

APLICAÇÃO DA METODOLOGIA MCDA/C NA AVALIAÇÃO
DOS PROGRAMAS ASSISTENCIAIS DO SUS:
UM ESTUDO DE CASO NA SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO
REGIONAL DE TUBARÃO, SANTA CATARINA

*IMPLEMENTATION OF MCDA / C IN ASSESSMENT OF ASSISTANCE
PROGRAMS OF SUS: A CASE STUDY IN REGIONAL DEVELOPMENT
SECRETARY OF TUBARÃO, SANTA CATARINA*

GREICE MEDEIROS MARTINS WESSLER¹, CLARICE DE SOUZA DUARTE²,
ADEMAR DUTRA³, FERNANDO FILARDI⁴ E DIANE ROSSI MAXIMIANO REINA⁵

Recebido em: 09/05/2012

Aprovado em: 21/08/2012

RESUMO

O objetivo desta pesquisa é avaliar o desempenho dos programas assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito dos municípios pertencentes à Secretaria de Desenvolvimento Regional de Tubarão, Santa Catarina, por intermédio da Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão Construtivista (MCDA/C). Trata-se de uma pesquisa exploratória, realizada por meio de um estudo de caso, envolvendo a coleta de dados primários e secundários. Como resultados, podem-se destacar: (i) a identificação de 13 aspectos a serem levados em conta no processo de avaliação dos programas; (ii) a ilustração do perfil de desempenho de nove programas analisados em cada município; (iii) a constatação de que os programas Saúde do Homem, Saúde das Pessoas Portadoras Deficiência e Atenção Integral às Pessoas em Situações e Riscos de Violência obtiveram desempenhos pouco satisfatórios, necessitando, assim, de melhorias; (iv) a constatação de que os municípios de Capivari de Baixo e Jaguaruna se destacaram dos demais por possuírem, respectivamente, 40% e 20% dos programas assistenciais analisados com perfil de desempenho acima de 100 pontos, considerados, por isso, em nível de excelência; e (v) a geração de informações, a partir da aplicação do modelo, que possibilitaram aos coordenadores construir seu entendimento sobre os critérios a serem considerados no processo de avaliação dos programas, bem como identificar os critérios que se encontram com desempenhos baixos, permitindo, assim, a proposição de ações de melhoria do desempenho dos programas avaliados.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Avaliação de Desempenho; Metodologia Multicritério MCDA/C.

ABSTRACT

The objective of this research is to evaluate the performance of welfare programs Health System under the municipalities belonging to the Department of Regional Development Shark, State of Santa Catarina, through Multicriteria Methodology for Decision Support Constructivist (MCDA/C). This is an exploratory research, conducted through a case study involving the collection of primary and secondary data. The results can be highlighted: (i) the identification of 13 aspects to be taken into account in the evaluation of programs, (ii) the illustration of the performance profile of 9 programs analyzed in each municipality, (iii) the finding that men's health programs, health of people with disabilities and comprehensive care to persons in situations of violence and risks compromising performance achieved, with it needing improvement actions, (iv) the identification of the municipalities of Bass and Capivari Jaguaruna stood out the others by having respectively 40% and 20% of welfare programs analyzed performance profile above 100 points, considered level of excellence, and (v) the generation of information from the application of the model, which enabled the coordinators build their understanding of the criteria to be considered in the evaluation of programs and identification of criteria that meet compromising performance, thus allowing the proposition of actions to improve the performance of programs evaluated.

Keywords: National Health System; Performance Evaluation; Multicriteria Methodology MCDA/C.

¹ Mestranda do Programa de Mestrado em Administração da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Brasil. Docente do Curso de Enfermagem da UNISUL. E-mail: greice.martins@unisul.br.

² Mestranda do Programa de Mestrado em Administração da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Brasil. Docente do Curso de Enfermagem da UNISUL. E-mail: clarice.duarte@unisul.br.

³ Doutor em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil. Professor do Programa de Mestrado em Administração da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL). E-mail: ademar.unisul@gmail.com.

⁴ Doutor em Administração pela Universidade de São Paulo (USP), Brasil. Professor do Programa de Mestrado em Administração da Ibmec. E-mail: fernando.filardi@ibmecrj.br.

⁵ Mestre em Contabilidade pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Brasil. Professora do Curso de Graduação em Ciências Contábeis da Faculdade Borges de Mendonça. E-mail: dianereina@hotmail.com.

1 Introdução

Ao longo dos anos, a saúde pública no Brasil vem sendo aprimorada, tornando-se assunto de discussão entre membros da academia, do governo e de entidades sociais. A partir de tais discussões, o sistema de saúde brasileiro assume o papel de prestador universal de assistência à saúde da população e passa a denominar-se Sistema Único de Saúde (SUS), caracterizado por ser universal e equável a toda a população (BORTOLOZZI; GRECCO, 1996).

Segundo a Constituição Brasileira de 1988, em seu art. 196, referenciada por Santos e Miranda (2007, p. 15):

[...] a saúde é direito garantido de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Desse modo, a criação do SUS, resultante do movimento de reforma sanitária que reivindicava ao Estado que assumisse maiores compromissos com a saúde, constituiu um avanço para o setor da saúde no país e, por outro lado, mostrou a necessidade de atribuir ferramentas de avaliação ao sistema capazes de acompanhar seu processo de implementação (NASCIMENTO, 2008).

As práticas de avaliação de desempenho no setor da saúde podem contribuir na identificação de possíveis fragilidades a fim de realizar intervenções que possibilitem o alcance de melhores resultados (BORTOLOZZI; GRECCO, 1996). Nesse contexto, emerge a seguinte pergunta de pesquisa: *qual o desempenho dos programas assistenciais do SUS?*

Assim, esta pesquisa tem como objetivo geral avaliar o desempenho dos programas assistenciais do SUS no âmbito dos municípios pertencentes à Secretaria de Desenvolvimento Regional de Tubarão, no Estado de Santa Catari-

na. Na busca por resposta ao problema central da pesquisa, surgiram os seguintes objetivos específicos: (i) compreender os aspectos que caracterizam o desempenho dos programas assistenciais do SUS; (ii) ilustrar o perfil de desempenho dos programas assistenciais dos municípios pertencentes à Secretaria de Desenvolvimento Regional de Tubarão; e (iii) comparar o desempenho dos programas assistências desses municípios.

Como instrumento de intervenção, foi selecionada a metodologia MCDA/C, por ser uma metodologia que propõe gerar conhecimento aos envolvidos no processo. Esse conhecimento é contemplado no modelo de Avaliação de Desempenho e permite subsidiar o processo de tomada de decisão (ROY, 1990).

Esta pesquisa justifica-se pela ausência de instrumentos de avaliação voltados à avaliação de programas assistenciais. Embora tenham sido encontrados estudos que tratam sobre o processo de descentralização da saúde (BODSTEIN, 2002; VIANA, LIMA, OLIVEIRA, 2002; ASSIS et al., 2009), os programas de saúde (CONILL, 2008) e o pacto pela saúde (MACHADO et al., 2009; FADEL, 2009), observou-se a existência de somente dois estudos que tratam sobre a avaliação de desempenho do programa à saúde da família (FACCHINI et al., 2006; EGRY et al., 2009). Nesse sentido, esta pesquisa diferencia-se das demais por apresentar um processo para avaliação de desempenho que integra todos os atendimentos da área da saúde que necessitam de indicadores e metas a serem cumpridas pela Atenção Básica, centrando-se no Programa Saúde da Família (PSF) dos municípios pertencentes à Secretaria de Desenvolvimento Regional de Tubarão, no Estado de Santa Catarina.

A importância desta pesquisa reside nos seguintes aspectos: (i) contribuição à comunidade científica pela construção e aplicação de um modelo de Avaliação de Desempenho envolvendo a metodologia MCDA/C para

os programas assistenciais do SUS; (ii) fornecimento de resultados para subsidiar o processo de gestão e execução das políticas assistenciais de saúde; e (iii) aumento da transparência na condução dos programas assistenciais de saúde, contribuindo para a legitimidade dessas ações frente à população.

O presente estudo está organizado em cinco seções, nas quais se apresentam, respectivamente, uma breve introdução sobre o assunto, o referencial teórico que serviu de base à realização desta pesquisa, a metodologia utilizada, os resultados encontrados e as considerações finais.

2 Referencial teórico

Os eixos teóricos que sustentam este estudo são explorados, em termos da revisão de literatura, nas subseções a seguir.

2.1 Sistema Único de Saúde (SUS)

As discussões em relação ao processo de saúde e assistência social no Brasil iniciaram por volta de 1920, mas, somente em 1988, ganham visibilidade com ações efetivas (SILVA, 2005). No ano de 1988, após diversos debates acerca do sistema de saúde, “arranjos políticos culminaram na elaboração da Constituição Federal, onde consolida o marco legal do SUS como um sistema de direito universal, descentralizado e participativo, voltado para ações preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais” (FALEIROS et al., 2006, p. 35).

O Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitou um novo olhar para a coletividade, tendo como princípios doutrinários, conforme o Ministério da Saúde, universalidade, integralidade da assistência, equidade, descentralização política e administrativa e participação da comunidade (FIGUEIREDO; TONINI, 2007). Nesse contexto, o processo de implantação e fortalecimento da saúde pública no Brasil avançou, tornando o

sistema de saúde brasileiro referência no mundo, apesar de ainda existirem dificuldades em seu gerenciamento. Pode-se observar que sua estrutura evoluiu ao longo dos anos, agregando valores aos processos legitimados e integrados nas três esferas governamentais com o intuito de prover melhores condições de promoção, prevenção e reabilitação da saúde da população (BRASIL, 2006).

