentes à avaliação econômica, consultar o Anexo 4. Desse modo:

EFETIVIDADE – é a conseqüência produzida por um produto ou tecnologia aplicada em condições reais. Assim, a efetividade está relacionada com os resultados produzidos num contexto social específico, que devem ser os mais amplos possíveis.

EFICIÊNCIA – é o resultado da relação obtida entre custos e produtos.

EFICÁCIA – são os resultados obtidos em curto prazo.

BENEFÍCIO – é qualquer ganho ou efeito positivo.

FAZENDO UM ORÇAMENTO DA AVALIAÇÃO

ITENS BÁSICOS PARA UM ORÇAMENTO

Como qualquer atividade, realizar uma avaliação implica custos, que podem ser traduzidos não apenas em valores monetários. Para a realização da avaliação, mesmo quando esta é uma atividade rotineira do serviço de saúde, vale a pena levantar e adotar, como critério de factibilidade, os custos que naturalmente estarão envolvidos no processo de avaliação. Não é necessário dispor de um recurso extra para a realização dessa atividade, mas sim estimar e disponibilizar esses recursos. Para isso exemplificam-se a seguir os itens básicos de um orçamento.

1. Trabalho dos técnicos envolvidos diretamente na execução da avaliação (pode ser estimado em horas de trabalho dedicadas à avaliação e transformado no valor correspondente do salário recebido pelo técnico).

2. Custo básico de manutenção/desgaste de equipamentos utilizados (veículos para locomoção; computador/impressora etc.).

3. Suprimentos básicos (material de escritório; cartuchos de impressora etc.).

4. Impressão de material; reprodução e distribuição de resultados.

5. Outros (por exemplo, reunião para discussão e apresentação dos resultados da avaliação).

APRESENTAÇÃO E DIFUSÃO DOS RESULTADOS

A apresentação e difusão dos resultados é um aspecto da avaliação quase sempre colocado em segundo plano. No entanto, uma avaliação não servirá para subsidiar a tomada de decisões e intervenção concreta sobre o que foi avaliado, se seus resultados não forem comunicados adequadamente e, o que é muito importante, para audiências relevantes (estas podem ser compostas de tomadores de decisões; executores de serviços e programas de saúde; técnicos; participantes da avaliação; financiadores; público em geral).

Geralmente, os resultados de uma avaliação são apresentados por escrito, na forma de relatórios. Sugere-se que antes da elaboração do relatório final os resultados da avaliação possam ser apresentados e discutidos com todos os participantes do processo e todos os interessados pelos seus resultados. Recomenda-se que previamente, antes da elaboração do relatório final, sejam discutidos os resultados com os principais atores envolvidos no processo de avaliação.

A disseminação dos resultados pode também ser feita por meio de reuniões ou eventos mais estruturados como seminários e/ou conferências (locais, regionais ou nacionais) com membros/representantes de organizações comunitárias, de escolas, ou por notas em jornais.

APRESENTAÇÃO ESCRITA DOS RESULTADOS

Um relatório final do processo de avaliação deve ser elaborado tendo como foco a quem é dirigido, isto é, a audiência principal. Por exemplo, um relatório dirigido a um Secretário não pode ser extenso e deve conter no seu início um resumo preciso dos principais resultados obtidos com a avaliação (sumário executivo). Caso o relatório seja dirigido para um grupo misto, por exemplo, conselhos de saúde ou conselhos comunitários, sua linguagem deve ser clara e de preferência sem termos técnicos específicos e com destaque para os aspectos que interessam à função desses grupos, principalmente quanto a resultados relacionados com a população-alvo. Recomenda-se a menor quantidade de texto possível e o maior número de informações, com uma breve interpretação das mesmas, em quadros, tabelas e matrizes.

Um roteiro básico para a elaboração de um relatório técnico/político deve conter:

1. Sumário Executivo: é uma parte muito importante da apresentação escrita dos resultados. O Sumário Executivo deve sintetizar as informações mais relevantes para a audiência a quem é dirigido. Deve-se iniciar pelos resultados atingidos, apontando os avanços porventura existentes e os parâmetros utilizados. Não é necessário detalhar informações relativas a material e métodos utilizados. Esse item não deve ser elaborado como um resumo do relatório. Ele deve conter apenas as informações mais relevantes e ser escrito para cada audiência específica.

2. Introdução.

3. Abordagem e Técnicas Utilizadas.
4. Resultados e Análise.
5. Conclusões e Recomendações.
6. Anexos.

Quase sempre é útil redigir um resumo para divulgação na imprensa. Esse resumo deve conter as principais informações sobre o programa (objetivos, atividades realizadas, público-alvo, tempo de existência do programa, financiadores/realizadores etc.) e os principais resultados da avaliação realizada.

ANEXOS

ANEXO 1. INDICADORES

INDICADORES GERAIS HABITUALMENTE UTILIZADOS PARA ANÁLISE DE SITUAÇÃO
E/OU CONTEXTO DOS PROGRAMAS/SERVIÇOS DE SAÚDE

SITUAÇÃO DE SAÚDE	INDICADORES SOCIOCULTURAIS	INDICADORES AMBIENTAIS
<ul style="list-style-type: none">DISTRIBUIÇÃO POPULAÇÃO URBANO-RURALTAXA GLOBAL DE FECUNDIDADETAXA DE MIGRAÇÃOTAXA DE MORTALIDADEESTRUTURA DA PIRÂMIDE POPULACIONALINCIDÊNCIA DE MORBIDADECOBERTURA DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS/ATIVIDADES	<ul style="list-style-type: none">RENDA <i>PER CAPITA</i>ÍNDICE DE ANALFABETISMOÍNDICE DE ATIVIDADE ECONÔMICAESTILOS DE VIDACONDIÇÕES DE TRABALHO, EMPREGO E SEGURIDADE SOCIALHÁBITOS E COSTUMESALFABETIZAÇÃOSUFICIÊNCIA DE MORÁDIAS, EXPRESSA EM NÚMERO DE PESSOAS POR HABITAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">PRESENÇA DE AGENTES, VETORES, RESERVATÓRIOS POTENCIALMENTE NOCIVOSCONDIÇÕES DA HABITAÇÃOINFRA-ESTRUTURA DOS SERVIÇOS PÚBLICOSCONDIÇÕES CLIMÁTICAS

AValiação DE EFICIÊNCIA E EFICÁCIA	AValiação DE IMPACTO	INDICADORES DE POLÍTICAS DE SAÚDE
<ul style="list-style-type: none">COBERTURAS DE ATENÇÃOÍNDICES DE ABANDONOPORCENTAGEM DE PERDASPORCENTAGEM DE CASOS INVESTIGADOSINTERVALO ENTRE A NOTIFICAÇÃO E A INTERVENÇÃOSATISFAÇÃO DO USUÁRIO/ADOLESCENTE	<ul style="list-style-type: none">MUDANÇA DE ESTILOS DE VIDA NEGATIVOSAUMENTO DAS FONTES DE INFORMAÇÃO COMUNITÁRIASDIMINUIÇÃO DAS DEMANDAS INSATISFEITASÍNDICE DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS/ADOLESCENTESMELHORAMENTO DAS CONDIÇÕES DE VIDA	<ul style="list-style-type: none">ALOCAÇÃO DE RECURSOS SUFICIENTES PARA AS ATIVIDADES PROGRAMADASGRAU DE EQUIDADE NA DISTRIBUIÇÃO DE RECURSOSGRAU DE PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NA DEFINIÇÃO DAS POLÍTICASCOMPROMISSO EM ALTO NÍVEL DE ALCANÇAR AS DIRETRIZES ESTABELECIDAS

OUTROS INDICADORES DE INTERESSE

INDICADOR DE UM EVENTO SENTINELA (EVENTO CONSIDERADO GRAVE)	INDICADORES TÉCNICOS/ADMINISTRATIVOS
<ul style="list-style-type: none"> ESTE INDICADOR TEM COMO NUMERADOR O NÚMERO DE EVENTOS DE INTERESSE E COMO DENOMINADOR O NÚMERO DE PESSOAS AS QUAIS O EVENTO DE INTERESSE PODERÁ AFETAR <p>EXEMPLO:</p> <p>NÚMERO DE MULHERES ADOLESCENTES INSCRITAS NO PROGRAMA COM SEGUNDA GRAVIDEZ EM PERÍODO MENOR QUE DOIS ANOS: NÚMERO DE MULHERES ADOLESCENTES INSCRITAS NO PROGRAMA</p>	<p>INDICADORES DE ACESSIBILIDADE AO SERVIÇO</p> <ul style="list-style-type: none"> CONSULTAS/ACONSELHAMENTOS CANCELADOS AUSÊNCIA NAS CONSULTAS/SESSÕES TEMPO DE ESPERA PARA SER ATENDIDO <p>CONTINUIDADE DA ATENÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> NÚMERO DE ATENDIMENTOS COM UM MESMO PROFISSIONAL ENCAMINHAMENTOS NÃO COMPLETADOS REGISTRO DE SATISFAÇÃO OU QUEIXAS SOBRE A CONTINUIDADE DA ATENÇÃO
<p>OUTROS INDICADORES DE PROCESSO</p> <ul style="list-style-type: none"> PONTUALIDADE NAS ATIVIDADES DE RECEPÇÃO/ATENDIMENTO INCIDENTES COM USUÁRIOS/ADOLESCENTES 	<p>INDICADORES DA ESTRUTURA</p> <ul style="list-style-type: none"> DISPONIBILIDADE DE RECURSOS HUMANOS/ TÉCNICOS QUALIDADE DOS RECURSOS DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

