

Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos

Perspectives of the evaluation of Brazil's National Health Humanization Policy: conceptual and methodological aspects

Serafim Barbosa Santos-Filho¹

Abstract *The purpose of this paper is to prompt discussions of the perspectives of the Evaluation of Brazil's National Health Humanization Policy being implemented by the Ministry of Health (PNH/HumanizaSUS). It strives to systemize some Health Evaluation benchmarks, distinguishing two key aspects of this evaluation: one examines methodologies for the definition of Humanization actions monitoring indicators; the other analyzes evaluatory surveys measuring the impacts of these actions. Both aspects were scored, highlighting specific characteristics that must be recognized in the approach and use of evaluation methodologies under the aegis of this Policy. In order to strengthen such specific characteristics and approach perspectives, it explores the extent and complexity of the tools and actions proposed in the field covered by this Policy, while also offering a brief review of the concepts and components encompassed by the Monitoring and Evaluation area.*

Key words *Humanization, National Health Humanization Policy, Evaluation, Monitoring Health indicators*

Resumo *Este artigo tem a finalidade de abrir o debate sobre as perspectivas da Avaliação no âmbito da Política Nacional de Humanização/Ministério da Saúde (PNH/HumanizaSUS). Nesse sentido, procurou-se sistematizar alguns marcos referenciais na área da Avaliação em Saúde, distinguindo duas vertentes de direcionamento da Avaliação na PNH: uma, apontando para metodologias de definição de indicadores de monitoramento das ações relacionadas à humanização; e outra, apontando para a realização de pesquisas avaliativas com ênfase na busca do impacto das ações. Ambas as vertentes foram pontuadas ressaltando as especificidades que devem ser reconhecidas na aproximação e utilização das metodologias avaliativas na esfera da PNH. Para reforçar tais especificidades e perspectivas de aproximação, buscou-se não somente registrar a amplitude e complexidade dos dispositivos e ações propostos no âmbito do HumanizaSUS, como também fazer uma breve revisão de conceitos e componentes englobados na área de monitoramento e avaliação.*

Palavras-chave *Humanização, Política Nacional de Humanização, Avaliação, Monitoramento, Indicadores de saúde*

¹ Ministério da Saúde.
Esplanada dos Ministérios,
Edifício Sede, Bloco G/954.
70058-900 Brasília DF.
serafimsantos@terra.com.br

A perspectiva interdisciplinar da avaliação de políticas e serviços de saúde

A avaliação é uma atividade que acompanha a própria história do homem, tida como inerente ao próprio processo de aprendizagem, e na atualidade assume cada vez mais um caráter polisêmico em sua conceituação, abrigando múltiplas realidades e múltiplos referenciais de análise. Na literatura recente, observa-se um alargamento da concepção de avaliação de intervenções em saúde, mesmo sem se deixar de reconhecer os diversos limites conceituais e de sua operacionalização no âmbito dos serviços^{1,2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18}.

Estudos recentes, epidemiológicos e qualitativos, abrangendo políticas públicas complexas, como as de Promoção da Saúde e iniciativas de humanização, demonstram a pertinência de utilização das diferentes metodologias avaliativas. Uma edição especial da *Revista Brasileira de Epidemiologia* (Abrasco, volume 5, nº.1, 2002), dedicada ao tema da avaliação em serviços, descreve iniciativas exitosas de avaliações de impacto, englobando algumas intervenções diretamente relacionadas aos dispositivos de humanização, o que aponta para a aplicabilidade dos métodos epidemiológicos na avaliação dessas experiências. Edição recente da *Revista Ciência e Saúde Coletiva* (Abrasco, volume 9, nº.3, 2004) enfoca as ações de promoção da saúde, trazendo os desafios e perspectivas teórico-metodológicas de abordagens investigativas nessa área, desafios que podem ser estendidos a todo o campo dos programas e políticas públicas mais abrangentes. Dentre os estudos reunidos, abordam-se indicadores que podem ser compreendidos na esfera da humanização em saúde e são agrupados resultados de estudos de diferentes e combinados desenhos avaliativos^{19, 20, 21}.

O debate, portanto, abre-se cada vez mais na perspectiva interdisciplinar da avaliação^{7, 9, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 15}. Perspectiva que permite maior aproximação da realidade, vislumbrando a avaliação estreitamente atrelada aos processos de planejamento e de gestão. Nessa direção, estão propostos modelos dialógicos, com estratégias apropriadas para abarcar as diferentes e complexas dimensões dos serviços de saúde. O desafio é posto do seguinte modo: *mais que um conjunto rígido de normas a serem seguidas, (a avaliação) pode ser pensada como uma idéia reguladora que possui uma historicidade, portanto, potencialmente aberta a novos critérios* (Minayo, *apud* Deslandes e Assis²⁴).

Neste texto, procura-se demarcar alguns referenciais avaliativos e aspectos sobre o manuseio de indicadores e outros componentes do processo avaliativo, abrindo alguns caminhos possíveis de acolher, como “objetos-sujeitos” de avaliação, as complexas dimensões e ações de humanização, constituídas como política pública para propiciar transformações no cotidiano das organizações e nos seus resultados. Almeja-se avançar na perspectiva das chamadas avaliações formativas, participativas, emancipatórias^{12, 28, 20} – avaliação que deve contribuir para “encorajar o diálogo e a reflexão” e “estimular o co-aprendizado entre atores”, aprendizagem esta que é “a chave para o desenvolvimento de capacidades para os grupos e organizações locais”²⁰.

Os princípios e ações da humanização no contexto da avaliação em saúde

A proposta da Política Nacional de Humanização (PNH) coincide com os próprios princípios do SUS, enfatizando a necessidade de assegurar atenção integral à população e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas. Avançando na perspectiva da transdisciplinaridade, propõe uma atuação que leve à “ampliação da garantia de direitos e o aprimoramento da vida em sociedade”²⁹. Com isso, já deixa vislumbrar a complexidade acerca do que se pode constituir como âmbito de monitoramento e avaliação da humanização em saúde. E desafiando para a necessidade de “inventar” indicadores capazes de dimensionar e expressar não somente mudanças nos quadros de saúde-doença, mas provocar e buscar outros reflexos e repercussões, em outros níveis de representações e realizações dos sujeitos (em suas dimensões subjetivas, inclusive).