Visando o fortalecimento dos serviços de saúde, as entidades governamentais realizam a descentralização, que decorre de um processo de transferência da autoridade e do poder decisório de instâncias mais elevadas para instâncias de unidades espacialmente menores, delegando ao estado e ao município um papel maior na gestão de seus próprios serviços (SILVA, 2005). Em virtude do exposto, os novos módulos de gestão, descentralizados por intermédio das Secretarias Estaduais de Saúde e das Secretarias Municipais em Saúde, buscam novos mecanismos de aplicação do serviço e de organização para sua operacionalização (VIANA et al., 2002).

2.2 Avaliação de desempenho dos programas de saúde

O processo de avaliação de desempenho pode configurar-se em um “reflexo do que se sabe e se quer antecipadamente, e também do que ainda falta saber para garantir a sua eficácia, que só é certa quando é o resultado de uma colaboração entre todos os envolvidos (BOSI; MERCADO, 2006). Inserido no contexto organizacional, encontra-se também o processo de avaliação de desempenho dos Programas de Saúde. A implementação de ferramentas de avaliação de desempenho capazes de abranger todo o Sistema Único de Saúde (SUS) contribui para a melhoria das práticas de saúde e, conseqüentemente, para melhores condições de atendimento à população (EGRY et al., 2009).

No entanto, ao investigar a literatura, parece não haver um consenso

sobre o conceito de avaliação de desempenho. Por isso, cumpre apresentar a afiliação teórica desta pesquisa no que diz respeito ao conceito de avaliação de desempenho, aqui entendido como o processo de gestão utilizado para construir, fixar e disseminar conhecimentos por meio da identificação, organização, mensuração e integração dos aspectos do contexto julgados relevantes, medindo em que grau é alcançado o desempenho e gerando procedimentos para melhorá-lo (ENSSLIN; ENSSLIN, 2010).

Segundo Viacava et al. (2004), a avaliação de desempenho dos sistemas de saúde pode ser considerada um poderoso instrumento de monitoramento das políticas de reforma inseridas com o processo de descentralização. No entanto, essa avaliação é de difícil aplicabilidade nas práticas de saúde, pois medir o desempenho quanto à qualidade, eficiência e equidade, bem como montar sistemas de gerenciamento, requer mudanças de paradigmas do sistema e readequação das práticas vigentes.

Analisando o contexto da avaliação de desempenho em saúde, verifica-se que essa temática “foi objeto central do *World Health Report 2000* (WHO, 2000) que apesar de criticado, teve mérito de colocar essa questão no centro do debate sobre as reformas setoriais” (VIACAVA et al., 2004). Apesar da existência de várias propostas de avaliação de desempenho dos serviços de saúde, alguns países utilizam um formato básico de avaliação, centrado principalmente no aspecto humano, sem realizar a análise da performance financeira.

No Brasil, verifica-se que houve

mudanças no desempenho do sistema de saúde, principalmente com a implementação dos programas específicos de saúde. Nesse sentido, Viacava et al. (2004, p. 718) comentam que a avaliação de desempenho deve ser realizada com base em todo o cenário “político, social e econômico que traduz sua história e conformação atual, levando em consideração seus objetivos e prioridades”.

Analisando o contexto da saúde e a inserção dos programas nessa área, vê-se que a denominação “programas” deriva do processo de pactuação realizado na saúde, no qual as atividades vinculadas à Atenção Básica foram descentralizadas, facilitando seu controle, sua especialização e sua operacionalização (VIANA et al., 2002; VIACAVA et al., 2004).

Essas ações definidas pelo Ministério da Saúde, denominadas como programas, integram todos os atendimentos da área da saúde, a qual apresenta metas a serem cumpridas pela Atenção Básica, que estão vinculadas diretamente ao Programa Saúde da Família (PSF). Esse programa inclui ações voltadas à saúde da mulher, da criança, do homem e do idoso, bem como atividades vinculadas à epidemiologia, ao controle de HIV e hepatites, à segurança do trabalho, à assistência aos portadores de deficiência auditiva, entre outros (ROCHA; CESAR, 2008).

Para melhor elucidar a relação dos programas de saúde, no quadro a seguir estão expostos alguns programas e algumas políticas de saúde, juntamente com suas metas já estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

Programa	Metas e objetivos estabelecidos pelo pacto
<p>Saúde da Mulher – Programa de Controle de Câncer de Mama e Colo de Útero; Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna</p>	<p>Tem por objetivo a saúde da mulher, por meio de ações de assistência pré-natal, incentivo ao parto natural e redução do número de cesáreas desnecessárias, redução da mortalidade materna, enfrentamento da violência contra a mulher, planejamento familiar, assistência ao climatério, assistência às mulheres negras e à população LGBT. Metas para prevenir o câncer de mama: Cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo de útero. Incentivo à realização da cirurgia de alta frequência, técnica que utiliza um instrumental especial para a retirada de partes do colo uterino comprometidas (com lesões intraepiteliais de alto grau) com menor dano possível, podendo ser realizada em ambulatório, com pagamento diferenciado. Metas para o controle do câncer de mama: Ampliar para 60% a cobertura de mamografia, Realizar a punção em 100% dos casos necessários, Metas para a redução da mortalidade materna: Reduzir em 5% a razão de mortalidade materna; Garantir insumos e medicamentos para tratamento das síndromes hipertensivas no parto; Qualificar os pontos de distribuição de sangue para que atendam às necessidades das maternidades e outros locais de parto.</p>
<p>Saúde da Criança e do Adolescente</p>	<p>As ações de promoção da saúde, de prevenção de agravos e de assistência à criança pressupõem o compromisso de prover qualidade de vida para que a criança possa crescer e desenvolver todo o seu potencial. As linhas de cuidado prioritárias da Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno vêm ao encontro dos compromissos do Brasil com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, com o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, com o Pacto pela Saúde e com o Programa Mais Saúde. Metas para a redução da mortalidade infantil: Reduzir a mortalidade neonatal em 5%; Reduzir em 50% os óbitos por diarreia e em 20% os por pneumonia; Apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção às doenças prevalentes; Criar comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes</p>
<p>Saúde na Terceira Idade</p>	<p>O programa é baseado na promoção do envelhecimento ativo e saudável, na manutenção e reabilitação da capacidade funcional e no apoio ao desenvolvimento de cuidados informais. Metas para o programa: Aumentar a qualidade dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no que se refere à vida da pessoa idosa; Identificar situações de vulnerabilidade social; a realização de diagnóstico precoce de processos demenciais; a avaliação da capacidade funcional, entre outros.</p>
<p>Fortalecimento da Atenção Básica (PSF)</p>	<p>A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, e atuam na promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde dessas famílias. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes da saúde da família a necessidade de ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS. Visa consolidar e qualificar a estratégia da saúde da família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de Atenção à Saúde do SUS.</p>

Programa	Metas e objetivos estabelecidos pelo pacto
Saúde Mental	<p>O programa busca consolidar um modelo de Atenção à Saúde -mental aberto e de base comunitária, que garanta a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade e ofereça cuidados com base nos recursos que a comunidade dispõe. Esse modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral. O programa De Volta para Casa, que oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, também faz parte desse modelo.</p> <p>A Política Nacional de Saúde Mental propõe que as práticas de saúde mental na atenção básica/saúde da família sejam substitutivas ao modelo tradicional, isto é, não medicalizantes ou produtoras da psiquiatrização e psicologização do sujeito e de suas necessidades.</p>
Saúde Bucal	<p>O programa significou um marco na mudança do foco da atenção em saúde bucal, visando melhorar a organização do sistema de saúde como um todo e propondo um modelo que dê conta da universalidade, integralidade e equidade, princípios tão caros a quem lutou pela implantação do SUS no Brasil.</p> <p>As metas do programa são: Distribuir, anualmente, 1,9 milhão de <i>kits</i> de higiene oral; Implantar 550 centros de especialidades odontológicas e ampliar a capacidade assistencial em odontologia especializada em 2,8 milhões de procedimentos.</p>
Saúde das Pessoas Portadoras de Deficiências	<p>O programa é resultado de múltiplos movimentos e longa mobilização, nacional e internacional, de atores sociais e institucionais. Voltado para a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do SUS, caracteriza-se por reconhecer a necessidade de responder às complexas questões que envolvem a Atenção à Saúde das pessoas com deficiência no Brasil.</p> <p>Tem como metas garantir a acessibilidade a todos os indivíduos portadores de deficiência, com prioridade aos portadores de deficiência auditiva.</p>
Programa de Controle de Doenças Endêmicas: Controle de Doenças Emergentes e Endêmicas (Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária, Influenza, Hepatite e AIDS)	<p>Metas para o controle da dengue: Plano de contingência para atenção aos pacientes, elaborado e implantado nos municípios prioritários em 2006; Reduzir a menos de 1% a infestação predial por <i>Aedes aegypti</i> em 30% dos municípios prioritários até 2006; Meta para a eliminação da hanseníase: Atingir o índice de menos de um caso para cada 10.000 habitantes em todos os municípios prioritários.</p> <p>Metas para o controle da tuberculose: Atingir pelo menos 85% de cura de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano; Meta para o controle da malária: Reduzir em 15% a Incidência Parasitária Anual, na região da Amazônia Legal;</p> <p>Objetivo para o controle da influenza: Implantar plano de contingência, unidades sentinelas e sistema de informação (SIVEP –GRIPE) em 2006.</p>
Programa de Saúde do Homem	<p>Tem por objetivo a melhoria das condições do indivíduo, contribuindo de modo efetivo para a redução das doenças e da mortalidade, por meio do enfrentamento dos fatores de risco. Também é responsável por incentivar o acesso desse grupo aos serviços de saúde. O trabalho parte da definição de políticas e diretrizes em saúde voltadas para a população masculina na faixa etária dos 20 aos 59 anos, visando contribuir para a redução das causas de morbidade e mortalidade masculina.</p>

Quadro 1 - Descrição das políticas e dos programas de saúde com suas respectivas metas (indicadores), conforme Portaria 399 de 22 de fevereiro de 2006

Fonte: Elaborado pelos autores.