INDICADORES DE CUSTOS

1. CUSTO DE UMA ATIVIDADE NO PERÍODO

Gasto total da atividade no período (especificar)

Número total da atividade realizada no período

2. EFICIÊNCIA DO ATENDIMENTO

$$EA1 = \frac{\text{Número de demandas resolvidas no período}}{\text{Número de demandas recebidas no período}} \times 100$$

3. ÍNDICE DE OCUPAÇÃO ANUAL

$$O = \frac{\text{Número de casos atendidos no período}}{\text{Número de vagas disponíveis por período}} \times 100$$

ANEXO 2. COMO OPERACIONALIZAR UM GRUPO FOCAL

O que é o grupo focal? É uma técnica qualitativa, não-diretiva, cujo resultado visa ao controle da discussão levada a efeito por um grupo de pessoas. Foi inspirada em técnicas de entrevista não-direcionada e técnicas grupais usadas na psiquiatria. Os participantes não se conhecem mas possuem características comuns. Nesta técnica o mais importante é a interação que se instaura entre os participantes. O facilitador da discussão deve estabelecê-la e auxiliar na comunicação e não realizar uma entrevista em grupo.

PASSOS METODOLÓGICOS

1. Definir claramente o problema a ser avaliado.
2. Escolher um bom facilitador e, de preferência, dois relatores para anotar a discussão.
3. Constituir o grupo focal: o grupo deve ter uma composição homogênea, preservando, porém, certas características heterogêneas do grupo – um balanço entre uniformidade e diversidade –, o que permite aos participantes que se sintam confortáveis e livres para participar da discussão (aspectos como mesmo sexo, faixa etária aproximada, experiência profissional ou envolvimento/participação na atividade avaliada podem servir como variáveis). A escolha das variáveis vai depender do que se avalia e da finalidade da avaliação.
4. Forma de seleção dos participantes: devem-se respeitar sempre os critérios estabelecidos previamente, de acordo com o objeto da avaliação. Recomenda-se que não se coloquem no mesmo

grupo pessoas que se conheçam ou que conheçam o facilitador. Uma pré-seleção pode ser feita para identificar os que mais bem se enquadram nos critérios definidos.

5. Quanto ao tamanho do grupo, este deve ter geralmente entre 6 a 10 membros; recomenda-se que se convidem mais 20% para cobrir possíveis ausências. Sugere-se calcular o número de canais de comunicação possíveis no grupo, utilizando-se da fórmula $N \times (N-1) : 2$, onde N é igual ao número de participantes. Deste modo pode-se ter uma idéia inicial de quantos componentes são necessários num grupo, variando de acordo com as características desses componentes e do tema de discussão. Um exemplo: se o grupo contar com 6 componentes: $6 \times (6-1) : 2 = 15$ canais possíveis de comunicação.

6. A quantidade de grupos deve considerar a homogeneidade da população em relação ao objeto da avaliação, variando de um mínimo de 3 a 4 grupos até 10 a 12 grupos no máximo. O importante é selecionar pessoas com diferentes opiniões em relação ao tema a ser discutido, com o objetivo de obter não uma representação quantitativa de diferentes opiniões e setores, mas sim o relato de cada segmento sobre o objeto da avaliação.

7. Os participantes devem ser vagamente informados sobre o tema da discussão para que não compareçam com idéias preestabelecidas. Quando necessário recomenda-se a produção de meios que facilitem a presença dos participantes (a exemplo de cartas para que sejam liberados no horário de trabalho etc.) e deve-se sempre confirmar a presença por telefone um dia antes da reunião.

8. Desenvolvimento dos encontros: o local para as reuniões deve favorecer a interação entre os participantes – uma sala com cadeiras confortáveis, que podem ou não estar em volta de uma mesa, é suficiente. Também recomenda-se que os encontros durem entre uma e meia e duas horas e no máximo três horas. Pode-se utilizar equipamento para registrar as discussões, preferencialmente dois gravadores. É útil identificar cada participante com um

cartão. O facilitador deve iniciar o encontro com uma breve explanação, agradecendo as presenças e propondo uma breve autoapresentação. Deve explicar os objetivos do encontro, como foram selecionados os participantes e por que não foram dadas muitas informações sobre a reunião até aquele momento; também deve justificar o uso de gravadores e o sigilo das informações obtidas. Deve deixar claro que todas as opiniões interessam e portanto não existem boas ou más opiniões. Assim, cada membro deve falar na sua vez, permitindo uma boa gravação das falas. É preciso informar aos participantes sobre a duração do encontro e como este será desenvolvido. Deve-se fazer uma rodada inicial de falas, possibilitando a todos um comentário geral sobre o tema.

9. Papel do facilitador: depende do ponto de vista que se adota, do que está sendo avaliado e da natureza das informações que se deseja obter. Tudo isso determina se a discussão será mais ou menos estruturada. O facilitador pode não intervir, devendo apenas proporcionar uma atmosfera favorável à discussão, controlar o tempo e estimular a fala de todos. Em outros estudos o facilitador pode fazer várias perguntas abertas sobre o tema, para guiar a discussão. Ele deve sempre ter uma lista de questões que podem ou não ser usadas. Deve evitar a monopolização da discussão por um dos participantes e encorajar os mais reticentes. Precisa estar atento às expressões gestuais dos participantes e saber interpretá-las. É consensual a opinião de que o facilitador deve ter experiência na condução de grupos e ser sensível, capaz de ouvir, ter clareza de expressão, ser flexível, vivo e simpático, além de ter senso de humor (o papel de facilitador é mais uma questão de arte do que de técnica).

10. Análise das informações obtidas: de preferência o facilitador deve participar da análise das informações obtidas, pois ele possui as melhores informações sobre expressões faciais, o tom usado pelos participantes, o contexto das falas e o clima da discussão. É necessário transcrever as discussões gravadas. Não existe um

modelo acabado de análise dos dados. Em geral se utilizam os seguintes passos:

a) Elaboração de um plano descritivo das falas, que consiste na apresentação das idéias expressadas, bem como dos apoios e destaques para diferenças entre as opiniões e discurso dos grupos focais.

b) Devem-se ouvir repetidas vezes as falas registradas e agrupar os fragmentos dos discursos de acordo com as categorias identificadas.

c) A análise deve extrair tudo que for relevante e associado com o tema ou com a categoria. As categorias podem ser geradas a partir das informações obtidas. O guia usado pelo facilitador pode servir como um esquema inicial das categorias. Durante a discussão também podem surgir novas variáveis.

d) A análise deve tentar capturar as idéias principais que apoiem as conclusões. Os analistas podem buscar tendências e formular tentativas de conclusões sobre as conexões encontradas. Existem, inclusive, programas computadorizados utilizados para manipulação de dados qualitativos.

e) Resultados: deve-se elaborar um relatório dos resultados do grupo focal, evitando generalizações e acentuando as relações entre os elementos identificados, com a indicação ou avaliação de interpretações dos participantes. Citações dos discursos devem ser usadas com parcimônia, não devendo abranger mais de um terço do relatório.

Vantagens: o clima relaxado das discussões; a confiança dos participantes em expressar suas opiniões; a participação ativa e a obtenção de informações que não ficam limitadas a uma prévia concepção dos avaliadores, bem como a alta qualidade das informações obtidas.

Desvantagens: dificuldades em conseguir participantes quando estes devem obedecer a critérios muito específicos; a produção de polêmicas e oposição na discussão, além de invalidação dos achados devido à ingerência de alguns dos participantes.

ANEXO 3. COMO ELABORAR UM QUESTIONÁRIO PARA COLETAR INFORMAÇÕES QUANTITATIVAS

O que é um questionário? É um instrumento para levantar informações a que se deve responder sem a interferência do avaliador/pesquisador. Geralmente se usa o termo “questionário” para designar qualquer instrumento de coleta de informações. No entanto, quando esse instrumento é preenchido pela população-alvo da avaliação, o termo técnico para designá-lo é *formulário*.

Antes da decisão de elaborar um questionário: o questionário não deve ser a única maneira de coletar informações. Antes de elaborá-lo identifique quais questões podem interferir nas respostas que você pretende obter. Deste modo, tente evitar estes fatores para obter respostas relevantes dos informantes.