A Política de Humanização parte de conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo centralmente transformações nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços; e transformações nas formas de produzir e prestar serviços à população. Pelo lado da gestão, busca-se a implementação de instâncias colegiadas e horizontalização das “linhas de mando”, valorizando a participação dos atores, o trabalho em equipe, a chamada “comunicação lateral”, e democratizando os processos decisórios, com co-responsabilização de gestores, trabalhadores e usuários. No campo da atenção, têm-se

como diretrizes centrais a acessibilidade e integralidade da assistência, permeadas pela garantia de vínculo entre os serviços/trabalhadores e população, e avançando para o que se tem nomeado como “clínica ampliada”, capaz de melhor lidar com as necessidades dos sujeitos. Para propiciar essas mudanças, almejam-se também transformações no campo da formação, com estratégias de educação permanente e de aumento da capacidade dos trabalhadores para analisar e intervir em seus processos de trabalho²⁹.

Tais eixos, concebidos no referencial teórico-político do HumanizaSUS, apontam para marcas e objetivos centrais que deverão permear a atenção e a gestão em saúde. Como exemplos dessas marcas desejadas para os serviços, podem-se destacar: a responsabilização e vínculo efetivos dos profissionais para com o usuário; o seu acolhimento em tempo compatível com a gravidade de seu quadro, reduzindo filas e tempo de espera para atendimento; a garantia dos direitos do código dos usuários do SUS; a garantia de gestão participativa aos trabalhadores e usuários; estratégias de qualificação e valorização dos trabalhadores, incluindo educação permanente, entre outros.

É nesse contexto que se vislumbra a implementação de ações e metas constituintes da Política Nacional de Humanização. E é no sentido da visibilidade das prioridades, da aplicação de recursos e da obtenção de resultados em contextos variados que a PNH, como política pública, deve-se colocar como objeto de avaliação. Porém, para que essa avaliação não se reduza a uma perspectiva administrativa de averiguação de cumprimento de metas, faz-se necessário não somente reafirmar os conceitos macro-referenciais da PNH, como também a complexidade das dimensões deles derivadas, desafiando também o seu dimensionamento.

Como uma estratégia de qualificação da atenção e gestão do trabalho, a humanização almeja o alcance dos usuários e também a valorização dos trabalhadores; seus indicadores devem, portanto, refletir as transformações no âmbito da produção dos serviços (mudanças nos processos, organização, resolubilidade e qualidade) e da produção de sujeitos (mobilização, crescimento, autonomia dos trabalhadores e usuários). Nessas esferas estão implicados dispositivos inovadores, complexos, e a avaliação deve espelhar os processos desencadeados em sua implementação, mas cuidando-se para que reflitam o que se supõem como inovações na concepção desses dispositivos. É preciso escapar do risco de apre-

endê-los em uma perspectiva burocrática de implantação/estruturação e de sua aferição. A medida de seus significados e impacto deve respeitar o mesmo âmbito de complexidade de seus contextos de implantação e funcionamento. Dentre os marcos conceituais e diretrizes da humanização, observam-se sinais de alerta que devem ser rigorosamente considerados na definição e desdobramentos dos eixos avaliativos. Enfatiza-se, por exemplo, que os dispositivos não devem ser entendidos como entidades estanques – ***o Grupo de Trabalho de Humanização/GTH (como dispositivo para deslanchar mudanças no espaço institucional) não é uma entidade, é constituído por sujeitos***²⁹ –, não fazendo sentido, portanto, em se recortar como indicador de avaliação apenas a existência (implementação ou não) do dispositivo, mas sim, captar nele, no contexto da instituição, a essência que lhe é atribuída, de trazer em si um novo modo de existir e se fazer, isso mesmo considerado como mudança. Dessa forma, deve-se ter atenção especial com as perguntas básicas que orientam os processos de avaliação, quais sejam, ***o que é para ser avaliado; o que será mensurado?***

Pode-se dizer que a complexidade da avaliação no âmbito da humanização está diretamente proporcional à riqueza dos debates que têm sido levantados na produção do conhecimento nessa área²⁸. Por exemplo, como medir a situação que se deseja como um ***“grupo mais sujeito”***, tendo se tornado ***“mais sujeito”*** depois de uma intervenção em um serviço? Ou, como avaliar que os ***“grupos (GTH) agenciam (agenciaram) mudanças no instituído”***? Certamente, essas são questões que se apresentam no centro do que se quer como inovador, aspectos que extrapolam em muito o seu aprisionamento em termos de medida, mas que não dispensam a contribuição da temática da avaliação para o seu equacionamento. Isso porque se trata da possibilidade de construção e organização do próprio conhecimento sobre esses “objetos”, instâncias e seu modo de se fazer enxergar. Conceitos operacionais sofisticados presentes na humanização/PNH, sobretudo propostos na compreensão da transversalidade e noções de rede – ***“comunicação multivetorializada ou transversal”***; ***“relação que coloca em cena a interação no campo das forças e não das formas instituídas”***²⁹ –, trazem desafios no sentido de derivarem componentes-objetos de avaliação em si mesmos, isto é, enquanto representações das aprendizagens, experiências cotidianas de trocas, relações, decisões coletivas, etc., ou simplesmente como indicativos desse “um outro modo de fazer”.

Esses aspectos direcionam a configuração de um dos eixos de avaliação da humanização, qual seja, o que revela a novidade/inação na dinâmica organizacional; eixo que pode demarcar os produtos que ilustram as transformações no processo de trabalho e desencadeantes dessas mudanças. Um outro eixo deve ser configurado como a medida dos efeitos das intervenções (impacto) na vida dos usuários e dos trabalhadores. Vale ressaltar que, em todas as direções, a novidade e desafios trazidos pelos referenciais da humanização devem funcionar como estímulo para aprofundamento sobre a própria perspectiva avaliativa (enquanto questão metodológica), uma vez que expressam possibilidades de mudanças efetivas no cotidiano dos serviços e ao mesmo tempo exigem criatividade para ampliação das formas de dimensionamento das mudanças.

O desenho das avaliações deve ser precedido por amplas discussões que definam bem os objetivos e situações desejadas, e aquelas que possam configurar-se como linhas de base e parâmetros para análises subsequentes. Os momentos de seleção, validação e interpretação de indicadores de avaliação (e seus resultados) devem ser conduzidos com a participação ativa de todos os envolvidos, demonstrando que são ferramentas valorizadas realmente para balizar o cotidiano dos serviços.