Nesse sentido, a construção do SUS apresenta-se como um permanente desafio e, para que seja sustentável, torna-se imprescindível a elaboração de ferramentas de avaliação que permitam identificar as lacunas existentes. A avaliação de desempenho é uma forma de monitoramento e compreensão de dados que trará contribuições significativas para a implementação de melhores práticas, representando, por isso, uma etapa fundamental para a consolidação do SUS (HENRIQUE; CALVO, 2008).

No caso específico do SUS, a avaliação de desempenho poderá ser aplicada em inúmeras situações, seja no âmbito da assistência, dos serviços oferecidos, da implementação de suas práticas, dos recursos profissionais e materiais ou mesmo dos indicadores de saúde atingidos.

2.3 Métodos de Avaliação de Desempenho

Com o intuito de produzir instrumentos formalizados e sistemáticos para a condução dos processos de gestão das organizações, inúmeros modelos de gestão foram criados ao longo dos anos, favorecendo o processo gerencial e de ava-

liação do desempenho das organizações. Embora não haja sistemas de avaliação de desempenho que possam ser aplicados de forma igual a todas as organizações, estes podem ser adaptados às características específicas de cada organização (REGINATO, 2010). As ferramentas de avaliação de desempenho podem, assim, “contemplar desde a análise direta dos interesses econômicos, até aqueles considerados intangíveis, como o conhecimento, valorizando também aspectos como a qualidade dos produtos/serviços e dos processos envolvidos na sua concepção” (RAFAELI; MULLER, 2007, p. 366).

Alguns autores estudados, como Reginato (2010), Correia e Hourneaux Junior (2005) e Rafaeli e Muller (2007), descrevem abordagens diferenciadas que compõem os métodos e as ferramentas de avaliação de desempenho. De modo geral, todas buscam contemplar as necessidades expressas pelas organizações no que se refere ao processo de avaliação.

Por haver na literatura vários modelos para a avaliação de desempenho organizacional, optou-se por elaborar um quadro (exposto a seguir) apresentando a descrição de alguns métodos utilizados a partir de 1890.

Ferramentas de avaliação de desempenho	Autor	Ano	Constituintes	Conceitos básicos
EVA (Economic Value Added)	Alfred Marshal	1890	MVA, EVA, FCD, VLP, Custo de Capital e Banco de Bônus.	Estrutura para um sistema completo de gerência financeira e remuneração variável que pode orientar cada decisão tomada pela organização, desde a gerência até os operários.
TOC (Theory of Constraints)	Eliyahu Goldratt	1984	Medidas de resultado, medidas operacionais globais, gargalos e melhoria contínua.	Modelo de avaliação de desempenho alicerçado nas medidas financeiras de resultado.
TQM (Total Quality Management)	Deming Juran e Feigenbaum	1950 e 1960	GPD, rotina, qualidade total e ferramentas.	Define qualidade total como sendo todas as dimensões que afetam a satisfação das necessidades pessoais e a sobrevivência da empresa.

Ferramentas de avaliação de desempenho	Autor	Ano	Constituintes	Conceitos básicos
BSC (Balanced Scorecard)	Kaplan e Norton	1997	Perspectivas, objetivo, indicador, meta e iniciativa, mapa estratégico, indicador de resultado e vetor de desempenho.	Sistemática estruturada sob quatro perspectivas: financeira, do cliente, interna e de aprendizado.
PNQ (Prêmio Nacional da Qualidade)	Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade	1991	Critérios de excelência, sistemas de pontuação e premiação e perspectivas.	Incorporação de mais perspectivas, força da pontuação e premiação.
Melhoria da performance	Sink e Tuttle	1993	Sete dimensões de desempenho e estrutura de relacionamento.	Definição clara de alguns conceitos, relacionamento entre dimensões competitivas e incorporação de perspectivas superiores à financeira.
QUANTUM: Modelo de Avaliação de Desempenho	Hornec	1994	Três famílias de medidas.	Associa todos os processos à estratégia da organização, dando, ao mesmo tempo, às pessoas que executam os processos as ferramentas para a melhoria.
MCDA/C Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão Construtivista	Roy, Bana e Costa e Keeney	1990	Identificação, estruturação, avaliação e recomendações.	Constitui uma ferramenta com base nas convicções e nos valores dos envolvidos no processo, estruturando o contexto decisional com vistas a desenvolver um modelo que possibilite a análise global do processo.
Benchmarking	Consultores Robert Camp	1979	Comparação de produtos, serviços e práticas.	Criação de novos padrões e melhora dos processos que ocorrem no ambiente interno.
ROI - Return on Investment	Empresas Du Pont e General Motors	1920	Indicadores financeiros de lucro.	Refletem o lucro dos proprietários tendo em vista seus investimentos, depois de descontados custos e despesas.

Quadro 2 - Indicadores/ferramentas de avaliação de desempenho, segundo os autores consultados
 Fonte: Adaptado de Neto (2005), King (2001), Martins (2003), Voss et al. (2007), Tenhave (2003), Kaplan e Norton (1997), Cardoso e Fama (2001), Ensslin, Ensslin e Bortuluzzi (2010), Costa e Silva (2008) e Corrêa e Junior (2008).

O quadro acima, elaborado com base na revisão literária realizada, integra as principais ferramentas utilizadas no processo de avaliação de desempenho, possibilitando a identificação de indicadores que contribuíram para a melhoria de todo o sistema. Torna-se importante ressaltar que o modelo desenvolvido na presente pesquisa adota a metodologia Multicritério de Apoio à Decisão Construtivista (MCDA/C),

constante no quadro acima.

Enquanto algumas ferramentas que se propõem a avaliar o desempenho organizacional são amplamente discutidas no meio científico, outras são atualmente utilizadas no meio empresarial de forma cada vez mais frequente, sendo que muitas, embora apresentem focos diferenciados de avaliação, podem ser consideradas complementares (GALLON, 2009). Nesse contexto, a

fim de melhor entender as ferramentas de avaliação elencadas no quadro acima, apresenta-se a seguir uma breve descrição de cada uma delas.

O modelo *Economic Value Added* (EVA) consiste em uma ferramenta de gestão financeira que possibilita a mensuração de retorno financeiro aos proprietários de uma empresa, medindo a diferença entre o capital e o custo desse capital (GALLON, 2009).

A *Theory of Constraints* (TOC) é um modelo que inicia sua abordagem por métodos físicos, focalizando em restrições materiais que, ao migrarem do campo das operações para o campo do gerenciamento, passam a exigir restrições intangíveis - os processos ou padrões de pensamento (*thinking processes* - TP). Esse modelo foi referenciado por Goldratt, que tentou explicar as relações entre os fenômenos observados em organizações (SELLITTO, 2005).

O TQM - Total Quality Management, de acordo com Badiru & Ayeini (1994), possui um papel integrador de todos os aspectos da qualidade que envolvam pessoas, equipamentos, recursos computacionais e estrutura organizacional, ou seja, classificam o TQM como um conceito para se atingir abordagens sistêmicas para a gestão da qualidade. Outro papel fundamental atribuído ao TQM envolve o seu relacionamento com a busca constante da satisfação do cliente, por meio da utilização integrada de ferramentas e técnicas que envolvam a melhoria contínua dos processos organizacionais (SASHKIN; KISER, 1994).

A metodologia *Balanced Scorecard* (BSC) é definida, segundo Kaplan e Norton (1997, p. 24), seus criadores, como “uma ferramenta completa que traduz a visão e a estratégia da empresa num conjunto coerente de medidas de desempenho”.

O PNQ foi criado por um grupo de estudos que se reuniu em 1989, formado por acadêmicos, especialistas em gestão da qualidade de indústrias de

serviços e manufatureiras, de consultorias, e de associações. Também contou com o apoio de empresas dos setores público e privado, que acreditaram que essa premiação propiciaria um forte apoio e estímulo à busca da excelência em qualidade no Brasil (PNQ, 1996). O PNQ está baseado em sete critérios que permitem avaliar o desempenho organizacional, a saber: (i) liderança; (ii) planejamento estratégico; (iii) foco no cliente e no mercado; (iv) informação e análise; (v) desenvolvimento e gestão de pessoas; (vi) gestão de processos; e, (vii) resultados do negócio.

O modelo da Melhoria da *Performance*, criado por Sink e Tuttle (1993), é fundamentado na medição de desempenho para o gerenciamento da *performance* organizacional a partir de sete critérios: eficiência, eficácia, qualidade dos produtos e serviços, produtividade, qualidade de vida e de trabalho, inovação e lucratividade (GALLON, 2009).