O QUE DEVE SER EVITADO NA ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

- Não inclua duas perguntas em uma: isso leva a respostas que podem não ser relevantes ou podem ser induzidas, além de não se poder identificar a que questão ela se refere.
- De preferência não utilize questões com *e* ou *ou*. Elas podem ser, na verdade, duas questões diferentes. Esteja certo de quando usar tal terminologia.
- Evite questões ambíguas: atente para as palavras utilizadas (principalmente para as expressões muito coloquiais ou as palavras muito difíceis para a compreensão do informante).
- Cada pergunta deve ser concreta e específica e permitir uma resposta também concreta.
- Não induza a resposta através do modo afirmativo da pergunta; por exemplo, ao perguntar sobre tabagismo, não diga: Você fuma?, mas sim: Você não fuma?
- Redobre a atenção ao formular perguntas que abordem assuntos delicados, muito íntimos ou incômodos para o informante.

- Antes de usar seu questionário faça um teste com ele. Esse teste deve ser feito com um informante com as mesmas características do informante-alvo da avaliação.
- O questionário não deve ser muito longo, mas também não precisa ser muito curto.

ALGUMAS SUGESTÕES NA ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

- Comece com as perguntas mais fáceis.
- Use uma ordem lógica para o informante no ordenamento das questões, variando seu tamanho e tipo sempre que possível.
- Informações que são necessárias para outras perguntas devem vir primeiro.
- No caso de utilização de questões abertas, estas devem vir no final, junto a questões que abordem temas mais delicados para o informante.
- Quando for necessário verificar a resposta do informante para uma questão mais delicada, faça a mesma pergunta na forma negativa mais adiante. Um exemplo pode ser: O aborto deve ser legalizado: Concordo__ Discordo __. E mais adiante no questionário: O aborto não deve ser legalizado: Concordo__ Discordo __.

TIPOS DE QUESTIONÁRIOS

1. Com questões fechadas: há a vantagem de permitir respostas padronizadas que possibilitam a comparação com outras avaliações. Esse tipo de questionário também permite maior economia de recursos (por facilitar o tratamento e análise da informação e por exigir menor tempo). A desvantagem é que facilita a resposta (por esta já ser oferecida) para um informante que não saberia ou que encontraria maior dificuldade em responder determinadas questões.

2. Com questões fechadas e abertas: algumas questões abertas

podem ser incluídas no questionário quando não se sabe todas as respostas que podem ser obtidas dos informantes.

TIPOS DE ESCALAS MAIS UTILIZADAS EM QUESTIONÁRIOS

O mais recomendável é que se utilize caixas para assinalar a alternativa escolhida.

- Grande concordância / Concorda / Neutro / Discorda / Grande discordância.

- Excelente / Adequado / Pouco adequado / Inadequado / Ruim/ Incapaz de responder.

- Excelente / Bom / Regular / Pobre / Ruim / Incapaz de responder.

- Frequentemente / Às vezes / Quase nunca.

- Muito importante / Importante / Pouco importante / Não importante / Não sei.

- Muito raramente Muito frequentemente
1_____2_____3_____4_____5_____6_____7

- 0__1__2__3__4__5__6__7__8__9 (estabelecer o termo de entrada e o de saída).

- -3__-2__-1__0__+1__+2__+3 (estabelecer o termo de entrada e o de saída).

- Escala de intervalo: por exemplo, renda familiar:

- menos de 1 salário mínimo;
- de 1 a 3 salários mínimos;
- mais de 3 a 5 salários mínimos;
- mais de 5 salários mínimos.

ANEXO 4 – GLOSSÁRIO DE TERMOS E CONCEITOS ÚTEIS NA AVALIAÇÃO ECONÔMICA

Benefício – Qualquer ganho ou efeito considerado positivo, resultante de um programa/projeto ou atividade de saúde.

Custo – Soma de recursos (mão-de-obra, material, equipamentos etc.) usados para produzir bens e serviços. Uma medida do que deve ser cedido para obter algo (mediante a compra, intercâmbio ou produção). Medidas correntes de custos incluem: custo *per capita* da população; custo por paciente; custo por serviço prestado; custo por resultado. Custo é também a quantia total requerida para alcançar algo.

Custos de Oportunidade – O valor da melhor medida alternativa que se possa escolher. Só pode ser aplicado nos casos em que os recursos disponíveis para atender às necessidades são limitados, de modo que não é possível satisfazer a todas.

Custos Diretos – Os custos relacionados com a provisão dos aspectos diretos da atenção, incluindo material e mão-de-obra.

Custos Indiretos – Custos que não são apenas atribuíveis a um aspecto da produção, mas que estão distribuídos em muitos deles (por exemplo, a enfermaria, o escritório, o prédio, salários de supervisores, serviços de secretaria etc.).

Custos Fixos – Também chamados custos gerais. Não variam segundo o rendimento ou volume produzido.

Custos Variáveis – Custos que mudam segundo o rendimento. Mão-de-obra, material, água e eletricidade, por exemplo, são custos variáveis.

Custo Social – O custo de um(a) programa/projeto/atividade para a sociedade em geral e não apenas para os diretamente envolvidos (instituições, população-alvo etc.).

Demanda – A quantidade de bens ou serviços que os consumidores desejam ou necessitam e estão em condições de comprar por um dado preço em determinado período de tempo.

Depreciação – Decréscimo do valor de capital de um bem devido à passagem do tempo, uso etc. Um valor para depreciação deve ser incluído na operacionalização dos custos na contabilidade.

Fundo – Soma de dinheiro ou crédito.

Gasto – Quantia total para a produção de bens ou serviços.

Insumo – Recursos (terreno, mão-de-obra, capital, gestão) utilizados no processo de produção. Também chamado de fator de produção.

Orçamento – Plano detalhado de ingressos e desembolsos futuros durante um período específico.

Gastos de Capital – Fundos desembolsados em bens permanentes ou duradouros.

Preço – A soma fixada pelo produtor ou provedor para a compra de um produto ou serviço. Em geral é determinado de modo que cubra todos os custos diretos, parte dos custos indiretos e, no setor privado, um percentual de lucro.

Produtividade – Medida ou indicador da relação entre o insumo e o rendimento. Os aumentos de produtividade se devem a uma melhor alocação de recursos, melhorias tecnológicas e avanços no conhecimento.

Recursos – Os *inputs* que são usados para produzir ou distribuir bens e serviços. Em atividades de saúde, estão incluídos recursos que não estão sob o controle do setor saúde, como o tempo do paciente.

Unidade de custo – O custo por unidade de resultado (custo total dividido pelo número de unidades produzidas).

Utilidade – A satisfação/o prazer derivada(o) do consumo de certa quantidade de bens ou serviços.

QUADROS

Quadro 1 - COMPONENTES PARA A CONSTRUÇÃO DE INDICADORES DE ESTRUTURA

DIMENSÃO QUE SE QUER AVALIAR	VARIÁVEIS OBSERVÁVEIS E INDICADOR	PERGUNTA AVALIATIVA	MODALIDADE DE COLETA DE INFORMAÇÃO	FONTES
1. ADEQUAÇÃO DAS INSTALAÇÕES E EQUIPAMENTOS	1.1. NÚMERO DE EQUIPAMENTOS DISPONÍVEIS 1.2. NÚMERO DE SALAS DISPONÍVEIS PARA USO DO PROGRAMA 1.3. ASPECTO DE MANUTENÇÃO DAS SALAS 1.4. FUNCIONAMENTO DOS EQUIPAMENTOS	1.1. AS INSTALAÇÕES E OS EQUIPAMENTOS SÃO ADEQUADOS ÀS NORMAS TÉCNICAS ESTABELECIDAS PELO PROGRAMA?	1.1. DADOS SECUNDÁRIOS EXISTENTES NOS ARQUIVOS ADMINISTRATIVOS 1.2. OBSERVAÇÃO E <i>CHECK-LIST</i> COM CONDIÇÕES ESPERADAS DOS EQUIPAMENTOS	1.1. CADASTRO PATRIMONIAL DO SERVIÇO 1.2. VISITA AO SERVIÇO 1.3. TÉCNICOS QUE UTILIZAM OS EQUIPAMENTOS
2. CRITÉRIOS QUE FUNDAMENTAM UMA POLÍTICA SOCIAL	2.1. PRESSUPOSTOS POLÍTICOS ADOTADOS	2.1. QUAIS OS PRESSUPOSTOS/ PRINCÍPIOS QUE ESTRUTURAM A POLÍTICA?	2.1. E 3.1. DOCUMENTOS OFICIAIS E OUTROS DADOS SECUNDÁRIOS EXISTENTES	2.1. E 3.1. ARQUIVOS E PESQUISAS EXISTENTES
3. ORGANIZAÇÃO ESTRUTURAL/ INSTITUCIONAL DA POLÍTICA	3.1. RELAÇÃO ENTRE SETORES ENVOLVIDOS (PÚBLICO X PRIVADO) 3.2. FORMAS DE FINANCIAMENTO 3.3. TIPOS DE SERVIÇOS PRESTADOS	3.1. QUAL O DESENHO INSTITUCIONAL DA POLÍTICA X NO MUNICÍPIO, ESTADO OU PAÍS?	2.2 E 3.2 DADOS PRIMÁRIOS	2.2. E 3.2. ENTREVISTAS COM TÉCNICOS