Procurando escapar da polarização do debate em torno de abordagens quantitativas ou qualitativas de avaliação, são ressaltados aqui os princípios e propósitos da Política Nacional de Humanização que os possibilitam serem vislumbrados como objetos plausíveis de serem investigados e dimensionados tanto quali quanto quantitativamente. Contemplando objetivos mais amplos de provocar transformações no âmbito das relações entre as pessoas em situação de trabalho, transformações nos processos e modos de produzir serviços, e transformações na interação a ser estabelecida entre profissionais e usuários, a humanização se instaura como objetos a serem tratados de modo qualitativo, buscando-se significados dessas ações/relações sociais na ótica dos sujeitos/atores do processo. Seria a medida, utilizando uma expressão de Deslandes & Assis²⁵, de “ações e relações sociais travadas por sujeitos e grupos num determinado momento de suas histórias”. Por outro lado, tais mudanças desejadas no processo e organização do trabalho (e transformações dos sujeitos neles envolvidos) devem repercutir em respostas concretas para os usuários e trabalhadores, sendo que tais processos e respostas são também pas-

síveis de mensuração através de modelos de avaliações quantitativas. Ainda por outro lado, e para além dessa segmentação, tem sido sugerida a associação de métodos, mesclando técnicas de abordagens quantitativas e qualitativas que, utilizadas criteriosamente e de modo complementar, preservam seus pressupostos e asseguram e potencializam os resultados.

Conceito e atributos dos indicadores de avaliação

Com base nas questões levantadas, apontam-se duas vertentes para direcionar a avaliação das ações da humanização. Uma, buscando delimitar os objetivos específicos da Política Nacional de Humanização e deles remetendo-se à seleção de um elenco de indicadores, que deve servir ao acompanhamento e monitoramento contínuos das ações/intervenções; a outra, estruturando desenhos de pesquisas avaliativas, com a finalidade de dimensionar os efeitos das intervenções. Adiante neste texto, será resgatada a diferenciação que comumente se faz entre monitoramento de rotina e avaliação. E, antes de se voltar para a discussão específica de indicadores e modelos avaliativos no âmbito da Política Nacional de Humanização, foram sintetizados neste e nos próximos tópicos aspectos metodológicos relacionados à formulação, atributos e significados dos chamados indicadores de avaliação.

Os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde³⁰. São *instrumentos projetados e utilizados para avaliar a consecução de objetivos e metas; variáveis que permitem quantificar os resultados de ações, obter uma quantificação inicial para termos de avaliação no momento ou comparação posterior*³¹. “Uma meta é um objetivo específico, que é quantificado e deve ser atingido dentro de um certo período de tempo”³².

Tradicionalmente, portanto, os indicadores trazem uma concepção de quantificação de informações, sendo desenvolvidos com essa finalidade; e a eles estão vinculados os critérios de confiabilidade e validade, entendidos como busca de precisão e exatidão no que se quer medir, isto é, em que nível de certeza o resultado da observação espelha o que se pretendeu avaliar. A validade desdobra-se em medidas de sensibilidade e de especificidade.

Essas definições encontram-se, com mais ou menos detalhes, em livros e manuais de Epide-

miologia e tais dimensionamentos estão diretamente relacionados à identificação e controle dos chamados vieses, bias ou erros de aferição do que se pretende avaliar^{33, 34, 35, 32, 36, 37, 31, 13}.

Do ponto de vista da construção de um indicador, é ressaltada a importância das propriedades de seus componentes, muitas vezes restringidos a numeradores e denominadores, que devem ser bem quantificados, registrados e processados, conformando-se em sistemas precisos de informação e gerando diferentes “estatísticas”, “coeficientes” (taxas, proporções, razões e outros). Ainda na perspectiva de definição dos indicadores, também importam critérios de qualidade historicamente agrupados em sete aspectos englobados como simplicidade, validade, disponibilidade, robustez, sinteticidade, discriminatória e poder de cobertura (Jordan Filho, *apud* Moraes³⁸).

Além dessas dimensões que asseguram a qualidade de um indicador e de uma avaliação objetiva, tendo por base “dados válidos e confiáveis”, a OPAS ressalta outros atributos atrelados à finalidade dos indicadores – devem ser capazes de representar e responder a prioridades em saúde, sendo “ferramenta fundamental para a gestão e avaliação”. E acrescenta: sua utilização deve estimular “o fortalecimento da capacidade analítica das equipes de saúde”³⁰. Enfatizando a informação como instrumento de planejamento e de gestão, Moraes³⁸ chama a atenção para a finalidade central dos indicadores – de avaliar – e a perspectiva de juízo de valor sempre presente nesse ato. Alerta, então, que o indicador seria “a quantificação da realidade a fim de planejar um modo de interferir nessa própria realidade”, porém, ressaltando que a “quantidade mede somente um aspecto da qualidade (realidade concreta)” e que “isso faz com que o conhecimento retirado dos números, muitas vezes, mascare aspectos importantes da realidade”. E, ainda, que **os indicadores refletem o ‘sistema de valores’ do profissional que os constrói, o que implica em que formule certas hipóteses e perguntas e não outras**³⁸.

Com as pontuações feitas até aqui sobre a concepção de um indicador, são apresentados os rigorosos critérios postos como legitimadores da sua definição e utilização, mas também recupera-se o alargamento do olhar que se propõe para o manuseio crítico de indicadores, destacando sua finalidade e contexto como aspectos centrais que devem nortear os demais atributos de qualidade e de sua aplicabilidade. Nesse sentido, abre-se campo para pensar os indicadores em saúde na perspectiva da definição de informação ob-

servada em Carvalho, *apud* Moraes³⁸, entendendo que informação é “a representação de fatos da realidade com base em determinada visão de mundo, mediante regras da simbologia”; e que **informar é um processo dinâmico e complexo, envolvendo componentes tecnológicos, econômicos, políticos, conceituais e ideológicos, associados a um referencial explicativo sistemático**. Em última análise, **escolher este ou aquele indicador, quantificar esta ou aquela variável pressupõe, antes de se constituir uma questão estatística ou epidemiológica, a explicitação da concepção, dos objetivos e metas a serem atingidos pela política de saúde ‘real’**³⁸. No manuseio e análise do indicador/informação, **deverão necessariamente ser incorporadas as reflexões acerca do contexto, historicamente determinado, que propiciou as condições para que o objeto específico se desenvolvesse**³⁸.

São esses os referenciais que devem abrigar a discussão de indicadores no âmbito da humanização. Interessa-nos reforçar que o seguimento de critérios não significa o enquadramento em processos rígidos e descontextualizados de avaliação.