O modelo *Quantum* tem como base a estratégia que deriva da liderança, dos interessados e das melhores práticas. Esse modelo recebe o apoio dos facilitadores e resulta na definição de metas para alcançar o desempenho *quantum* (ANDRADE, 2009, p. 40).

A metodologia Multicritério de Apoio à Decisão Construtivista (MCDA/C) consiste em uma forma de auxiliar na tomada de decisões, considerando as percepções e os valores dos envolvidos no processo (ENSSLIN, 2002), sob uma perspectiva epistemológica acerca da tomada de decisões (ENSSLIN; MONTIBELLER; NORONHA, 2001). Segundo Petry (2005), o conhecimento subjetivista limita-se a considerar somente o envolvido, de modo que os resultados alcançados são inerentes ao sujeito. O conhecimento construtivista considera a visão do sujeito e do objeto. Dessa forma, busca-se construir conhecimento sobre o contexto ou a situação decisional a partir da interação entre o sujeito e o objeto.

O modelo denominado *Ben-*

chmarking (medida de desempenho gerencial baseada nas melhores práticas) é considerado eficaz e eficiente no acompanhamento, no controle e na avaliação gerencial, podendo ser associado a outros modelos de avaliação de desempenho (GALLON, 2009).

Por último, tem-se o modelo *Return on Investment* (ROI), que teve início com a Contabilidade, que apresentava avaliações de custos. Os indicadores financeiros, como esse, buscam avaliar os aspectos tangíveis que são encontrados nos relatórios contábeis e em outros indicadores financeiros (BORTOLLUZZI, 2009).

Verifica-se, com essas descrições, que há uma variedade de ferramentas e modelos utilizados para avaliação de desempenho organizacional, mas, conforme explicita Gallon (2009, p. 74), encontram-se “poucas pesquisas empíricas no que refere a sua utilidade e eficácia”. Nesse sentido, salienta-se a relevância do presente estudo.

A fim de atingir o objetivo desta pesquisa, selecionou-se como instrumento de intervenção para a identificação, análise e agregação do desempenho dos programas assistências a metodologia Multicritério de Apoio à Decisão Construtivista (MCDA/C). Optou-se por utilizar essa metodologia devido à sua capacidade de auxiliar na identificação, estruturação e análise das dimensões e do conjunto de indicadores de resultado que fundamentam a *performance* de cada programa assistencial, segundo a percepção dos gestores da área de saúde dos municípios pesquisados. Essa metodologia proporciona

ainda condições de mensurar tais indicadores, possibilitando a análise local (por indicador) e global do desempenho relativo ao programa avaliado.

Sellitto, Borchardt e Pereira (2006, p. 342) destacam que o modelo multicritério pode ser hierárquico ao usar variáveis de estado intermediárias para representar a realidade complexa de uma estratégia de operação, já que “uma hierarquia é uma abstração de estrutura de uma complexidade cujo objetivo é explicar as interações intermediárias e as intensidades de seus impactos na função global”.

A metodologia MCDA/C, de filiação europeia, emergiu a partir da obra de Roy (1985, p. 42), caracterizando-se por “construir modelos que façam intervir de forma explícita múltiplos critérios de avaliação”. Essa metodologia utiliza informações ou dados, obtidos através dos envolvidos com a organização, que poderão ser mensurados e servirão de base para tomada de decisão. Dessa forma, o modelo propõe a atribuição de grau de interesse a tipos de problemas, ordenando várias opções de preferência para soluções ou otimizações. Assim, a metodologia explicita múltiplos critérios, os quais possibilitam obter uma recomendação adequada à situação de decisão, considerando valores para cada parâmetro analisado.

Ao analisar a base conceitual da metodologia no que diz respeito à sua aplicabilidade, verificam-se poucos estudos nessa área. Visando contribuir com o resgate da bibliografia relacionada à MCDA/C, no quadro abaixo apresentam-se os principais autores e seus respectivos conceitos metodológicos.

Autores	Ano de publicação	Conceitos sobre a metodologia MCDA/C
Dutra e Ensslin	2005	Visa organizar a complexidade manifestada pelo número de variáveis qualitativas e quantitativas, assim como o elevado número de aspectos conflitantes e as discrepâncias entre os atores envolvidos a respeito dos fatores que devem ser levados em conta no processo de avaliação de desempenho do contexto organizacional.
Sellitto, Borchardt e Pereira	2006	Possibilita obter um desempenho global para o grupo de medições, segundo as premissas de agregação.
Bana, Costa e Silva	2008	Permite refletir, essencialmente, a expectativa e os juízos de valor dos agentes de decisão no contexto específico.

Autores	Ano de publicação	Conceitos sobre a metodologia MCDA/C
Bortoluzzi	2009	Possibilita identificar as preocupações do decisor e suas percepções em relação ao desempenho econômico-financeiro, bem como imprimir esse contexto em mapas de relações entre meios e fins.
Freitas, Rodrigues e Costa	2009	Possibilita analisar resultados no tratamento de problemas que envolvem múltiplos critérios, em que a subjetividade e as imprecisões nos julgamentos geralmente estão presentes.
Bortoluzzi, Ensslin e Ensslin	2010	Auxilia no processo decisional, com vistas a desenvolver modelos nos quais os decisores possam basear suas decisões, a partir do que eles acreditam ser o mais adequado.

Quadro 3 - Referências bibliográficas e conceitos sobre a metodologia MCDA/C

Fonte: Elaborado pelos autores (2012).

Feita a identificação dos principais métodos de avaliação de desempenho presentes na literatura e a caracterização da metodologia MCDA/C como instrumento de intervenção desta pesquisa, apresentam-se, na próxima seção, os estudos similares relacionados à avaliação de programas assistenciais do SUS.

2.4 Estudos similares

Bodstein (2002) enfatiza que, apesar do intenso debate sobre a área da saúde, são poucas as pesquisas de caráter avaliativo que tencionam qualificar as inúmeras mudanças em curso ao longo dos anos nessa área, principalmente no que se refere ao desempenho dos programas assistenciais do SUS. No quadro a seguir, apresentam-se alguns dos estudos que tratam sobre os programas assistenciais e a avaliação de programas do SUS.

Autor	Título da obra	Temática
Bodstein (2002)	Atenção básica na agenda da saúde	Descentralização em saúde.
Viana, Lima e Oliveira (2002)	Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro.	O processo de descentralização em saúde, identificando os períodos e problemas surgidos no processo de descentralização e na reconfiguração do pacto a partir de 1980.
Facchini et al. (2006)	Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde.	Avaliação de desempenho do Programa de Saúde da Família.
Conill (2008)	Ensaio histórico conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil.	A evolução histórica da saúde, adentrando na questão dos programas em saúde.
Machado et al. (2009)	Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação.	O processo de implantação do Pacto pela Saúde, que culminou na vinculação dos programas assistenciais do SUS.
Assis et al. (2009)	Regionalização e novos rumos para o SUS: a experiência de um colégio regional.	Análise histórica do processo de descentralização das ações do SUS.
Fadel (2009)	Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e dos serviços em saúde no Brasil.	A operacionalização do SUS e o processo de pactuação em saúde.
Egry et al. (2009)	Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicável na Estratégia de Saúde da Família.	Instrumentos utilizados para a avaliação de desempenho do programa Saúde da Família.

Quadro 4 - Os estudos similares identificados na literatura sobre avaliação dos programas assistenciais em saúde

Fonte: Elaborado pelos autores (2012).

A partir das análises anteriormente mencionadas, constata-se a existência de estudos que tratam do processo de descentralização da saúde (BODSTEIN, 2002; VIANA, LIMA, OLIVEIRA, 2002; ASSIS et al., 2009), dos programas de saúde (CONILL, 2008) e do pacto pela saúde (MACHADO et al., 2009; FADEL, 2009). Além desses estudos, destacam-se as pesquisas de Facchini et al. (2006) e Egry et al. (2009) por tratarem sobre a avaliação de desempenho do Programa Saúde da Família, foco deste estudo.

A pesquisa realizada por Facchini et al. em 2006, analisou o desempenho do Programa Saúde da Família em 41 municípios dos Estados de Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. As práticas de gestão mais referidas na região Sul foram: reuniões com a coordenação de distrito, ou com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), e com o Conselho Municipal de Saúde; produção de relatórios de gestão e do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); e acompanhamento dos recursos programados por grupo de procedimentos. Já na região Nordeste, foram referidas as seguintes práticas: oficinas de trabalho, cursos de capacitação, atividades de educação permanentes e reuniões com o Conselho Municipal de Saúde, com as coordenações de outros municípios e com as coordenações de distrito. A disponibilidade de relatórios periódicos para a tomada de decisão foi pequena no Sul, alcançando 56% dos municípios. No Nordeste, 75% dos municípios referiram dispor de relatórios periódicos, predominantemente mensais ou trimestrais. Na região Sul,

o PSF necessita de uma forte expansão para alcançar uma cobertura populacional de 60%, conforme estabelecido pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), e, na região Nordeste, precisa apenas consolidar o aumento crescente da cobertura. Os achados sugerem um desempenho da Atenção Básica à Saúde (ABS) ainda distante das prescrições do SUS. Constatou-se que aproximadamente 40% da população envolvida utilizou a UBS de sua área de abrangência, ou seja, a maioria buscou atendimento em unidades de saúde situadas em outras localidades.

Já a pesquisa realizada por Egry et al. em 2009, buscou identificar os instrumentos utilizados para o reconhecimento das necessidades de saúde da população dos distritos de Butantã e de Capão Redondo (SP) no âmbito da estratégia de Saúde da Família. Como resultados, constatou-se a inexistência de instrumentos específicos que possibilitassem o reconhecimento das necessidades de saúde da população.