Quadro 2 - COMPONENTES PARA A CONSTRUÇÃO DE INDICADORES DE PROCESSO

DIMENSÃO QUE SE QUER AVALIAR	VARIÁVEIS OBSERVÁVEIS E INDICADOR	PERGUNTA AVALIATIVA	MODALIDADE DE COLETA DE INFORMAÇÃO	FONTES
ALCANCE OU COBERTURA DO SERVIÇO X OFERECIDO	NÚMERO DE CASOS ATENDIDOS NO SERVIÇO NUM PERÍODO DE TEMPO (A) NÚMERO DE CASOS CONHECIDOS/ EXISTENTES QUE NECESSITAM DE ATENDIMENTO NO SERVIÇO (B) INDICADOR = A:B x 100	QUAL O ALCANCE DO SERVIÇO JUNTO À POPULAÇÃO-ALVO?	LEVANTAMENTO POR MEIO DE FORMULÁRIO ESPECÍFICO NO ARQUIVO DO SERVIÇO LEVANTAMENTO DE DEMANDA ANÁLISE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS E OUTROS DADOS SECUNDÁRIOS	GRUPOS DE DISCUSSÃO COM USUÁRIOS ARQUIVOS
PROCESSO DECISÓRIO DA POLÍTICA	CARÁTER POLÍTICO DO PROCESSO QUEM PARTICIPA DA TOMADA DE DECISÃO	COMO SE OPERAM AS DECISÕES?	DADOS PRIMÁRIOS (OBSERVAÇÕES E ENTREVISTAS) ANÁLISE DE DOCUMENTOS INSTITUCIONAIS E OUTROS DADOS SECUNDÁRIOS	ARQUIVOS RELATÓRIOS ENTREVISTAS COM DIRIGENTES, TÉCNICOS, USUÁRIOS E OUTROS INFORMANTES-CHAVE GRUPOS DE DISCUSSÃO

Quadro 3 - COMPONENTES PARA A CONSTRUÇÃO DE INDICADORES DE RESULTADO

DIMENSÃO QUE SE QUER AVALIAR	VARIÁVEIS OBSERVÁVEIS E INDICADOR	PERGUNTA AVALIATIVA	MODALIDADE DE COLETA DE INFORMAÇÃO	FONTES
EFEITO DO PROGRAMA SOBRE A POPULAÇÃO USUÁRIA	GRAU DE UTILIZAÇÃO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS GRAU DE CONTROLE DO USUÁRIO NO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO PARA UMA DOENÇA CRÔNICA (EX. DIABETES)	QUANTOS ADOLESCENTES FAZEM USO ADEQUADO E CORRETO DE ANTICONCEPCIONAIS? QUANTOS USUÁRIOS DO PROGRAMA FAZEM USO AUTÔNOMO DA MEDICAÇÃO PRESCRITA? COMO É FEITO O USO AUTÔNOMO DA MEDICAÇÃO?	DADOS SECUNDÁRIOS E ENTREVISTA COM USUÁRIOS DO PROGRAMA ENTREVISTA COM USUÁRIOS/ TÉCNICOS OBSERVAÇÃO EM VISITA DOMICILIAR	REGISTROS DO PROGRAMA USUÁRIOS E TÉCNICOS DO PROGRAMA
EFEITO DA POLÍTICA SOBRE A POPULAÇÃO-ALVO/USUÁRIOS	RELAÇÃO ENTRE A POLÍTICA ADOTADA E OS RESULTADOS ALCANÇADOS	A POLÍTICA X PERMITIU A UNIVERSALIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE PARA A POPULAÇÃO DE ADOLESCENTES?	DADOS SECUNDÁRIOS OBTIDOS NOS (AS) RELATÓRIOS/ PESQUISAS DADOS PRIMÁRIOS POR INQUÉRITO OU ENTREVISTA	REGISTROS E RELATÓRIOS PRODUZIDOS ENTREVISTAS E GRUPOS DE DISCUSSÃO COM USUÁRIOS E TÉCNICOS

Quadro 4 - TIPOS DE INDICADORES NÚMERICOS QUANTO ÀS
POSSIBILIDADES DE ANÁLISE E COMPONENTES DA AVALIAÇÃO

TIPOS DE COMPONENTES	ESTRUTURA	PROCESSO	RESULTADO
QUANTITATIVO (NÚMEROS ABSOLUTOS)	<ul style="list-style-type: none"> NÚMERO DE MÉDICOS VINCULADOS AO ATENDIMENTO DE ADOLESCENTES NO PROGRAMA NÚMERO DE ACONSELHADORES/ ADOLESCENTES INSCRITOS NO PROGRAMA 	<ul style="list-style-type: none"> NÚMERO DE PRIMEIRAS CONSULTAS MÉDICAS OFERECIDAS AOS ADOLESCENTES INSCRITOS NO PROGRAMA NÚMERO DE SESSÕES DE ACONSELHAMENTO REALIZADAS 	<ul style="list-style-type: none"> NÚMERO DE ADOLESCENTES INSCRITOS E PARTICIPANTES EM PELO MENOS 50% DAS ATIVIDADES DO PROGRAMA (COBERTURA) NÚMERO DE FAMILIARES PARTICIPANTES EM SESSÕES DE GRUPO PROMOVIDAS PELO PROGRAMA
QUANTITATIVO, MAS COM CONOTAÇÃO QUALITATIVA	<ul style="list-style-type: none"> CAPACITAÇÃO TÉCNICA DOS MÉDICOS (RESIDÊNCIA, ESPECIALIZAÇÃO EM HEBIATRIA) MARGEM DE ERRO ACEITÁVEL DE UM EXAME LABORATORIAL REALIZADO PARA ADOLESCENTES ADEQUAÇÃO TECNOLÓGICA DO SERVIÇO OU ESCOLA À NORMA TÉCNICA DE INSTALAÇÃO DEFINIDA NO PROGRAMA 	<ul style="list-style-type: none"> % DE CONSULTAS MÉDICAS REALIZADAS COM ANÁLISE DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS E HISTÓRIA DA ATIVIDADE SEXUAL DO ADOLESCENTE % DE PREENCHIMENTO DOS DADOS ESTANDARDIZADOS PELO PROGRAMA 	<ul style="list-style-type: none"> % DE ADOLESCENTES COM ATIVIDADE SEXUAL QUE USAM PRESERVATIVO % DE ABANDONO DE ADOLESCENTES EM SESSÕES DE ACONSELHAMENTO
DE RELAÇÃO ENTRE COMPONENTES	<ul style="list-style-type: none"> NÚMERO DE MÉDICOS HEBIATRAS EXISTENTES/ NÚMERO DE MÉDICOS NECESSÁRIOS x 100 	<ul style="list-style-type: none"> NÚMERO DE CONSULTAS DE HEBIATRIA/HORA/ MÉDICO 	<ul style="list-style-type: none"> COEFICIENTE DE MORBIDADE POR DST ENTRE ADOLESCENTES

Quadro 5 - EXEMPLOS DE INDICADORES UTILIZADOS NA AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE

INDICADOR	CÁLCULO	FONTES
CONHECIMENTO		
% DE ADOLESCENTES QUE CONHECEM UMA FONTE DE INFORMAÇÃO/SERVIÇO DE SAÚDE REPRODUTIVA (O)	NÚMERO DE ADOLESCENTES QUE CONHECEM UMA FONTE DE INFORMAÇÃO/SERVIÇO SOBRE SAÚDE REPRODUTIVA: TODOS OS ADOLESCENTES DA POPULAÇÃO-ALVO x 100	RESPOSTAS OBTIDAS EM INQUÉRITOS
HABILIDADE		
% DE ADOLESCENTES QUE ADQUIRIRAM UMA HABILIDADE ESPECÍFICA DURANTE O DECORRER DE UMA INTERVENÇÃO SOBRE SAÚDE REPRODUTIVA	NÚMERO DE ADOLESCENTES QUE ADQUIRIRAM UMA HABILIDADE ESPECÍFICA DURANTE O DECORRER DE UMA INTERVENÇÃO SOBRE SAÚDE REPRODUTIVA: TODOS OS ADOLESCENTES DA POPULAÇÃO-ALVO x 100	RESPOSTAS DE INQUÉRITOS, ENTREVISTAS ETC.
CONTRACEPÇÃO		
% DE ADOLESCENTES COM ATIVIDADE SEXUAL QUE SEMPRE USAM MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	NÚMERO DE ADOLESCENTES QUE SEMPRE USAM MÉTODO CONTRACEPTIVO: TODOS OS ADOLESCENTES DA POPULAÇÃO-ALVO EM ATIVIDADE SEXUAL x 100	QUESTIONÁRIOS DE INQUÉRITOS, ENTREVISTAS, GRUPOS DE DISCUSSÃO
% DE ADOLESCENTES COM ATIVIDADE SEXUAL QUE USARAM MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DEPOIS DA PRIMEIRA GRAVIDEZ	NÚMERO DE ADOLESCENTES QUE USARAM MÉTODO CONTRACEPTIVO ANTES DA PRIMEIRA GRAVIDEZ: TODOS AS ADOLESCENTES DA POPULAÇÃO-ALVO QUE JÁ ESTIVERAM GRÁVIDAS x 100	QUESTIONÁRIOS DE INQUÉRITOS, ENTREVISTAS, GRUPOS DE DISCUSSÃO
% DE ADOLESCENTES QUE USAM MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	NÚMERO DE ADOLESCENTES QUE USAM MÉTODOS CONTRACEPTIVOS (ESPECIFICAR): TODOS OS ADOLESCENTES DA POPULAÇÃO-ALVO x 100	QUESTIONÁRIOS DE INQUÉRITOS, ENTREVISTAS, GRUPOS DE DISCUSSÃO

Quadro 5 - EXEMPLOS DE INDICADORES UTILIZADOS NA AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DO ADOLESCENTE (CONTINUAÇÃO)

INDICADOR	CÁLCULO	FONTE
GRAVIDEZ		
% DE ADOLESCENTES QUE TENHAM FICADO GRÁVIDAS OU CAUSADO GRAVIDEZ	NÚMERO DE ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO QUE ESTIVERAM GRÁVIDAS: TODAS AS ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO NA POPULAÇÃO-ALVO x 100 NÚMERO DE ADOLESCENTES DO SEXO MASCULINO QUE TENHAM CAUSADO UMA GRAVIDEZ: TODOS OS ADOLESCENTES DO SEXO MASCULINO NA POPULAÇÃO-ALVO x 100	AUTO-RESPOSTAS, QUESTIONÁRIOS, ENTREVISTAS
% DE ADOLESCENTES QUE DEIXARAM A ESCOLA POR CAUSA DE UMA GRAVIDEZ	NÚMERO DE ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO QUE DEIXARAM A ESCOLA POR CAUSA DE UMA GRAVIDEZ: TODAS AS ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO DA POPULAÇÃO-ALVO QUE FREQUENTAM A ESCOLA	QUESTIONÁRIOS, ENTREVISTAS, REGISTROS ESCOLARES
DROGAS E ÁLCOOL		
% DE ADOLESCENTES QUE TENHAM BEBIDO ÁLCOOL	NÚMERO DE ADOLESCENTES QUE TENHAM BEBIDO: TODOS OS ADOLESCENTES DA POPULAÇÃO-ALVO x 100	QUESTIONÁRIOS, ENTREVISTAS, GRUPOS DE DISCUSSÃO
RECURSOS DISPONÍVEIS		
QUALIDADE DO ACONSELHAMENTO SOBRE SAÚDE REPRODUTIVA PELA EQUIPE DO PROGRAMA	NÃO DISPONÍVEL QUANTITATIVAMENTE, NECESSITANDO ABORDAGEM QUALITATIVA ESPECÍFICA	OBSERVAÇÃO DO TRABALHO DA EQUIPE ENTREVISTAS DE SAÍDA
EXISTÊNCIA DE SALAS PRIVATIVAS PARA ATENDIMENTO DOS ADOLESCENTES	VERIFICAÇÃO DA EXISTÊNCIA	ENTREVISTAS COM GERENTES, ENTREVISTAS DE SAÍDA, OBSERVAÇÃO DA ESTRUTURA DISPONÍVEL
ACONSELHAMENTO PELA EQUIPE		
NÚMERO OU % DE FAMILIARES JOVENS DE ADOLESCENTES QUE TÊM PARTICIPADO DE SESSÕES DE ACONSELHAMENTO	NÚMERO DE FAMILIARES JOVENS QUE TÊM PARTICIPADO DE SESSÕES DE ACONSELHAMENTO: TODOS OS FAMILIARES JOVENS NA ÁREA DE COBERTURA DO PROGRAMA x 100	ESTATÍSTICAS DAS ATIVIDADES, QUESTIONÁRIOS, ENTREVISTAS, REGISTROS DE CURSOS
MOBILIZAÇÃO DA COMUNIDADE		
NÚMERO E TIPO DE ENVOLVIMENTO DE LÍDERANÇAS LOCAIS/APOIADORES NO PROGRAMA	VERIFICAÇÃO EM CAMPO	QUESTIONÁRIOS, ENTREVISTAS, REGISTROS DE ATIVIDADES

Fonte: Adaptado de indicadores utilizados em Adamchak *et al.* *A Guide to Monitoring and Evaluating Adolescent Reproductive Health Programs*. Washington (DC): PAHO/WHO, 1999.

(Q. 5-A)

SITUAÇÃO	OBJETO DA AVALIAÇÃO	TIPO DE DADO INDICADO	FONTE
EXCESSO DE DEMANDA DE ADOLESCENTES PARA SESSÕES DE ACONSELHAMENTO	SERVIÇO – A DINÂMICA E O PROCESSO DE PRODUÇÃO DA SESSÃO E FLUXO DOS ADOLESCENTES	NÚMERO DE SESSÕES PRODUZIDAS/ ACONSELHADOR/ TEMPO FLUXO DE ATENDIMENTO DOS ADOLESCENTES FREQUÊNCIA ÀS SESSÕES AGENDADAS	PLANILHA DIÁRIA DE REGISTRO BOLETIM DE REGISTRO DE ATIVIDADES NORMAS ESTABELECIDAS PELO PROGRAMA OBSERVAÇÃO E ANÁLISE DO FLUXO DE ADOLESCENTES
EXCESSO DE DEMANDA DE ADOLESCENTES PARA SESSÕES DE ACONSELHAMENTO	USUÁRIO – RAZÕES DA PROCURA PELA ATIVIDADE	TIPOS DE PROBLEMAS EXPRESSADOS	QUESTIONÁRIO APLICADO COM ADOLESCENTES GRUPO FOCAL