Os indicadores e seus significados na avaliação de serviços de saúde

Do ponto de vista metodológico e operacional, desde os trabalhos pioneiros de Donabedian^{39,40,41}, vem-se classificando os indicadores utilizados para avaliar a qualidade dos serviços de saúde em três grandes grupos – estrutura, processo e resultados. Os indicadores de estrutura incluem os recursos ou insumos utilizados no sistema de saúde, que podem ser sintetizados em humanos, materiais e financeiros; os de processo englobam as atividades e procedimentos envolvidos na prestação de serviços; e os de resultados incluem as respostas das intervenções para a população que tenha sido beneficiada por elas. Os indicadores de resultados, efeitos ou impacto tradicionalmente utilizados em estudos epidemiológicos são os que avaliam as mudanças na saúde da população, relacionadas à mortalidade e morbidade. Mais recentemente, estão incluídas medidas de qualidade de vida em geral, graus de incapacidade, autonomia, avaliações de satisfação dos usuários, mudanças de comportamento das pessoas e outras situações similares. Os efeitos de uma intervenção podem ser avaliados segundo os níveis de eficiência, eficácia e efetividade, modos de separar os distintos aspectos do alcance dos objetivos^{36, 5, 42, 37, 8, 12}.

Vale ressaltar uma questão metodológica im-

portante na avaliação de impacto: são conhecidas as dificuldades na demonstração de que os resultados observados estão causalmente relacionados a uma dada política [intervenção]¹², fato que se torna ainda mais complexo no caso de políticas como a da humanização, que se configuram como uma teia ampla de ações, compondo-se de dispositivos específicos e de outros não-específicos. Apresenta-se, portanto, a questão de como dimensionar associações específicas entre ações e resultados. Por outro lado, é sabido que transformações ocorridas em curto prazo podem ser conseqüência de diferentes tipos de intervenções, dificultando a utilização e interpretação de indicadores quanto à sua capacidade de refletir especificamente uma determinada política pública.

Alguns indicadores são, portanto, mais sensíveis às mudanças nos/dos serviços e isso deve funcionar como critério para orientar a sua seleção. Em última análise, o uso de indicadores deve contribuir para aprimorar a qualidade dos serviços e suas respostas; “a dificuldade reside em decidir, objetivamente, quais são os parâmetros que expressam qualidade e como medi-los adequadamente”³⁶. Esse autor, citando a complexidade da utilização de métodos epidemiológicos na avaliação de serviços de saúde, salienta suas limitações e potencialidades. Menciona o amplo espectro de combinações que poderiam ser exploradas, cruzando-se aspectos das macrodimensões de estrutura, processo e resultados e chama a atenção para o fato de que pelas dificuldades metodológicas, muitas vezes os estudos focam-se em apenas algumas variáveis (tradicionais, “convenientes”), deixando de considerar outras, como “estado funcional, qualidade de vida, capacidade de trabalho e outros aspectos de igual ou maior interesse”, situações que muito importam no âmbito da Política Nacional de Humanização.

No escopo dos componentes agrupados no conceito de qualidade de serviços de saúde, encontram-se eixos que são intensamente perseguidos no âmbito da humanização. Além dos componentes clássicos de eficácia, efetividade e eficiência, reúnem-se a equidade, o acesso, a adequação, a aceitação e a qualidade técnico-científica^{40, 43, 36}. Ressalta-se nesses conceitos um norte central, caro à perspectiva da humanização, que é a busca de organização dos serviços em conformidade com as necessidades, demandas e expectativas dos usuários, contextualizadas em seu mundo cultural e social. Por outro lado, alguns dispositivos da humanização trazem em si mesmos outras dimensões que devem ser acrescentadas entre os componentes que qualificam os

serviços. É assim que devem ser vistos, por exemplo, os dispositivos de “*visita aberta*” e “*acompanhante*” para usuários internados, recursos estes que não significam somente um critério de organização do serviço, mas asseguram o convívio de pacientes internados com sua rede social.

Perspectivas de uma política de avaliação na política de humanização

No Sistema Único de Saúde, vêm sendo implementadas algumas iniciativas de institucionalização de instrumentos nacionais de monitoramento e avaliação, com base em indicadores selecionados e negociados, como é o caso do Pacto da Atenção Básica, conduzido pelo Ministério da Saúde. De uma perspectiva mais ampla, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) está implementando o Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde (PROADESS), partindo do estudo de indicadores utilizados em alguns países de referência⁴⁴, do Brasil, utilizando dentre outras fontes a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), rede que articula instituições envolvidas na produção, análise e disseminação de informações, numa iniciativa conjunta da OPAS e Ministério da Saúde³⁰.

Apesar dessas iniciativas de caráter mais abrangente, a experiência na área de monitoramento e avaliação no SUS ainda é incipiente. Dentre outros problemas, não é usual o atrelamento de planos avaliativos no planejamento da atenção em geral. E com relação aos dados propriamente ditos, é bastante alardeada a limitação de sua qualidade. E, mais recentemente, tem-se observado as limitações quanto à otimização do uso das bases tecnológicas utilizadas na sua produção. Um levantamento recente do Ministério da Saúde constatou no âmbito do SUS a existência de 283 sistemas de informação “que não conversam entre si”^{29,45,46}, reafirmando com isso as limitações na transformação de dados em informações e conhecimentos articulados, válidos e confiáveis para uso efetivo no planejamento e avaliação em saúde.

É necessário observar que, mesmo com ferramentas indutoras do uso de informações e indicadores na condução dos serviços (os próprios sistemas de informação são um desses indutores), a experiência cotidiana mostra que é bastante comum o desenvolvimento de projetos/ações nos níveis locais, sem que sejam previstas etapas e critérios de análises de seu desempenho e resultados. Ou seja, não se produzem os dados

e não se institucionaliza a prática de avaliar para guiar o trabalho.

Projetos e estratégias mais recentes do Ministério da Saúde têm dado grande destaque à utilização de metas e critérios para orientar a reorganização e gestão de serviços. A Política Nacional de Humanização, como um desses projetos institucionais, constitui-se como uma política pública com princípios e objetivos bem definidos, em busca da redução de desníveis no acesso e de qualidade no/do trabalho, devendo incorporar critérios e indicadores de avaliação de sua efetividade, contribuindo para sua visibilidade e consolidação. As características especiais que a PNH assume, instaurando-se como uma proposta de ampla abrangência e de operacionalização transversal, devem ser levadas em conta na montagem de desenhos avaliativos, compreendendo o que se implementa (quais ações) e como essas ações se “espalham” em diferentes eixos para, a partir daí, pressupor sua influência nos resultados obtidos.