Desse modo, esta pesquisa diferencia-se das demais por apresentar um processo para avaliação de desempenho que integra todos os atendimentos da área da saúde que têm metas a serem cumpridas pela Atenção Básica, todas vinculadas diretamente ao PSF dos municípios pertencentes à Secretaria de Desenvolvimento Regional de Tubarão, no Estado de Santa Catarina. Outro diferencial desta pesquisa está relacionado ao instrumento utilizado para a avaliação de desempenho dos programas, tendo em vista que as pesquisas anteriormente mencionadas não utilizam a metodologia MCDA/C.

3 Metodologia da pesquisa

Nesta seção, são descritos o enquadramento metodológico da pesquisa e os procedimentos para construção do modelo.

3.1 Enquadramento metodológico

Para melhor compreensão dos procedimentos metodológicos utilizados, a Figura 1 apresenta, de forma esquemática, o *design* desta pesquisa.

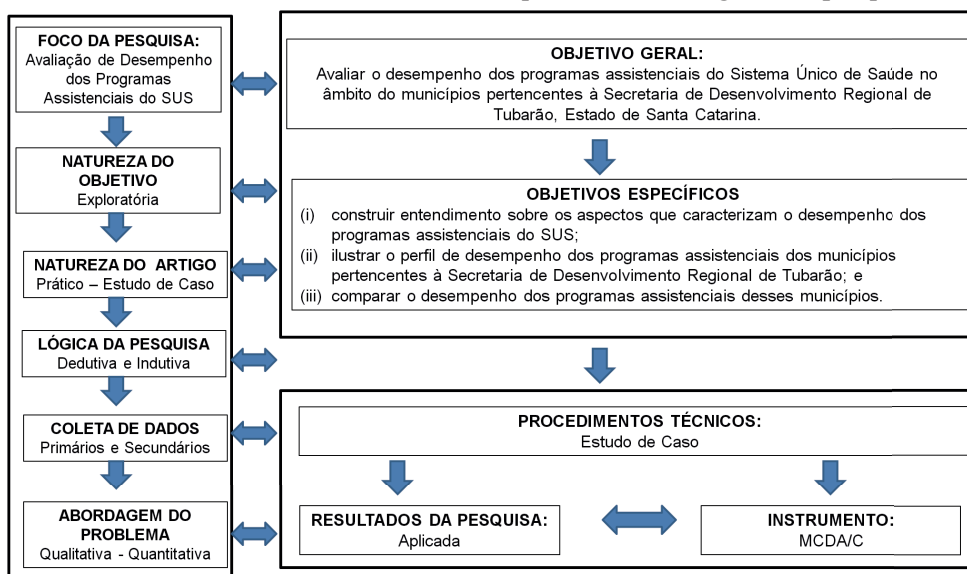


Figura 1 - *Design* da pesquisa
Fonte: Elaborado pelos autores (2012).

Conforme evidenciado na Figura 1, este estudo é de caráter exploratório, tendo sido realizado por meio de um estudo de caso (YIN, 2005), uma vez que busca aprofundar o conhecimento sobre os aspectos que caracterizam o desempenho dos programas assistenciais do SUS pertencentes à Secretaria de Desenvolvimento Regional de Tubarão, com abordagem qualitativa e quantitativa dos dados (RICHARDSON, 2008).

3.2 Procedimentos para construção do modelo

Para atender ao propósito desta pesquisa, que é avaliar o desempenho dos programas de saúde assistenciais do SUS no âmbito dos municípios pertencentes à Secretaria de Desenvolvimento Regional de Tubarão, o instrumento de intervenção utilizado foi a metodologia Multicritério de Apoio à Decisão Construtivista (MCDA/C).

Para a coleta de dados, foram utilizados instrumentos de pesquisa de natureza primária (entrevista) e secundária (análise de documentos). Os dados primários foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas feitas com os gestores dos programas assistenciais do SUS dos municípios que compõem a Secretaria de Desenvolvimento Regional (SDR) de Tubarão (Tubarão, Gravatá, Capivari de Baixo, Pedras Grandes, Sangão, Treze de Maio e Jaguaruna). Os dados secundários foram obtidos através da Portaria 325 do Ministério da Saúde, de 21 de fevereiro de 2008, que estabelece as prioridades e ações de cada município frente aos programas assistenciais do SUS.

Os nove programas assistenciais que constituem o objeto de estudo desta pesquisa são: i) Atenção à Saúde do idoso; ii) Programa de controle do câncer de mama e colo de útero; iii) Programa de redução da mortalidade infantil e mater-

na; iv) Controle de doenças emergentes e endêmicas (dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e AIDS); v) Programa de Atenção Básica (Estratégia de saúde da família – ESF); vi) Programa de saúde mental; vii) Programa de saúde do homem; viii) Programa de atenção integral às pessoas em situações e riscos de violência; e ix) Sistema de saúde às pessoas com deficiência, descritos na Portaria 325 do Ministério da Saúde, de 21 de fevereiro de 2008.

A metodologia MCDA/C difere das demais ferramentas de avaliação de desempenho, pois leva em consideração as percepções do decisor, suas convicções e seus valores em relação a um determinado contexto decisório. Essa metodologia propõe-se a gerar conhecimento aos envolvidos no processo, conhecimento esse que se refletirá em um modelo de avaliação de desempenho, e as decisões tomadas a partir desse modelo serão baseadas nas percepções e juízos de valor dos decisores (ROY, 1990).

A construção do modelo de avaliação de desempenho, segundo a metodologia MCDA/C, é dividida em três fases: (i) estruturação; (ii) avaliação; e (iii) recomendações, conforme apresentado na Figura 2.

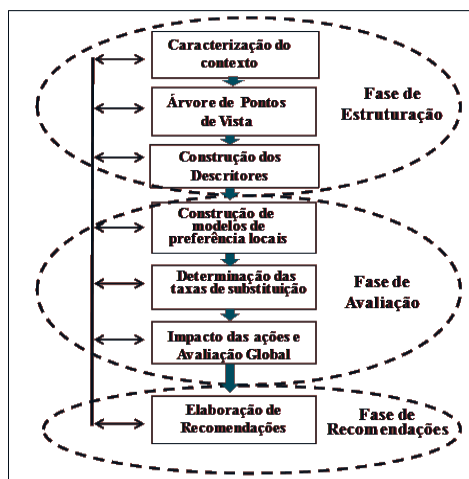


Figura 2 - Fases da metodologia MCDA/C
Fonte: Adaptado de Dutra, Ensslin, Ensslin (2000)

A fase de estruturação tem por objetivo identificar, organizar e mensurar ordinalmente as preocupações que o decisor considera necessárias e suficientes para a avaliação do contexto. Já a fase de avaliação tem por objetivo melhorar o entendimento do decisor por meio da construção de escalas cardinais e de taxas de substituição que representem suas preferências locais e globais (ENSSLIN, MONTIBELLER, NORONHA, 2001; ENSSLIN et al., 2010). Para atender ao primeiro e ao segundo objetivos desta pesquisa, elaborou-se a fase de estruturação e avaliação da metodologia MCDA/C. Já o terceiro objetivo específico, que busca comparar o desempenho dos programas assistenciais entre os municípios, pode ser efetuado a partir do perfil de desempenho identificado para cada programa assistencial do SUS. A fase de recomendações, por sua vez, envolve a identificação de ações de melhoria para otimizar o desempenho do modelo de avaliação, com foco nos descritores, a partir do perfil de impacto - *status quo* - obtido com a aplicação do modelo. Envolve a identificação de ações pontuais, preferencialmente para os critérios cujo desempenho caracterize-se como comprometedor (ENSSLIN; CAMPOS, 2006).

4 Apresentação dos resultados

Nesta seção, evidenciam-se os resultados do estudo acerca dos programas assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS) nos municípios pertencentes à Secretaria de Desenvolvimento Regional (SDR) de Tubarão, Santa Catarina, gerados a partir da aplicação da Metodologia MCDA/C. Inicialmente, apresentam-se as etapas de estruturação e avaliação do modelo de avaliação de desempenho e, por fim, o comparativo entre o desempenho dos programas de cada município.

4.1 Fase de estruturação

Esta fase inicia-se com a contextualização do problema, nos termos da Metodologia MCDA/C. O SUS, preocupado com a garantia do acesso aos serviços de saúde pela população, inicia o processo de descentralização e municipalização de acordo com as Normas Operacionais Básicas (NOBS) e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), culminando nas Regiões de Saúde, as quais possuem gerência sobre os municípios vizinhos com características organizativas semelhantes (ASSIS et al., 2009).

No Estado de Santa Catarina, as SDRs foram criadas a partir de uma reforma administrativa nos serviços públicos estaduais, ocorrida por volta do ano de 2003, por meio de um processo de descentralização da estrutura do governo e das ações governamentais (DUTRA, 2008). Esse processo deu origem às 36 SDRs existentes em Santa Catarina, dentre as quais está a SDR de Tubarão - objeto de estudo desta pesquisa, por meio da Gerência de Saúde, que apoia e presta orientações técnicas às Secretarias Municipais de Saúde.

Nesse contexto, os coordenadores dos programas de saúde de cada município, vinculados tecnicamente à Gerência de Saúde de cada SDR, possuem a responsabilidade de gerenciar e avaliar a condução dos programas assistenciais do SUS a fim de identificar alternativas que possibilitem a melhoria no desempenho desses programas. Devido à multiplicidade de fatores e ao conflito de interesses envolvidos na avaliação dos programas de saúde, surge a necessidade de um instrumento que possibilite tal avaliação.