Quadro 6 - INSTRUMENTOS E TÉCNICA PARA COLETA DE DADOS

TIPO	DESCRIÇÃO	USO
DADOS SECUNDÁRIOS	INFORMAÇÕES OBTIDAS POR MEIO DE DOCUMENTOS IMPRESSOS (ESTUDOS, BOLETIM DE PRODUÇÃO, DOCUMENTOS OFICIAIS, MAPAS GEográficos ETC.), MANUSCRITOS PESSOAIS OU AUDIOVISUAIS JÁ EXISTENTES.	NAS ABORDAGENS QUANTITATIVA E QUALITATIVA. PODEM PERMITIR A COLETA DE DADOS IMPORTANTES NA AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE, IMPEDINDO PERDA DE TEMPO E OUTROS RECURSOS NA OBTENÇÃO DE INFORMAÇÕES JÁ EXISTENTES.
OBSERVAÇÃO DIRETA	CONJUNTO DE OPERAÇÕES QUE VISA TESTAR HIPÓTESES POR MEIO DA CONFRONTAÇÃO COM DADOS OBSERVÁVEIS. BASEADA NA OBSERVAÇÃO VISUAL. É UM ÓTIMO INSTRUMENTO, QUANDO AGREGADO À COLETA DE DADOS DE ENTREVISTAS.	NA ABORDAGEM QUALITATIVA, POIS PRODUZ DADOS QUALITATIVOS. A OBSERVAÇÃO DEVE SER FEITA SOBRE OS INDICADORES SELECIONADOS. O AVALIADOR DEVE PROCEDER PESSOALMENTE À COLETA DOS DADOS. DEVE-SE CONSTRUIR UM INSTRUMENTO-GUIA DA OBSERVAÇÃO.
GRUPO FOCAL	TÉCNICA DE DISCUSSÃO NÃO DIRETIVA EM GRUPO. REÚNE PESSOAS COM ALGUMA CARACTERÍSTICA OU EXPERIÊNCIA COMUM. O FOCO DA DISCUSSÃO DEVE SER O TEMA OU ÁREA DE INTERESSE. A TÉCNICA NÃO BUSCA O CONSENSO E SIM AS DIFERENTES OPINIÕES E ATITUDES SOBRE O TEMA ABORDADO.	QUANDO SE QUER OBTER DADOS QUALITATIVOS, PRINCIPALMENTE RELATIVOS À OPINIÃO DO GRUPO PARTICIPANTE. PERMITE ANÁLISE DE ATITUDES E EXPRESSÕES VERBAIS, ALÉM DAS DIFERENÇAS EXISTENTES ENTRE AS OPINIÕES EXPRESSADAS.
ENTREVISTA ESTRUTURADA	É UM DOS MÉTODOS MAIS RICOS DE COLETA DE INFORMAÇÕES. É REALIZADA POR MEIO DE UM CONJUNTO ESTRUTURADO DE PERGUNTAS PRECISAS.	É MUITO UTILIZADA NA OBTENÇÃO DE DADOS QUALITATIVOS, PERMITINDO TAMBÉM OBTENÇÃO E ANÁLISE DE DADOS QUANTITATIVOS.
ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	A ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA DIFERE DA ANTERIOR POR NÃO SER INTEIRAMENTE ABERTA. POR NÃO SER CONDUZIDA POR MUITAS QUESTÕES PREESTABELECIDAS. BASEIA-SE APENAS EM UMA OU POUCAS QUESTÕES-GUIAS, QUASE SEMPRE ABERTAS. NEM TODAS AS PERGUNTAS ELABORADAS SÃO UTILIZADAS. DURANTE A REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA PODE-SE INTRODUIZIR OUTRAS QUESTÕES QUE SURTEM DE ACORDO COM O QUE ACONTECE NO PROCESSO EM RELAÇÃO ÀS INFORMAÇÕES QUE SE DESEJA OBTER.	RECOMENDA-SE SUA UTILIZAÇÃO QUANDO SE TEM CLARAMENTE DEFINIDOS OS MEIOS DE ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES OBTIDAS.
ENTREVISTA NÃO ESTRUTURADA	BASEADA APENAS EM UMA QUESTÃO MOTIVADORA INICIAL. NÃO DEVE SOFRER A INTERFERÊNCIA DO ENTREVISTADOR DURANTE SUA REALIZAÇÃO.	PERMITE A OBTENÇÃO DE GRANDE QUANTIDADE DE DADOS QUALITATIVOS. É MAIS UTILIZADA EM ESTUDOS DE CARÁTER SOCIOLÓGICO E PSICOLÓGICO.
INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO	SÉRIE DE PERGUNTAS DIRIGIDAS A UMA AMOSTRA REPRESENTATIVA DE PESSOAS.	PRINCIPALMENTE PARA OBTENÇÃO DE DADOS QUANTITATIVOS, COM PERGUNTAS PRÉ-CODIFICADAS PARA FACILITAR A ANÁLISE. EXIGE UMA ANÁLISE ESTATÍSTICA DOS DADOS.

Quadro 7 - EXEMPLO PARA COLETA E ANÁLISE DE DADOS

EXEMPLO	DADO	FONTE	PARÂMETRO	PREPARO DOS DADOS PARA ANÁLISE	TIPO DE ANÁLISE
ATTITUDES E VALORES DAS MÃES DE ADOLESCENTES ASSISTIDOS NO PROGRAMA EM RELAÇÃO AOS ACONSELHAMENTOS RECEBIDOS	OPINIÃO DE MÃES DE ADOLESCENTES ATENDIDOS QUALITATIVO	GRUPO FOCAL	DEFINIÇÃO DE ASPECTOS QUE SE DESEJA AVALIAR NO ROTEIRO PARA O GRUPO FOCAL DEFINIÇÃO COM RELATOR DO GRUPO SOBRE ASPECTOS QUE DEVEM SER REGISTRADOS DEFINIÇÃO PRÉVIA DE PALAVRAS/ CONCEITOS DE INTERESSE PARA REGISTRO DE VALORES E ATTITUDES	TRANSCRIÇÃO DOS DISCURSOS OBTIDOS ORDENAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS POR MEIO DE DEFINIÇÃO PRÉVIA DE CATEGORIAS RELACIONADAS COM OS PARÂMETROS CLASSIFICAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS POR MEIO DE ASPECTOS SOBRE OS QUAIS SE DESEJA ANALISAR O CONTEÚDO ANÁLISE COM BASE EM NÚCLEOS TEMÁTICOS OU CATEGORIAS DE ANÁLISE	QUALITATIVA
PROGRAMA DE ATENÇÃO À SAÚDE INTEGRAL DO ADOLESCENTE	NÚMERO DE CONSULTAS POR PATOLOGIA QUANTITATIVO	BOLETIM DE PRODUÇÃO DE ATIVIDADES FRONTUÁRIO MÉDICO	META ESTABELECIDADA PELO PROGRAMA: 3 CONSULTAS MÉDICAS/ADOLESCENTE/ ANO PADRÃO OMS: 4 CONSULTAS MÉDICAS/ADOLESCENTE/ ANO PADRÃO SUS: 2,8 CONSULTAS MÉDICAS/HAB/ANO	COMPARAÇÃO DOS NÚMEROS ABSOLUTOS ENTRE A PRODUÇÃO DE CONSULTAS REALIZADAS x O PARÂMETRO ADOPTADO PELO PROGRAMA	QUANTITATIVA
COMO ESTÁ A INTER-RELAÇÃO ENTRE A UNIDADE DE SAÚDE PARTICIPANTE DO PROGRAMA E A ESCOLA DA SUA ÁREA DE ABRANGÊNCIA	OPINIÃO DOS ADOLESCENTES, DE TRABALHADORES DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO ENVOLVIDOS QUALITATIVO	ENTREVISTA COM PROFESSORES E DIRETORES ENTREVISTA COM TRABALHADORES DA SAÚDE GRUPO FOCAL COM ADOLESCENTES ATENDIDOS	CONHECIMENTO SOBRE OBJETIVOS, METAS, ATIVIDADES DESENVOLVIDAS QUANTIDADE E GRAU DE ENVOLVIMENTO DOS PARTICIPANTES GRAU DE DEBISCÕES COMPARTILHADAS ENTRE SERVIÇOS/ESCOLA/ ADOLESCENTES	TRANSCRIÇÃO DOS DISCURSOS OBTIDOS ORDENAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS POR MEIO DE DEFINIÇÃO PRÉVIA DE CATEGORIAS RELACIONADAS COM OS PARÂMETROS CLASSIFICAÇÃO DOS DADOS OBTIDOS POR MEIO DE ASPECTOS SOBRE OS QUAIS SE DESEJA ANALISAR O CONTEÚDO ANÁLISE COM BASE EM NÚCLEOS TEMÁTICOS OU CATEGORIAS DE ANÁLISE	QUALITATIVA

Quadro 8 - QUANDO UTILIZAR A ABORDAGEM QUANTITATIVA E/OU QUALITATIVA

QUANDO UTILIZAR A ABORDAGEM QUANTITATIVA	QUANDO UTILIZAR A ABORDAGEM QUALITATIVA
<ol style="list-style-type: none"> 1. PARA AVALIAR RESULTADOS QUE PODEM SER CONTADOS E EXPRESSOS EM NÚMEROS, TAXAS, PROPORÇÕES. 2. PARA CONHECER A COBERTURA E A CONCENTRAÇÃO DO PROGRAMA. 3. PARA CONHECER A EFICIÊNCIA DO PROGRAMA. 4. PARA RESPONDER A QUESTÕES RELATIVAS À QUANTIDADE. 5. PARA AVALIAR ATIVIDADES COM OBJETIVOS BASTANTE ESPECÍFICOS. 6. QUANDO O OBJETO A SER AVALIADO POSSUI DIFERENÇAS DE GRAU (EXIGINDO UMA LÓGICA DE MAIS OU DE MENOS). 7. QUANDO SE BUSCA ESTABELECEER RELAÇÕES SIGNIFICATIVAS ENTRE VARIÁVEIS. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. PARA AVALIAR RESULTADOS INDIVIDUAIS DOS PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA, SERVIÇO OU ATIVIDADE. 2. PARA RESPONDER A QUESTÕES SOBRE COMO, O QUÊ E POR QUÊ. 3. PARA AVALIAR A DINÂMICA INTERNA DE PROCESSOS E ATIVIDADES. 4. PARA OBTER UMA DESCRIÇÃO GLOBAL E DESTACAR AS NUANÇAS DE UM PROGRAMA OU SERVIÇO. 5. PARA AVALIAR ATIVIDADES CUJOS OBJETIVOS SÃO GERAIS E POUCO ESPECÍFICOS. 6. QUANDO SE QUER PERSONALIZAR O PROCESSO DE AVALIAÇÃO. 7. QUANDO A COLETA DE DADOS QUANTITATIVOS É TÃO ROTINEIRA QUE NÃO SE PRESTA MAIS ATENÇÃO AO SIGNIFICADO EXPRESSO POR ELES. 8. QUANDO O OBJETO A SER AVALIADO POSSUI DIFERENÇAS DE GÊNERO (EXIGINDO UMA LÓGICA DICOTÔMICA DE IDENTIDADE/DIFERENÇA E DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO).