Abrangência das ações da Política Nacional de Humanização e eixos avaliativos

Dadas as suas características especiais de se fazer presente em todas as práticas sanitárias (“contaminar” todos os âmbitos dos serviços), muitas vezes a Política de Humanização estará se efetivando e consolidando através das próprias ações de rotina dos serviços, agregando os princípios da humanização nos passos da produção desses serviços. É assim que se pode compreender o atendimento prestado à população com base no “*acolhimento com avaliação de risco*”, ou seja, na produção desse serviço (o atendimento), está-se procurando imprimir uma marca da humanização que reorienta a abordagem da população, modificando a tecnologia para o seu alcance e acessibilidade, priorizando casos de acordo com gravidade (necessidades singulares), e disparando mecanismos (e níveis) adequados de respostas. Nesse sentido, a avaliação na perspectiva da PNH deve-se constituir buscando os significados específicos de sua contribuição para as mudanças e resultados, muitas vezes partindo de alguns dos próprios indicadores que usualmente representam produção e desempenho dos serviços. Como, por exemplo, a partir do “*acolhimento com avaliação de risco*”, buscando identificar os aumentos ocorridos nos percentuais de cobertura de usuários (incluindo demandas reprimidas) e de encaminhamentos adequados

(respostas), segundo as necessidades e gravidade das demandas.

Em outros casos, o amplo espectro de ações específicas desenvolvidas a partir da Política de Humanização (podendo ser compreendidas como intervenções próprias da PNH) geram novos processos e produtos, devendo resultar em novos indicadores para seu dimensionamento. É assim que se deve observar/avaliar o próprio “*movimento de organização do acolhimento com avaliação de risco*”, enquanto processo de trabalho (formação das equipes, graus de adesão, capacitações, etc.), buscando nele as variáveis que caracterizam sua implantação, em graus mais adequados ou não, e a influência dos diferentes contextos de implantação nos efeitos obtidos.

Entendendo os dispositivos da humanização como os direcionadores ou os próprios equivalentes de intervenções, observa-se que eles representam potenciais mudanças, mas desde que sejam efetivamente operacionalizados. Dependem, assim, de complexos processos de implantação, em meio a fatores favoráveis e desfavoráveis, exigindo negociação com diferentes atores. É necessário, portanto, que essas situações sejam tomadas como objetos de avaliação, tanto na ótica do desvelamento e explicitação dos fatores intervenientes no maior ou menor êxito de implantação, quanto na sua relação com resultados alcançados. Observem-se, por exemplo, alguns dispositivos da humanização da *gestão* dos serviços. Os “*Conselhos* ou *Colegiados de gestão*” podem ser concebidos apenas como criação de novas estruturas “administrativas” ou burocráticas (serem formalizados) e não serem capazes de desencadear novos modos de gerir o trabalho (negociações permanentes, construção coletiva da co-participação e co-gestão); nesse caso, análises que não levarem em conta os movimentos efetivos e variações na implantação e funcionamento desses dispositivos complexos (sua operacionalização, “grau de implantação”) podem correr o risco de estabelecer falsas associações entre sua criação e mudanças que tenham ocorrido em seguida.

No contexto institucional, mudanças importantes no processo de trabalho deparam-se com resistências de diferentes atores e outras adversidades, que funcionam como modificadores de situações que poderiam ser esperadas como “ideais”. Essas condições (não completamente controladas, “não ideais”, não idealizadas) de implantação de inovações tornam-se, por si mesmas, importantes enquanto alvo de avaliações, contribuindo não somente para demarcar as variações entre experiências semelhantes, como

também apontar fatores facilitadores para a reprodução de experiências exitosas.

Com essas características, pode-se constatar a pertinência e necessidade de diferentes abordagens metodológicas para abrigar as avaliações no âmbito da Política Nacional de Humanização. E essas possibilidades avaliativas devem ser tomadas como favoráveis e aproveitadas. Torna-se interessante, com isso, que sejam desencadeadas análises diferentes e complementares. Avaliações epidemiológicas podem ser paralelas, anteceder ou suceder as análises qualitativas e sistêmicas. Se as anteceder, podem levantar o conjunto de fatores (implicados nas intervenções) associados a um efeito, fornecendo subsídios para que as pesquisas qualitativas aprofundem os níveis de exploração dessas associações; se as sucedem, podem aproveitar os resultados que demonstram os graus de implantação das experiências, selecionando variáveis independentes mais adequadas para verificar sua associação com os efeitos⁹. Ressalta-se que as “análises de implementação” são bem indicadas sempre que os efeitos possam ser sensíveis a variações contextuais⁵.

Alguns estudos epidemiológicos demonstram a ampliação do escopo de variáveis analisadas, traduzindo tanto componentes inovadores dos processos de trabalho (variáveis independentes), quanto resultados alcançados, isto é, partindo de desenhos mais abrangentes, enfocando experiências exitosas diretamente relacionadas à humanização^{47, 48}. Na modelagem desses desenhos, são feitos ajustes metodológicos, utilizando os chamados estudos quase-experimentais, em que o grupo controle não é escolhido aleatoriamente, respeitando princípios éticos ao se tratar do critério “exposição”.

Ainda enfatizando as questões metodológicas, observa-se que é desejável permear a avaliação mesclando métodos de coleta e de tratamento de dados, procurando agregar valor às análises e aos resultados, isto é, provocando interlocuções ao invés de análises e interpretações isoladas. Essas aproximações têm sido recomendadas e experiências têm sido desenvolvidas assegurando os critérios de confiabilidade e validade dos instrumentos e resultados⁹.

Na Política Nacional de Humanização, observa-se uma diversidade de iniciativas, que podem ser abordadas como variáveis independentes, interligadas, e que podem influenciar mudanças (resultados) em indicadores complexos; mudanças que dificilmente poderiam ser explicadas em uma relação linear de (uni)causa-efeito. Por exemplo, mudanças observadas no tem-

po de internação de usuários (redução do tempo de permanência no hospital) podem ser estudadas como um “fenômeno complexo”, não resultante apenas de uma intervenção única, mas explicadas a partir de um modelo que incorpore diferentes variáveis (extraídas das iniciativas de humanização) e suas inter-relações.