Diante disso, fez-se a identificação dos atores envolvidos no contexto decisório, incluindo aqueles com poder de interferência no processo e aqueles com interesse nas decisões a serem tomadas. Eles foram definidos como: i) Decisor - os coordenadores do Programa em cada município; (ii) Intervenien-

tes - o comitê Gerente de Saúde da SDR e o Secretário de Saúde Municipal; (iii) Agidos - equipes de saúde dos municípios e da SDR e a população atendida pelos programas; e (iv) Facilitadores - os autores da presente pesquisa.

Posteriormente, por meio de um processo interativo entre os facilitadores e o decisor, elaborou-se um rótulo que representasse, da melhor forma possível, uma síntese das preocupações do decisor em relação ao problema, ou seja, o desempenho dos programas assistenciais. Para este estudo, foi proposto o seguinte rótulo: **Avaliação de Desempenho dos Programas Assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS)**.

Uma vez definido o rótulo do problema, passou-se ao levantamento dos dados relativos ao sistema de valores, através de entrevistas com os coordenadores dos programas. Nas entrevistas, foi solicitado aos respondentes que discorressem sobre o problema. Por intermédio de suas declarações e do relatório de indicadores de monitoramento e de avaliação do pacto pela saúde (Portaria MP - Ministério da Saúde 325, de 21 de fevereiro de 2008), identificaram-se os Elementos Primários de Avaliação (EPAs), que são as primeiras preocupações externalizadas pelos coordenadores em relação à situação decisória em que se encontram (KENNEY, 1992). Nesse processo, identificaram-se 47 EPAs. Após essa identificação, a metodologia MCDA/C recomenda expandir o entendimento do decisor por meio da construção de conceitos orientados à ação. Para tanto, foi solicitado aos coordenadores que comentassem sobre cada EPA. No Quadro 5, são apresentados os conceitos orientados à ação para os três primeiros EPAs, sendo que cada conceito possui o polo presente e o polo oposto. O polo presente representa o objetivo do decisor em termos de desempenho, enquanto o polo oposto (oposto psicológico) representa o desempenho mínimo aceitável. Assim, as reticências devem ser lidas como “é preferível a” ou “ao invés de”.

EPA	Conceito
1-Abrangência	1- Cobrir toda população do município pelo programa...cobrir menos de 20% da população do município com as ações do programa.
2-Localização	2 - Disponibilizar unidades de atendimento em pontos centrais do município...atender a população sem considerar as questões relacionadas à qualidade de atendimento.
3-Atendimento	3 - Atender a população de forma rápida, ágil e cordial ... atender a população sem considerar as questões relacionadas à qualidade de atendimento.

Quadro 5 - Exemplos de EPAs e seus respectivos conceitos

Fonte: Dados da pesquisa.

Os EPAs são agrupados por áreas de preocupação e hierarquizados de acordo com suas relações de causa e efeito em mapas de relação meios-fins (EDEN, 1988). A partir dos conceitos orientados à ação e do seu agrupamento em áreas de preocupação, a metodologia MCDA/C, através da elaboração dos mapas de relações meios-fins, procura expandir o entendimento sobre o contexto pela identificação das relações de hierarquia e de influência entre os conceitos. Por meio dos mapas cognitivos, é possível estabelecer um conjunto de pontos de vista que representem de forma operacional os objetivos do decisor (LACERDA; ENSSLIN; ENSSLIN, 2011).

Por intermédio do mapa de relações meio-fins e da sua organização em áreas de preocupação, foi possível transcrever o conhecimento gerado pelos coordenadores dos programas para uma estrutura hierárquica de valor, que representa os aspectos responsáveis pelo desempenho dos programas assistenciais do SUS.

Uma vez identificados esses aspectos, chega-se à última etapa da fase de estruturação, que diz respeito à construção dos descritores. Segundo Dutra (1998, p. 154), “um descritor pode ser definido como um conjunto de níveis, associado a um Ponto de Vista (PV), o qual descreverá os possíveis impactos das ações potenciais”. Para cada descritor, são definidos níveis de impacto os quais são agrupados em níveis de referência “bom” e “neutro”, em que os níveis acima do “bom” são considerados *benchmarking*; abaixo do “neutro” são considerados comprometedores; e os intermediários (entre o nível “bom”

e “neutro”) são considerados níveis de mercado (ENSSLIN, MONTIBELLER, NORONHA, 2001; ENSSLIN, DUTRA, LYRIO, 2006). Cumpre esclarecer que, na metodologia MCDA/C, o processo de construção das escalas é realizado em dois momentos: i) quando o descritor (escala ordinal) é construído com base nas informações geradas no mapa cognitivo, no qual os dados que se deseja mensurar são obtidos a partir da percepção do decisor sobre os possíveis níveis de desempenho (escalas classificatórias ou nominais); ii) quando, com as informações contidas nas escalas ordinais, o decisor adiciona suas informações preferenciais “diferença de atratividade entre os níveis”, transformando essa escala em escalas de intervalo “cardinais” (na fase de avaliação).

A partir da construção dos descritores, foram identificados os 13 critérios a serem considerados na avaliação de desempenho dos programas assistenciais do SUS.

Cabe esclarecer que os indicadores listados na segunda coluna do quadro acima (Pontos de Vistas Elementares) foram utilizados para a avaliação do desempenho de todos os programas assistências, possibilitando, assim, a comparação dos desempenhos entre os diversos programas.

4.2 Fase de avaliação

A metodologia MCDA/C reconhece as diferenças entre as escalas ordinais e cardinais. Portanto, na fase de avaliação, os dados até então apresentados e organizados de forma qualitativa são

PVF - Pontos de Vistas Fundamentais	PVE – Pontos de Vistas Elementares (Indicadores de avaliação)	Objetivo da Avaliação
Abrangência	1. Cobertura	Medir a abrangência (cobertura) do programa no âmbito do município em relação à demanda da população.
	2. Encaminhamento	Medir se o município encaminha pacientes para outros municípios (centros de referência).
	3. Transporte	Medir se o município oferece transporte para os pacientes.
Estrutura intelectual	4. Pessoal	Medir o perfil e a quantidade de profissionais alocados em cada programa.
	5. Coordenador	Medir o tempo que o coordenador aloca para o programa.
	6. Experiência do coordenador	Medir a experiência do coordenador na área afeta ao programa.
	7. Qualificação profissional	Medir a qualificação disponibilizada pelo município aos profissionais que atuam nos programas.
Estrutura física	8. Pontos de atendimentos	Medir a quantidade de pontos de atendimentos em relação à população do município.
Sistema de informação	9. Formas de registro	Medir a forma de registro dos atendimentos e das informações de cada programa.
	10. Utilização das informações	Medir se as informações geradas pelo programa são utilizadas para fins de planejamento estratégico da área de saúde.
Interfaces do programa	11. Vínculo do programa com a Secretaria Regional de Saúde	Medir a interface do programa com a Secretaria Regional de Saúde.
Recursos financeiros	12. Alocação de recursos	Medir a quantidade de recursos financeiros alocados para cada programa.
Resultados	13. Desempenho esperado	Medir o desempenho do programa frente às metas definidas pelo Ministério da Saúde.

Quadro 6 - Indicadores de avaliação dos programas assistências

Fonte: Dados da pesquisa.

transformados em dados quantitativos, possibilitando a mensuração do desempenho dos programas assistenciais de cada um dos critérios julgados relevantes pelo decisor. Para tanto, a primeira etapa a ser desenvolvida é a construção das funções de valor (escalas cardinais).

O processo de transformação das escalas ordinais em cardinais pode ser feito manualmente (através do método pontuação direta, bissecção, entre outros) ou utilizando-se de *softwares* desenvolvidos para esse propósito. Nesta pesquisa, é utilizado o *software* MACBETH para transformação das escalas ordinais em cardinais. A partir dos julgamentos semânticos proferidos pelos coordenadores do programa, esse *software* atribui

notas a cada nível do descritor, considerando os níveis âncoras, e calcula as funções de valor dos critérios do modelo. Cumpre ressaltar que aos níveis “bom” e “neutro” é atribuída, respectivamente, a pontuação 100 e 0. A Figura 3 apresenta a transformação do descritor “cobertura”, integrante do Ponto de Vista Fundamental (PVF) “abrangência”, da escala ordinal para a escala cardinal.

Através da matriz MACBETH, apresentada na Figura 3, pode-se observar a perda de atratividade percebida pelos coordenadores do programa quando

$$V(a) = \sum_{j=1}^n k_j * v_j [g_j(a)]$$

Figura 3 – Transformação do descritor “cobertura” do PVF “abrangência” em Função de Valor por meio do *software* MACBETH
Fonte: Dados da pesquisa.

cada um dos 13 descritores. Ao concluir a etapa de construção das funções de valor, a metodologia MCDA/C proporciona ao decisor um entendimento que lhe possibilita mensurar cardinalmente cada aspecto operacional considerado relevante.