Fonte: Adaptado de Mullen, P. D. e Iverson, D. *Qualitative Methods for Evaluative Research in Health Education Programs*. Health Education, 1982.

Quadro 9 - VANTAGENS E DESVANTAGENS NA ADOÇÃO DAS ABORDAGENS QUANTITATIVA E QUALITATIVA

ABORDAGEM	QUANTITATIVA	QUALITATIVA
ASPECTOS		
VANTAGENS	<ul style="list-style-type: none"> • POSSIBILITA A ANÁLISE DIRETA DOS DADOS • TEM FORÇA DEMONSTRATIVA • PERMITE GENERALIZAÇÃO PELA REPRESENTATIVIDADE • PERMITE INFERÊNCIA PARA OUTROS CONTEXTOS 	<ul style="list-style-type: none"> • PERMITE INTERAÇÃO • CONSIDERA A SUBJETIVIDADE DOS SUJEITOS • PERMITE COMPREENDER RESULTADOS INDIVIDUALIZADOS • PERMITE COMPREENDER A DINÂMICA INTERNA DE PROGRAMAS E ATIVIDADES • PERMITE COMPREENDER MÚLTIPLOS ASPECTOS DOS PROGRAMAS E/OU SERVIÇOS • PERMITE AVALIAR RESULTADOS DIFUSOS E NÃO ESPECÍFICOS
DESVANTAGENS	<ul style="list-style-type: none"> • SIGNIFICADO É SEMPRE SACRIFICADO EM DETRIMENTO DO RIGOR MATEMÁTICO EXIGIDO PELA ANÁLISE • NÃO PERMITE ANÁLISE DAS RELAÇÕES • OS RESULTADOS PODEM SER CONSIDERADOS COMO VERDADE ABSOLUTA 	<ul style="list-style-type: none"> • PODE CONDUZIR A UMA EXCESSIVA COLETA DE DADOS • DEPENDE DE UMA CAPACIDADE MAIOR DE ANÁLISE POR PARTE DO AVALIADOR • EXIGE MAIOR USO DO RECURSO TEMPO

Quadro 10 - ANÁLISE DE CUSTO-EFETIVIDADE

MODALIDADE	FINALIDADE	PERGUNTA NORTEADORA	MEDIDAS	INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS	LIMITES
CUSTO-EFETIVIDADE	<p>PARA QUÊ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ESCOLHA DA MELHOR ESTRATÉGIA PARA ALCANÇAR UM OBJETIVO DEFINIDO • MAIS APROPRIADA PARA AVALIAR PROGRAMAS SOCIAIS <p>O QUÊ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ANALISA A RELAÇÃO ENTRE CUSTO E IMPACTO • COMPARA PROGRAMAS COM UM MESMO RESULTADO • COMPARA UM MESMO PROGRAMA NO TEMPO • MONITORA E AVALIA PROGRAMAS 	<ul style="list-style-type: none"> • QUAL A MELHOR ESTRATÉGIA DISPONÍVEL DO PONTO DE VISTA CUSTO-EFETIVIDADE? 	<ul style="list-style-type: none"> • MEDIDA DE CUSTO:UNIDADE MONETÁRIA • MEDIDA DE RESULTADO: UNIDADE DE RESULTADO 	<ul style="list-style-type: none"> • IDENTIFICAR OU ELABORAR ESTRATÉGIAS QUE PODEM SER ADOTADAS • TER O DESENHO CLARO DO PROGRAMA QUE SERÁ COMPARADO • TER METAS DEFINIDAS • DEFINIR O CUSTO DE CADA ESTRATÉGIA A SER COMPARADA 	<ul style="list-style-type: none"> • NÃO DEVE SER O ÚNICO INSTRUMENTO ADOTADO NA AVALIAÇÃO DE RESULTADOS POR RELACIONÁ-LOS EXCLUSIVAMENTE COM CUSTOS • APLICADA PARCIALMENTE PODE CONTRIBUIR PARA A ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES PARA A TOMADA DE DECISÃO • NÃO É INDICADA PARA UMA APLICAÇÃO NA TOTALIDADE DOS PROGRAMAS AVALIADOS POR SER UMA METODOLOGIA BASTANTE COMPLEXA

Quadro 11 - ANÁLISE DE CUSTO-BENEFÍCIO

MODALIDADE	FINALIDADE	PERGUNTA NORTEADORA	MEDIDA	INFORMAÇÃO NECESSÁRIA	LIMITES
CUSTO-BENEFÍCIO	<p>PARA QUÊ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AVALIA A VIABILIDADE ECONÔMICA (BASEANDO-SE NO CUSTO X BENEFÍCIOS) • É ÚTIL PARA DEFINIR A ESCOLHA DE INVESTIMENTOS <p>O QUÊ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • COMPARA ATIVIDADES E PROGRAMAS, BUSCANDO O MAIS BENEFÍCIO PARA A POPULAÇÃO-ALVO • MEDE BASICAMENTE A EFICIÊNCIA DE UM PROGRAMA 	<ul style="list-style-type: none"> • É SOCIALMENTE RENTÁVEL INVESTIR NO PROGRAMA X? • DENTRE AS ALTERNATIVAS DISPONÍVEIS, QUAL A MAIS RENTÁVEL? 	<ul style="list-style-type: none"> • MEDIDA DE CUSTO : UNIDADE MONETÁRIA • MEDIDA DE RESULTADO: UNIDADE MONETÁRIA 	<ul style="list-style-type: none"> • CUSTO DE CADA ATIVIDADE OU ITEM DO PROGRAMA A SER AVALIADO • BENEFÍCIOS ESPERADOS COMO RESULTADOS • CUSTO DOS BENEFÍCIOS ESPERADOS (QUANDO POSSÍVEL) 	<ul style="list-style-type: none"> • EXIGE PROGRAMAS ALTERNATIVOS • OS RESULTADOS OBTIDOS NA SAÚDE MUITAS VEZES NÃO PODEM SER MEDIDOS OU VALORADOS MONETARIAMENTE • A ANÁLISE É FEITA NA PERSPECTIVA DE QUEM PRODUZ AS ATIVIDADES DO PROGRAMA • DIFÍCILMENTE SERÁ UTILIZADA EM PROGRAMAS SOCIAIS • PERMITE APENAS UMA ANÁLISE ISOLADA DO PROGRAMA AVALIADO

REFERÊNCIAS E BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

REFERÊNCIAS

ADAMCHAK *et al.* *A Guide to Monitoring and Evaluating Adolescent Reproductive Health Programs. Focus on Young Adults.* Washington (DC), PAHO/WHO, 1999.

CHAMBERS, R. *Rapid Rural Appraisal: Rationale and Repertoire.* Public Administration and Development, 1981, 1:95-106.

DI VILLAROSA, F. N. *Estimativa Rápida e a Divisão do Território no Distrito Sanitário: Manual de Instruções.* Brasília (DF), 1993 (OPAS – Série Serviços de Saúde).

DONABEDIAN, A. *The Definition of Quality and Approach to its Assessment.* Ann Harbor, Health Administration Press, 1980.

_____. "The Seven Pillars of Quality". *Arch. Pathol. Lab. Med.*, 1990, 114:1115-1118.

HUTCHINS, S. S. *et al.* "Missed Opportunities for Immunization". *Review of Studies from Developing and Industrialized Countries.* Washington (DC), WHO, 1993.

MELO, C. *et al.* "Explorando o Potencial de Atenção Básica sobre o Meio Ambiente: A Técnica da Estimativa Rápida aplicada no Distrito Sanitário de Pau da Lima". *Revista Baiana de Enfermagem*, 1993.

MULLEN, P. D. & IVERSON, D. "Qualitative Methods for Evaluative Research in Health Education Programs". *Health Education*, 1982, pp. 11-18.

ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la

Salud. *Evaluación y Organización de Servicios de Salud para la Atención Primaria Materno Infantil*. Washington (DC), OPAS/OMS, 1987.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

SOBRE AVALIAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE E PROGRAMAS

AGUILAR, M. J. & ANDER-EGG, E. *Avaliação de Serviços e Programas Sociais*. 2. ed. Petrópolis, Vozes, 1995.

AZEVEDO, A. C. "Avaliação de Desempenho de Serviços de Saúde". *Rev. Saúde Públ.*, 1990, 25:64-71.

CONSTANZO, C. A. & VERTINSKY, I. "Measuring the Quality of Health Care: A Decision Oriented Typology". *Med. Care*, 1975, 13(5):417-431.

DRUMOND, M. F. & STODDART, G. L. "Assessment of Health Producing Measures across Different Sectors". *Health Policy*, 1995, 33:219-231.

FEUERSTEIN, M.-T. *Avaliação. Como Avaliar Programas de Desenvolvimento com a Participação da Comunidade*. São Paulo, Edições Paulinas, 1990.