Os desenhos avaliativos devem, por um lado, abarcar um leque ampliado de situações que se configuram como efeitos esperados com as ações de humanização; nesse sentido, ampliando o espectro de indicadores “de resultados”. Por outro lado, os modelos devem ser capazes de aprofundar na explicação dos vários fatores contribuintes, inter-relacionados, verificados na origem dos resultados, buscando contribuições específicas de ações derivadas dos conceitos e dispositivos de humanização. Seria a composição de cenários ampliados de hipóteses de associação entre variáveis que indicam mudanças nos processos de trabalho e seus possíveis efeitos. As experiências de implantação de “*prontuários únicos*”, funcionando como eixo de integração dos cuidados ampliados (“*projetos de saúde*” para cada usuário), sob responsabilidade de “*equipes interdisciplinares*”, podem ilustrar as questões abordadas anteriormente. Enquanto equivalente de um protocolo reordenador do processo de trabalho e de toda a abordagem do usuário internado, isto é, como ferramenta de direcionamento do projeto terapêutico, no “*prontuário único*” podem ser buscadas e exploradas variáveis (indicativas de mudanças no processo de trabalho) que, agregadas e desagregadas em modelos complexos, podem ser avaliadas quanto à sua repercussão, desde que foram introduzidas. Se o “*prontuário único*” efetivamente canaliza propostas mais abrangentes de cuidados (projetos de saúde), baseando-se em coleta e interpretação das necessidades e problemas do usuário, ele pode influir e contribuir para respostas que extrapolam indicadores comuns de medida da saúde-doença, dimensionando, por exemplo, aquisição de autonomia, em diferentes sentidos e graus.

Os desafios na formulação de indicadores

Hartz¹¹ distingue “monitoramento” e “avaliação” (pesquisa avaliativa), lembrando de sua inter-relação, mas ressaltando suas especificidades. O monitoramento de rotina das ações de saúde “é voltado para a análise continuada dos sistemas de informação”, comumente realizado com base em metas pré-estabelecidas e pactuadas, servindo para incentivar a produção e qua-

lificação dos serviços. Possibilita avaliação oportuna e agilidade na correção de rumos. Aspectos inovadores das iniciativas de reorganização das práticas sanitárias muitas vezes não são abarcados pelo rol de metas pactuadas, limitando a análise das mudanças ocorridas. Apesar do monitoramento facilitar a avaliação, os indicadores utilizados nos processos de monitoramento não devem ser tratados como indicadores de resultados; daí a necessidade das pesquisas avaliativas, tomando as ações como objetos de avaliação, buscando dimensionar o seu alcance nas populações por elas beneficiadas, isto é, sua efetividade ou impacto. Citando os modelos lógicos de avaliação, norteados por indicadores, Hartz¹¹ lembra a necessidade de se partir dos resultados/ impactos esperados, para orientar a avaliação (e a seleção de múltiplos indicadores), e que se deve cuidar para que sejam apontados “resultados significativos, ainda que difíceis de mensurar”, ao invés de “outros facilmente mensuráveis”, mas que não refletem a concepção ou essencialidade do projeto em questão. Por tudo que já se pontuou sobre a humanização, essa diretriz torna-se fundamental nos seus desenhos avaliativos.

Para Maletta³⁰, a formulação de indicadores é uma das operações básicas inerentes aos sistemas de informação em saúde. No ato de formulação dos indicadores, estão contempladas a sua definição propriamente dita, a definição dos dados a coletar para sua composição e a definição dos métodos e procedimentos de sua produção. Com a definição de “saídas”, procede-se a comparação entre as variáveis observadas e os parâmetros que forem estabelecidos como referência; avaliam-se as variáveis significativas e se as colocam como subsídio para tomadas de decisão.

Os indicadores assim abordados, na perspectiva do monitoramento contínuo das ações e atrelados a sistemas de informação, são estratégicos para institucionalização da prática de acompanhamento sistemático dos serviços. Porém, sua implementação não se dá sem dificuldades e controvérsias, trazendo à tona a questão dos Sistemas de Informação, com necessidade de clareza e fluxos bem definidos dos dados para que sejam realmente úteis. Os próprios estudiosos da área de Informação pontuam a “carência de propostas na área de Sistemas de Informações em Saúde”, que contribuam para “saltos qualitativos em sua utilização”³⁸.

Partindo-se dos aspectos que já foram problematizados, sintetizamos os seguintes princípios a serem considerados na discussão de indicadores no âmbito da Política Nacional de Hu-

manização, buscando apropriar dos conceitos básicos embutidos em sua concepção, mas também buscando alargar os pressupostos para sua construção. Enfatizam-se, então: o desafio de se definirem indicadores, quantitativos e/ou qualitativos, contextualizados nas diferentes dimensões abrangidas pela PNH, refletindo inclusive seus processos de caráter menos estruturado e às vezes mais subjetivos. Isso evitaria o distanciamento entre os princípios da humanização e o recorte apenas de variáveis “mais fáceis” de serem mensuradas. A seleção isolada de variáveis consideradas “ideais” ou “convenientes” para medidas reduziria a visibilidade do processo e alcance da Política de Humanização. Não obstante o alargamento desse olhar sobre a construção de indicadores, atentar para a definição de indicadores confiáveis e válidos, tratando esses critérios no contexto de avaliações interdisciplinares. Tudo isso evitaria o risco de se definirem indicadores inadequados para refletir as situações desejadas (indicadores não representativos, por exemplo, mesmo que sejam variáveis de fácil mensuração) e, por outro lado, o uso de indicadores adequados (representativos) mas com problemas para aferição. Ambos os casos acarretariam distorções na classificação e identificação da situação real que se quer avaliar, podendo-se incorrer nos chamados “vieses sistêmicos”^{36,13,7,48}. Nesses casos, por “viés sistêmico”, compreendem-se os erros relacionados à escolha inadequada de indicadores objetivos para variáveis subjetivas, e aqueles decorrentes da seleção de situações “convenientes”, eleitas por aparentarem menor grau de incerteza, para isso descartando-se dimensões mais complexas ou subjetivas, mesmo que essas sejam a própria essência da situação. Esses erros são comuns e há estudos mostrando o quanto contribuem para a baixa utilização dos resultados de pesquisas⁷.