A etapa seguinte, no processo de construção do entendimento, agrega as avaliações locais dos critérios em uma avaliação global, possibilitando aos coordenadores avaliar o desempenho de cada um dos programas assistenciais do SUS. Tal etapa consiste na identificação das taxas de substituição, que representam a importância de cada critério no modelo. O método utilizado foi o de comparação par a par do *software* MACBETH. Inicia-se com a criação de ações potenciais que representem a contribuição da passagem do nível “neutro” para o nível “bom”, em cada um dos critérios aos quais se deseja determinar as taxas, e com a criação de ações de referência para o desempenho “neutro” em todos os pontos de vista

Após a criação das ações de referência, as alternativas devem ser ordenadas. Nesta pesquisa, a ordenação foi efetuada utilizando a Matriz de Roberts, em que o decisor fornece informações sobre as alternativas potenciais construídas segundo o seu juízo preferencial. As alternativas ordenadas foram inseridas no *software* MACBETH, que, valendo-se da lógica apresentada na Figura 3, fornece as taxas de substituição, sendo este processo realizado para todos os níveis hierárquicos da Árvore

ocorre a passagem de um nível para outro. Dessa forma, é obtida a Função de Valor e, conseqüentemente, a escala cardinal para o descritor. Esse processo foi elaborado para

de Valores. As taxas devem ser obtidas partindo dos níveis hierárquicos inferiores até chegar aos superiores (ENSSLIN; MONTIBELLER; NORONHA, 2001).

Por meio das taxas de substituição, foi possível constatar que os coordenadores conferem, para os PVF, os seguintes graus: 6% para “abrangência”; 6% para “estrutura intelectual”; 10% para “pontos de atendimentos”; 13% para “sistema de informação”; 18% para “vínculo do programa com a Regional de Saúde”; 22% para “alocação de recursos”; e 25% para “desempenho esperado”.

Uma vez obtidas as taxas de substituição, o modelo de avaliação está concluído. No entanto, para conhecer o desempenho total dos programas assistenciais do SUS, é necessário proceder à avaliação global do modelo. Para tanto, é preciso efetuar a agregação das avaliações locais por meio da seguinte equação matemática:

$$V(a) = \sum_{j=1}^n k_j * v_j [g_j(a)]$$

Figura 4 - Fórmula do valor global da proposta
Fonte: Dados da pesquisa.

Em que: $V(a)$ = Valor global da proposta a ; $g_j(\cdot)$ = Descritor do PV j ; $g_j(a)$ = Impacto da proposta a no descritor g_j ; $V_j(g_j(a))$ = Valor parcial da proposta a no PV j ; k_j = Taxa de compensação do PV j ; $n = n^b$ de critérios do modelo.

No presente estudo, a avaliação global foi elaborada para os nove programas assistenciais dos sete municípios que compõem a Secretaria de

Desenvolvimento Regional de Tubarão. Na Figura 5, apresenta-se o perfil de desempenho do Programa de Atenção Básica no Município de Tubarão.

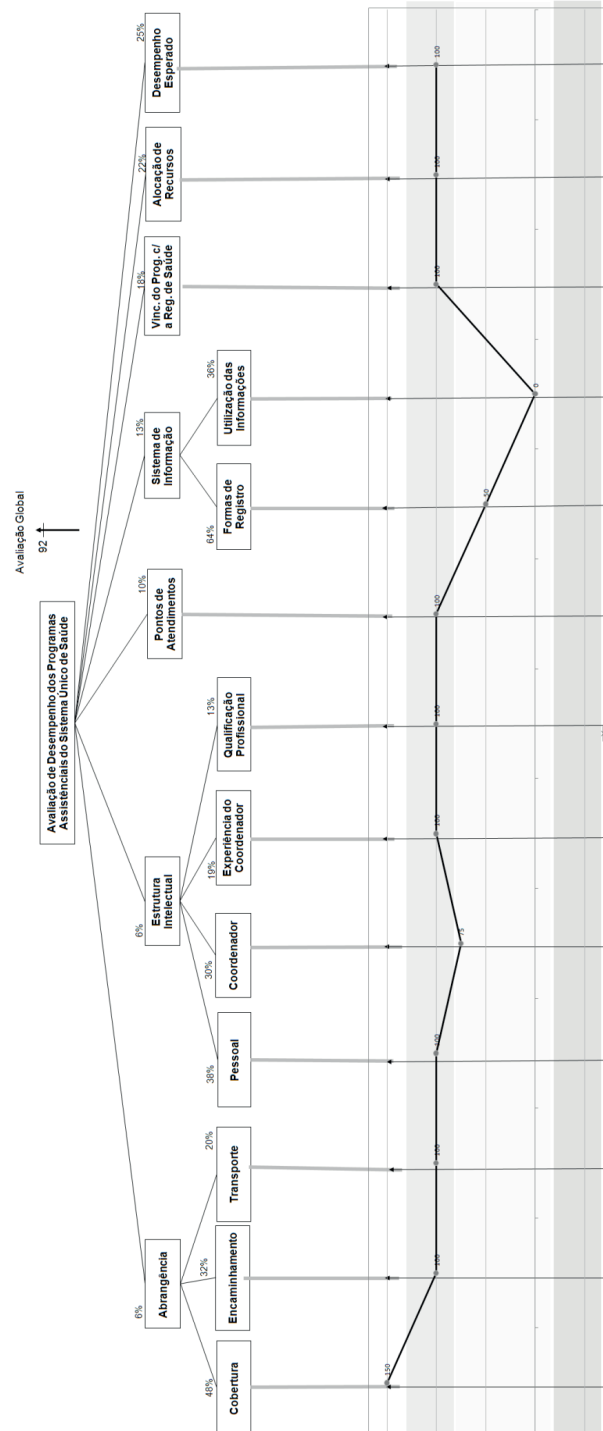


Figura 5 – Perfil de desempenho do Programa de Atenção Básica no Município de Tubarão
Fonte: Dados da pesquisa.

Analisando a Figura 5, é possível observar que o perfil de desempenho do Programa de Atenção Básica no Município de Tubarão resulta em 92 pontos. Pode-se verificar ainda, com base em uma escala onde zero equivale ao nível “neutro” e 100 equivale ao nível “bom”, que o desempenho desse programa en-

contra-se em nível competitivo.

O mesmo processo apresentado na Figura 6 foi realizado para os nove programas assistenciais de cada município, o que possibilitou identificar o desempenho global de cada programa assistencial, conforme apresentado no Quadro 7.

Programas	Municípios – SDR de Tubarão / SC						
	Tubarão	Gravatal	Capivari de Baixo	Pedras Grandes	Sangão	Treze de maio	Jaguaruna
Atenção a Saúde do Idoso	71	07	111	24	97	77	94
Programa de Controle do Câncer de Mama e Colo de Útero	89	70	88	52	99	99	99
Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna	75	78	79	69	9	4	96
Controle de Doenças Emergentes e Endêmicas	82	102	100	82	6	4	90
Programa de Atenção Básica	92	93	103	52	104	97	105
Programa de Saúde Mental	97	-	56	75	61	97	105
Programa de Saúde do Homem	-	-	105	-	-	-	-
Programa de Atenção Integral as Pessoas em Situações de Riscos e Violência	64	69	4	15	19	15	32
Sistema de Saúde as Pessoas com Deficiência	52	38	70	12	95	38	38

Quadro 7 - Perfil de desempenho dos programas assistenciais do SUS por município

Fonte: Dados da pesquisa.

A partir das informações apresentadas no Quadro 7, é possível identificar o desempenho global de cada programa assistencial dos municípios pesquisados, a partir do modelo construído com a utilização da metodologia MCDA/C. A análise dos resultados levou em consideração os seguintes parâmetros: (i)

até 50 pontos – desempenho comprometedor; (ii) entre 51 e 100 pontos – desempenho competitivo; e (iii) superior a 101 pontos – desempenho de excelência. Os programas relacionados para os quais não consta o perfil de desempenho ainda estão em fase de implementação.

Analisando o desempenho de

cada programa nos municípios pesquisados, têm-se os seguintes resultados:

i) Programa de Atenção ao Idoso obteve desempenho de excelência no município de Capivari de Baixo (111); desempenho competitivo nos municípios de Sangão (97), Jaguaruna (94), Treze de Maio (77) e Tubarão (71); e desempenho comprometedor nos municípios de Pedras Grande (24) e Gravatal (7);

ii) Programa de Controle do Câncer de Mama e Colo de Útero obteve desempenho competitivo em todos os municípios pesquisados;

iii) Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna obteve desempenho competitivo em todos os municípios pesquisados;

iv) Controle de Doenças Emergentes e Endêmicas obteve desempenho de excelência no município de Gravatal (102); e desempenho competitivo nos municípios de Capivari de Baixo (100), Sangão (96), Jaguaruna (90), Treze de Maio (84), Tubarão (82) e Pedras Grandes (82).

v) Programa de Atenção Básica obteve desempenho de excelência nos municípios de Jaguaruna (105), Sangão (104) e Capivari de Baixo (103); e desempenho competitivo nos municípios de Treze de Maio (97), Gravatal (93), Tubarão (92) e Pedras Grandes (52).

vi) Programa de Saúde Mental obteve desempenho de excelência no município de Jaguaruna (105); e desempenho competitivo nos municípios de Treze de Maio (97), Tubarão (97), Pedras Grandes (75), Sangão (61) e Capivari de Baixo (56);

vii) Programa de Saúde do Homem obteve desempenho de excelência no município de Capivari de Baixo (105); e, nos demais municípios, encontra-se em processo de implantação;

viii) Programa de Atenção Integral às Pessoas em Situações e Riscos de Violência obteve desempenho competitivo nos municípios de Gravatal (69) e Tubarão (64); e desempenho comprometedor nos municípios de Jaguaruna

(32), Sangão (19), Treze de Maio (15), Pedras Grandes (15) e Capivari de Baixo (4);

ix) Sistema de Saúde das Pessoas com Deficiência obteve desempenho competitivo nos municípios de Sangão (95), Capivari de Baixo (70) e Tubarão (53); e desempenho comprometedor nos municípios de Jaguaruna (38), Treze de Maio (38), Gravatal (38) e Pedras Grandes (12).