FORMIGLI, V. L. A. *et al.* "Avaliação da Atenção à Saúde através da Investigação de Óbitos Infantis". *Cad. Saúde Públ.*, 1996, 12(2):33-41.

HARTZ, Z. M. A. *et al.* "Uso de Traçadores para Avaliação de Qualidade da Assistência à Criança: O Controle da Doença Diarréica e das Infecções Respiratórias Agudas em Dois Centros de Saúde". *Revista do Imip*, 1995, 9(2):35-50.

_____ *et al.* "Avaliação do Programa Materno-Infantil: Análise de Implantação em Sistemas Locais de Saúde no Nordeste do Brasil". In: _____ (org.). *Avaliação em Saúde. Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise de Implantação de Programas*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1997, pp. 89-131.

KESSNER, D. M. *et al.* "Assessing Health Quality: The Case for Tracers". *N. Engl. J. Med.*, 1973, 288 (4):189-194.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (Centro de Documentação). *Contribuição ao Desenvolvimento do Processo de Avaliação em Serviços de Saúde*. Brasília (DF), 1982.

NOVAES, H. M. D. *et al.* "Avaliação do Atendimento Ambulatorial". *Saúde em Debate*, 1991, 3:62-65.

ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud/OMS y Fundación W. K. Kellogg. *Manual de Gerencia de la Calidad*. Washington (DC), 1996. (OPAS - HSP/UNI/Manuales Operativos Paltex, V. III, n. 9.)

PINEAULT, R. & DAVELUY, C. *La Planificación Sanitaria. Conceptos, Métodos, Estrategias*. Barcelona, Masson, 1987.

REIS, E. J. F. B. *et al.* "Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde: Notas Bibliográficas". *Cad. Saúde Públ.*, 1990, 61(1):50-61.

SAVE *the Children. Guia de Monitoreo y Evaluación*. Reino Unido, 1994 (mimeo.).

SILVA, L. M. *et al.* “O Processo de Distritalização e a Utilização de Serviços de Saúde - Avaliação do Caso de Pau da Lima, Salvador, Bahia, Brasil”. *Cad. Saúde Públ.*, 1995, 11(10):72-84.

TANAKA, O. Y. “Análise da Utilização pela Clientela de uma Unidade Ambulatorial da SES no Município de São Paulo”. *Rev. Saúde Públ.*, 1990, 24:60-68.

VAN DER EYKEN, W. *Introduzindo a Avaliação*. Haia, Fundação Bernard van Leer, 1994.

SOBRE AS ABORDAGENS QUALITATIVA E QUANTITATIVA

AGUILAR, M. J. & ANDER-EGG, E. *Avaliação de Serviços e Programas Sociais*. 2. ed. Petrópolis, Vozes, 1995.

DEMO, P. *Mitologias da Avaliação. De como Ignorar, em vez de Enfrentar Problemas*. Campinas/ São Paulo, Autores Associados, 1999 (Coleção Polêmicas de Nosso Tempo, 68).

DENZIN, N. K. & LINCOLN, Y. S. (coords.). “Entering the Field of Qualitative Research”. In: *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, Sage Publications, 1994, pp. 1-17.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 2. ed. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco, 1993.

PATTON, M. Q. *Qualitative Evaluation and Research Methods*. 2. ed. Newbury Park, Sage Publication, 1990.

SPINK, M. J. “O Sentido da Doença: A Contribuição dos Métodos Qualitativos na Pesquisa sobre Câncer”. In: GIMENES, M. G. (org.). *A Mulher e o Câncer*. São Paulo, Editora Psy, 1997, pp. 197-224.

———. (org.). *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano. Aproximações Teóricas e Metodológicas*. São Paulo, Cortez, 1999.

SOBRE PESQUISA AVALIATIVA

CONTANDRIOPOULUS, A. -P. *et al.* “A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos”. In: HARTZ, Z. M. A. (org.). *Avaliação em Saúde. Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise de Implantação de Programas*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1997, pp. 29-47.

COOK, T. D. & REICHARDT, C. S. (eds.). *Qualitative and Quantitative Methods in Evaluation Research*. Beverly Hills, Sage Publications, 1983.

FARIA, R. M. “Avaliação de Programas Sociais – Evoluções e Tendências”.

In: RICO, E. M. (org.). *Avaliação de Políticas Sociais: Uma Questão em Debate*. São Paulo, Cortez/IEE, 1998, pp. 41-49.

HARTZ, Z. M. A. “Explorando Novos Caminhos na Pesquisa Avaliativa das Ações de Saúde”. In: _____ (org.). *Avaliação em Saúde. Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise de Implantação de Programas*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1997, pp. 19-28.

PATTON, M. Q. *Qualitative Evaluation and Research Methods*. 2. ed. Newbury Park, Sage Publication, 1990.

SMITH, N. “Designing Investigative Evaluations. Problem Solution versus Client Responsiveness”. *Evaluation*, 1998, 4(2):117-129.

WEISS, C. H. “Utilization of Evaluation Results”. In: *Evaluation Research: Methods for Assessing Program Effectiveness*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1972, pp. 110-128.

_____. *Investigación Evaluativa*. México, Trillas, 1978.

SOBRE INDICADORES

AGUILAR, M. J. & ANDER-EGG, E. *Avaliação de Serviços e Programas Sociais*. 2. ed. Petrópolis, Vozes, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde. *Instrumento de Avaliação para Centros e Postos de Saúde*. Brasília (DF), Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde. *Orientação para Organização de Centros de Saúde: O Planejamento Local*. Brasília (DF), Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Organização de Serviços de Saúde. *Instrumento de Avaliação para Hospital Geral de Médio Porte*. Brasília (DF), Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. *Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH*. Brasília (DF), 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. *Manual para Organização da Atenção Básica*. Brasília (DF), 1999.

ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud/OMS y Fundación W. K. Kellogg. *Gerencia de la Calidad*. Washington (DC), 1996 (OPAS/HSP/UNI – Manuales Operativos Paltex, vol. III, n. 9).

ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud/OMS y Fundación W. K. Kellogg.

Manual de Vigilancia Epidemiológica. Washington (DC), 1996 (OPAS/HSP/UNI – Manuales Operativos Paltex, vol. IV, n. 10).

SOBRE AVALIAÇÃO ECONÔMICA

AGUILAR, M. J. & ANDER-EGG, E. *Avaliação de Serviços e Programas Sociais*. 2. ed. Petrópolis, Vozes, 1995.

COUTTOLENC, B. F. & ZUCCHI, P. *Gestão de Recursos Financeiros*. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998 (Série Saúde e Cidadania).

PIOLA, S. F. & VIANNA, S. M. (orgs.). *Economia da Saúde. Conceito e Contribuição para a Gestão da Saúde*. Brasília, IPEA, 1995.

DA OBRA DE AVEDIS DONABEDIAN

DONABEDIAN, A. *The Criteria and Standards of Quality*. Ann Harbor, Health Administration Press, 1982.

———. *The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring: An Illustrated Analysis*. Ann Harbor, Health Administration Press, 1985.

———. “Criteria and Standards for Quality Assessment and Monitoring”. *Qual. Rev. Bull.*, 1986, 12:99-108.

———. “The Quality of Care: How Can It Be Assessed?”. *Jama*, 1988, 260: 1743-1748.

———. “Veinte Años de Investigación en torno a la Calidad de la Atención Médica, 1964-1984”. *Salud Pública Mex.*, 1988, 30:202-215.

<i>Título</i>	<i>Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: Um Modo de Fazer</i>
<i>Autores</i>	Oswaldo Y. Tanaka Cristina Melo
<i>Produção</i>	Marcelo Masuchi Neto
<i>Projeto Gráfico, Capa e Edição Eletrônica</i>	Marcelo Masuchi Neto
<i>Edição e Revisão de Texto</i>	Alice Kyoko Miyashiro Claudia Agnelli Plínio Martins Filho
<i>Revisão de Provas</i>	Alice Kyoko Miyashiro Claudia Agnelli Tereza Harumi Kikuchi
<i>Divulgação</i>	Regina Brandão Adriana Marcelle de Andrade Rodrigo S. Falcão
<i>Secretaria Editorial</i>	Eliane dos Santos
<i>Formato</i>	16,0 x 23,0 cm
<i>Mancha</i>	26,0 x 42,0 paucas
<i>Tipologia</i>	NewBaskerville 11/15,5
<i>Papel</i>	Cartão Supremo 250 g/m ² (capa) Offset Linha d'Água 90 g/m ² (miolo)
<i>Número de Páginas</i>	88
<i>Tiragem</i>	1500
<i>Laserfilm</i>	Edusp
<i>Fotolitos da Capa</i>	Binhos Fotolito
<i>Impressão e Acabamento</i>	Bartira Gráfica e Editora