Orientando-se por esses princípios, entende-se que seriam pertinentes a inclusão de diferentes tipos de indicadores. E para isso, aprofundando no debate sobre os aspectos de confiabilidade e validade, lembrando o que contém nesses conceitos e que permite ampliar sua aplicação. A confiabilidade está relacionada ao processo de aferição e, nesse caso, deve-se levar em conta as amplas situações que podem ser “aferidas” no âmbito da humanização e os modos de aferição: de dados objetivos, de resultados concretos, mas também de transformações no próprio processo, na dinâmica dos serviços, nas relações entre as pessoas, na interação com usuários, etc., isto é, como observar essas situações. A validade é

uma propriedade do instrumento de medida – nesse caso, como se chegar a instrumentos válidos (a serem validados), sem cair no reducionismo de se elegerem apenas instrumentos já tradicionalmente tidos como válidos, mas, sim, mesclar métodos de aferição e buscar validações, isto é, buscar métodos capazes de melhor representar a realidade observada^{49,25}. E, sobretudo, considerar que, para cada situação em particular, pode interessar o privilegiamento ora da validade (ou acurácia, medida pela capacidade de representar/“acertar o alvo” desejado), ora da precisão (ou confiabilidade, medida pelo grau de dispersão e de concordância entre as medidas). É comum preocupar-se com a obtenção de medidas de alta precisão, sem se preocupar com os efeitos sobre a acurácia, produzindo estudos de baixa validade. Um evento qualitativo pode ser medido tanto por variáveis quantitativas quanto qualitativas. Essas últimas implicam em perda de precisão da medida, mas não necessariamente perda de acurácia, sendo capazes de melhor representar o evento estudado¹³. Se tomarmos a **“satisfação dos trabalhadores com a gestão do serviço”** como exemplo para avaliação, pode-se assegurar uma alta precisão ao se contar o número de trabalhadores que se manifestaram satisfeitos ou insatisfeitos em resposta a um questionário (com perguntas fechadas). Porém, se este mesmo fenômeno (**satisfação**) for avaliado a partir de um instrumento aberto, discursivo, provavelmente cai a sua precisão (haverá mais discrepâncias na captação das respostas), mas se ganha em termos de expressão real do significado da satisfação para o trabalhador (o ganho de acurácia). Muitas vezes “mais vale uma medida não-refinada do que se precisa do que uma medida precisa da coisa errada”⁷ ou que “concessões em precisão podem mesmo contribuir para uma melhor acurácia, uma melhor representação do evento estudado”¹³.

Atentando para a análise de validade em situações complexas, “sistemas abertos”, deve-se salientar a necessidade de se definir claramente o que se quer observar (o “evento” ou situação a ser mensurada). Isso não significa definir de modo “fechado”, fazendo-se enquadramentos inadequados para medir situações que são mais abertas, porém, definindo critérios claros que respeitem essas características. No caso da Política de Humanização, tome-se como objeto de análise um **“Colegiado Gestor em Efetivo Funcionamento”**. É necessário que se definam os critérios do que se considera e se espera dessa instância de gestão em “funcionamento efetivo”, indo além

da sua mera estruturação formal. E somente a partir dessa definição, com delimitação do que se quer buscar/observar, é que se pode assegurar uma medida mais próxima da realidade desejada, aí sim justificando a utilidade de um processo avaliativo. É claro que se tem que levar em conta que sempre haverá um componente arbitrário na definição de qualquer padrão sobre o esperado, para efeitos de comparação³⁵.

No rastro dos eixos que foram problematizados, aparecem limitações e desafios importantes de ordem operacional na implementação de indicadores (pensados em uma política de avaliação), que trazem à tona o que já foi mencionado sobre o uso dos indicadores no monitoramento cotidiano e em avaliações específicas. Há que se considerar os recortes para os diferentes níveis de análise – planos nacional, regional e local –, levando em conta as diferenças dos serviços e desigualdades loco-regionais; há que se pensar na sistemática de obtenção dos dados, definindo aqueles de coleta rotineira e os que demandariam inquéritos pontuais e específicos. Para o monitoramento em “larga escala” e que permita padrões de comparação, seria preciso discutir e definir o que seriam métodos e fontes de coleta, sistemas de captura e de registro de dados, regularidade da informação e outros aspectos político-técnico-operacionais.

A institucionalização da avaliação

Um critério importante para se assegurar a qualidade e continuidade dos processos de avaliação é a sua institucionalização, ampliando e fomentando pesquisas avaliativas de interesse para os serviços¹¹. A compreensão democrática, participativa, ressaltada por alguns autores sobre o ato de avaliar, com a integração de gestores e pesquisadores em todas as fases da avaliação – conceitualização, representação, mensuração e interpretação dos dados –, é uma premissa para se potencializar o uso dos resultados¹¹. No caso da Política Nacional de Humanização, acrescentam-se os sujeitos essenciais a serem incorporados nesses processos, quais sejam, os trabalhadores e usuários dos serviços, inclusive instrumentalizando-se para formar uma “rede de potenciais avaliadores”. Na definição de padrões de avaliação, a metodologia de escuta de opiniões de técnicos e outros atores é uma prática freqüente, com a finalidade de principiar as “validações” e ajustes nos instrumentos e modos de sua utilização. Deve-se lembrar que a informação produzi-

da não deve ser utilizada como verdade absoluta, mas como ferramenta de negociação entre interesses múltiplos⁵. Na leitura e interpretação dos dados (indicadores), há que se cuidar para assegurar coerência de análises contextualizadas, ultrapassando o olhar sobre as estatísticas como resultados finais, isolados, neutros, e dialogando com as interpretações dos sujeitos envolvidos, à luz das “lógicas culturais, relações institucionais e estruturas sociais”²⁵.

Os investimentos necessários são de ordem político-técnico-operacional, contemplando desde a busca de estratégias de ampliação e legitimação do debate, até a discussão de instrumentos de operacionalização dos processos avaliativos adequados para os níveis locais e também de maior alcance. Uma das premissas acerca da implementação dos dispositivos da Política Nacional de Humanização é a de se respeitar que sejam “iniciativas diferentes em cada lugar, cada situação”²⁹, operando como experiências singulares, diretriz essa que deve encontrar ressonância nas políticas de avaliação. Por outro lado, devem ser exploradas as situações comuns emergentes das experiências locais (situações disponíveis, factíveis), estudando métodos e instrumentos de sua abordagem em planos mais abrangentes – fazer

emergir delas indicadores a serem tratados em instrumentos nacionais de negociações em torno de situações desejadas.

Documento recente elaborado pelo Departamento de Regulação, Avaliação e Controle do Ministério da Saúde ressalta as muitas dificuldades para o desenvolvimento de ações de avaliação no SUS, citando limitações relacionadas à **cultura da gestão que não se prima pelo uso do planejamento, de bancos de dados (mesmo que disponíveis), da construção de indicadores, e da fixação, acompanhamento e aferição de metas**. Chama a atenção também para as **dificuldades metodológicas de avaliação qualitativa e mesmo a ausência de um sistema de informações em saúde mais integrado**⁴⁵. A discussão da avaliação na Política de Humanização deve fortalecer o coro das iniciativas de integração dos processos de avaliação e monitoramento no SUS, tanto na perspectiva instrumental, de integração de bases de dados e sistemas, quanto na perspectiva de construção de pactos conjuntos e ampliados. O debate sobre a Avaliação na PNH segue, portanto, seus próprios princípios diretivos, pretendendo-se estratégico para a própria consolidação do Sistema Único de Saúde.

Referências

1. OMS/Organização Mundial da Saúde. *Evaluación de los programas de salud: normas fundamentales*. Ginebra: OMS; 1991.
2. Akerman ME, Nadanovsky P. Avaliação dos serviços de saúde: avaliar o quê? *Cad Saúde Pública* 1992; 8(4):361-65.
3. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad Saúde Pública* 1993; 9(3):239-262.
4. Silva LMV, Formigli VL. A avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad Saúde Pública* 1994; 10:80-89.
5. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineaut R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizador. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p.29-47.
6. Denis JL, Champagne F. Análise da implantação. In: Hartz ZMA, organizador. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p.49-88.
7. Hartz ZMA. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
8. Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int Epidemiological Association* 1999; 28:10-18.
9. Victora CG, Knauth DR, Hassen MNA. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.
10. Novaes MH. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública* 2000; 34:547-59.
11. Hartz ZMA. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. *Divulgação Saúde para Debate* 2000; 21:29-35.
12. Rico EM, Saul AM, Fonseca AMM, Fagnani E, Perez JRR, Melo MA, et al. *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Cortez/ Instituto de Estudos Especiais; 2001.
13. Pereira JCR. *Análise de dados qualitativos*. São Paulo: Edusp; 2001.

14. Victora CG. Avaliando o impacto de intervenções em saúde. *Rev Bras Epidemiologia* 2002; 5(1):3.
15. Tanaka OU, Melo C. Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa. In: Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2004.
16. Carvalho AI, Bodestein RC, Hartz Z, Matida AH. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. *Rev C S Col* 2004; 9(3):521-29.
17. Tanaka OY. Health promotion challenge conceptions and an alternative evaluation approach. *Rev C S Col* 2004; 9(3):530-43.
18. Wesphal MF. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. Dilemmas in the evaluation of health promotion: how should Brazilian scientific output be oriented? *Rev C S Col* 2004; 9(3):530-43.
19. Assis M, Hartz ZMA, Valla VV. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. *Rev C S Col* 2004; 9(3):557-81.
20. Akerman M, Mendes R, Bógus CM. É possível avaliar um imperativo ético? *Rev C S Col* 2004; 9(3):605-15.
21. Reis INC, Vianna MB. Proposta de análise de indicadores para reorientação do serviço na promoção da saúde: um estudo no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. *Rev C S Col* 2004; 9(3):697-709.
22. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Rev C S Col* 2000; 5(1):7-18.
23. Serapioni M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. *Rev C S Col* 2000; 5(1):7-18.
24. Almeida-Filho N. *A ciência da saúde*. São Paulo: Hucitec; 2000.
25. Deslandes SF, Assis SG. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. *Caminhos do Pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p.195-223.
26. Minayo MCS, Deslandes SF. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
27. Fernandes RCP. Uma leitura sobre a perspectiva etnoepidemiológica. *Rev C S Col* 2003; 8(3):765-74.
28. Ayres JR. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Rev C S Col* 2004; 9(3):583-92.
29. Ministério da Saúde/Política Nacional de Humanização. *Relatório Final da Oficina HumanizaSUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
30. OPAS/Organização Panamericana de Saúde/Ripsa. *Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília: OPAS; 2002.
31. Maletta CHM. *Bioestatística e saúde pública*. Belo Horizonte: Editora Independente; 2000.
32. Vaughan JP, Morrow RH. *Epidemiologia para os municípios: manual para gerenciamento dos distritos sanitários*. São Paulo: Hucitec; 1992.
33. Rothman KJ. *Modern Epidemiology*. Boston/Toronto: Little, Brown and Company; 1986.
34. Maussner JS, Kramer S. *Introdução à epidemiologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 1990.
35. Almeida-Filho N, Rouquayrol MZ. *Introdução à epidemiologia moderna*. Belo Horizonte/Salvador: Copmed, APCE/Abrasco; 1992.
36. Pereira MG. *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
37. Gordis L. *Epidemiology*. Philadelphia: WB Saunders Company; 1996.
38. Moraes IHS. *Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec; 1994.
39. Donabedian A. *La calidad de la atención médica: definición y método de evaluación, enfoques básicos para la evaluación*. México: La Prensa Mexicana; 1984.
40. Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública de México* 1990; 32:113-117.
41. Donabedian A. *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford: Oxford University Press; 2003.
42. Baker JL. *Evaluating the impact of development projects on poverty: a handbook for practitioners*. Washington: The World Bank; 2000.
43. Vuori H. A qualidade de saúde. *Divulgação saúde para debate* 1991; 3:17-21.
44. Viacava F, Almeida C, Caetana R, Fausto M, Marcinko J, Martins M. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Rev C S Col* 2004; 9(3):711-24.
45. Ministério da Saúde/Derac. *Regulação no setor saúde – em direção aos seus fundamentos públicos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
46. Ministério da Saúde. *Qualisus: Política de qualificação da atenção à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
47. Santos IS. Avaliação da eficácia do aconselhamento nutricional dentro da estratégia do AIDIPI (OMS/UNICEF). *Rev Bras Epidemiologia* 2002; 5(1):15-29.
48. Barros FC. Avaliação do impacto de centros de lactação sobre padrões de amamentação, morbidade e situação nutricional: um estudo de coorte. *Rev Brasileira Epidemiologia* 2002; (1):5-13.
49. Reichenheim ME, Moraes CL. Buscando a qualidade das informações em pesquisas epidemiológicas. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. *Caminhos do Pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p.227-254.

Arquivo apresentado em 18/07/2005

Aprovado em 23/06/2006

Versão final apresentada em 12/07/2006