Considerando o desempenho médio de cada programa nos municípios pesquisados, constata-se que, em primeiro lugar, está o Programa de Saúde do Homem, com 105 pontos; em segundo, o Programa de Atenção Básica, com 92 pontos; e, em terceiro, o programa Controle de Doenças Emergentes e Endêmicas, com 91 pontos.

De forma individual, o melhor desempenho é o do Programa Atenção à Saúde do Idoso no município de Capivari de Baixo, com 111 pontos, e o pior desempenho é o do Programa de Atenção Integral às Pessoas em Situações e Riscos de Violência também no município de Capivari de Baixo, com 4 pontos.

As informações geradas a partir do modelo proposto possibilitam ao coordenador de cada programa identificar de forma específica o perfil de desempenho dos programas assistenciais, com a evidência dos pontos fortes e dos pontos fracos. Tais informações vêm ao encontro das carências apontadas na literatura no que se refere ao processo de gestão e reconhecimento das necessidades da população na área da saúde (FACCHINI et al., 2006; EGRY et al., 2009).

5 Considerações finais

A presente pesquisa teve como objetivo avaliar o desempenho dos programas assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito dos municípios pertencentes à Secretaria de Desenvolvimento Regional (SDR) de Tubarão, no Estado de Santa Catarina.

Para alcançar esse objetivo geral, foram necessários os seguintes objetivos específicos: (i) compreender os aspectos que caracterizam o desempenho dos programas assistenciais do SUS; (ii) ilustrar o perfil de desempenho dos programas assistenciais dos municípios pertencentes à Secretaria de Desenvolvimento Regional de Tubarão; e (iii) comparar o desempenho entre os programas assistenciais desses municípios.

Para atender ao primeiro objetivo específico, na fase de estruturação, através de entrevistas com os coordenadores dos programas, foram identificados 47 Elementos Primários de Avaliação (EPAs). Mediante o processo de construção de conhecimento do decisor, os EPAs foram transformados em conceitos orientados à ação. Esses conceitos foram agrupados em mapas de relação meio-fins e organizados em áreas de preocupação, possibilitando a identificação dos sete Pontos de Vista Fundamentais: abrangência, estrutura intelectual, pontos de atendimentos, sistema de informação, vínculo do programa com a Regional de Saúde, alocação de recursos e desempenho esperado. Como resultado do processo de análise dos mapas de relações meios-fins, foram identificados os 13 aspectos a serem levados em conta na avaliação de desempenho dos programas assistenciais do SUS.

A partir do modelo construído, foi possível avaliar o perfil de desempenho dos nove programas assistenciais nos municípios pertencentes à SDR de Tubarão. Com base nesse perfil de desempenho, constatou-se que os municípios de Capivari de Baixo e Jaguaruna se destacam dos demais por possuírem, respectivamente, 40% e 20% dos programas assistenciais analisados com perfil de desempenho acima de 100 pontos, considerados, portanto, em nível de excelência.

As informações geradas a partir do modelo possibilitaram aos coordenadores construir seu entendimento sobre os critérios a serem considerados no processo de avaliação dos programas,

bem como identificar os critérios que se encontram com desempenhos comprometedores. Dessa forma, os programas poderão ter seus resultados melhorados e será possível proporcionar transparência na aplicação dos recursos públicos no que se refere aos programas assistenciais do SUS.

Sugere-se para futuras pesquisas: (i) a identificação de ações de melhoria do desempenho dos programas analisados; (ii) o acompanhamento da melhoria de desempenho dos programas a partir da implementação das ações recomendadas; e (iii) a análise do contexto desta pesquisa segundo a percepção dos coordenadores de outra Secretaria de Desenvolvimento Regional, possibilitando verificar as similaridades e as diferenças de preocupações entre coordenadores dos programas assistenciais do SUS.

Referências

- ASSIS, E., CRUZ, V. de S., TRENTIN, E. F., LUCIO, H. M., MEIRA, A., MONTEIRO, J. C. K., CRIA, S. M., FOCESI, M. R., CIELO, C. A., GUERRA, L. M., FARIAS, R. M. S. (2009). Regionalização e Novos Rumos para o SUS: a experiência de um colégio regional. *Saúde e Sociedade*, 18.
- BADIRU, A.B. & AYENI, B.J.: **Quality and process improvement**. London: Chapman & Hall, Chap.1: "The Quality Revolution", p.1-35, 1994.
- BORTOLOZZI, M. R., GRECO, R. M. (1996). **As políticas públicas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais**. Ver. Esc. Enf. USP, 30 (3), 380-398.
- BRASIL. Portaria Nº 399/GN de 22 de fevereiro de 2006. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>
- BODSTEIN, R. (2002). Atenção básica

- na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7 (3), 401-412.
- BOSI, M. L. M., MERCADO, F. J. (2006). **Avaliação qualitativa de programas de saúde**. Enfoques Emergentes. Rio de Janeiro, Vozes.
- CONNILL, E. M. (2008). Ensaio histórico conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, 24.
- EDEN, C. (1998) Cognitive mapping. **European Journal of Operational Research**, 36, 01-13.
- EGRY, E. Y., OLIVEIRA, M. A. C., CIOSEK, S. I., MAEDA, S. T., BARRIENTOS, D. M. S., FONSECA, R. M. G. S., CHAVES, M. M. N. C., HINO, P. (2009). Instrumentos de Avaliação de necessidades em saúde aplicável na Estratégia de Saúde da Família. *Ver. Esc. Enferm.* 43, 1181-1186.
- ENSSLIN, L.; CAMPOS, M. L.. (2006). A Prática do Aprendizado Organizacional. **Revista Gestão Industrial**, Ponta Grossa/PR, v. 02, n. 01, p. 59-69.
- ENSSLIN, L., ENSSLIN, S. R. (2010). **Notas de aula da disciplina CCN 3518 – Introdução à MCDA**. Programa de Pós-Graduação em Contabilidade da Universidade Federal de Santa Catarina. Mimeo: Florianópolis.
- ENSSLIN, L., MONTIBELLER NETO, G., NORONHA, S. M. (2001). **Apoio à decisão**: metodologia para estruturação de problemas e avaliação multicritério de alternativas. Florianópolis: Insular.
- _____; DUTRA, A., LYRIO, M. V. L. (2006). A gestão das operações na Secretaria Estadual de Desenvolvimento Regional da Grande Florianópolis: ênfase na sustentabilidade em um modelo de Avaliação de Desempenho. In: SIMPOI, 9., 2006, São Paulo. **Anais...** São Paulo: FGV – EAESP, 2006. CD-ROM.
- _____, GIFFHORN, E., ENSSLIN, S. R., PETRI, S. M., VIANNA, W. B. (2010). Avaliação do desempenho de empresas terceirizadas com o uso da metodologia multicritério de apoio à decisão – construtivista. **Pesquisa Operacional**, 30 (1), 125-152.
- FACCHINI, L. A., PICCINI, R. X., TOMASI, E., THUMÉ, E., SILVEIRA, D. S., SIQUEIRA, F. V., RODRIGUES, M. A. (2006). Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11 (3), 669-681.
- FADEL, C. B., SCHNEIDER, L., MOIMAZ, S. A. S., SALIBA, N. A. (2009). Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, 43 (2), 445-456.
- FALEIROS, V. de P. (Org.) (2006) **A construção do SUS**: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- FIGUEIREDO, N. M. A. de, TONINI, T. (2007). **SUS e PSF para enfermagem**: práticas para o cuidado em saúde coletiva. São Caetano do Sul: Yendis.
- KEENEY, R. L. (1992). **Value focused-thinking**: a path to creative decision-making. Cambridge: Harvard Univ. Press.
- LACERDA, R. T. O., ENSSLIN, L., ENSSLIN, S. R. (2011). A performance measurement view of IT project management. **International Journal of Productivity and Performance Management**, 60 (2), 132-151.
- MACHADO, R. R., COSTA, E., ERDMANN, A. L., ALBUQUERQUE, G. L., ORTIGA, A. M. B. (2009). Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 11 (1), 181-187.

PNQ - Premio Nacional da Qualidade. (2006). *Conceitos Fundamentais da Excelência em Gestão*. São Paulo, Nov. 2006.

RICHARDSON, R. J. (2008). **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. ver. amp. São Paulo: Atlas.

ROY, B. Decision-aid and decision making. In: BANA e COSTA (ed.) (1999). *Readings in multiple criteria decision aid*. **Berlim: Springer-Verlag**, p. 17-35.

SANTOS, Á. da S., MIRANDA, S. M. R. C. (2007). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. Barueri, SP: Manole.

SASHKIN, M. & KISER, K.J.: **Gestão da qualidade total na prática**. Rio de Janeiro: Editora Campus, p.23-37, 1994.

VIACAVA, F., ALMEIDA, C. A., CAETANO, R., FAUSTO, M., MACINKO, M. M. (2004). Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. 9 (3), 711-724.

VIANNA, A. L. D., LIMA, L. D., OLIVEIRA, R. G. (2002). Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7 (3), 493-507.

YIN, R. K.(2005). **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman.