

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

ERONILDO FELISBERTO

ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO E DA  
SUSTENTABILIDADE DA POLÍTICA NACIONAL DE  
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO  
BÁSICA NO BRASIL, NO PERÍODO DE 2003 A 2008

RECIFE

2010

**ERONILDO FELISBERTO**

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO E DA SUSTENTABILIDADE DA POLÍTICA  
NACIONAL DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO  
BRASIL, NO PERÍODO DE 2003 A 2008**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Orientador:  
**Prof. Dr. Eduardo Maia Freese de Carvalho**

RECIFE

2009

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

F315a Felisberto, Eronildo.

Análise da Implantação e da Sustentabilidade da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no Brasil, no período de 2003 a 2008/ Eronildo Felisberto. — Recife: E. Felisberto, 2010.

171 f.: il.

Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.

Orientador: Eduardo Maia Freese de Carvalho.

1. Institucionalização. 2. Avaliação em Saúde. 3. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. 4. Monitoramento. 5. Atenção Primária à Saúde. 6. Indicadores de Desenvolvimento Sustentável. I. Carvalho, Eduardo Maia Freese de. II. Título.

---

CDU 614.2

**ERONILDO FELISBERTO**

**ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO E DA SUSTENTABILIDADE DA POLÍTICA  
NACIONAL DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO  
BRASIL, NO PERÍODO DE 2003 A 2008**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Ciências.

Data de aprovação: 14 de dezembro de 2009

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dra. Zulmira Maria de Araújo Hartz  
Universidade de Montreal  
Unidade de Sistemas de Saúde do Instituto de Higiene e Medicina Tropical  
/Universidade Nova de Lisboa - UNL

---

Dr. Bertoldo Kruse Grande de Arruda  
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira/IMIP

---

Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo júnior  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

---

Dra. Maria do Carmo Leal  
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/FIOCRUZ

---

Dr. Eduardo Maia Freese de Carvalho  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

*“O nosso desafio é entender as forças e vulnerabilidades das políticas e da avaliação e usar ambos para nos ajudar a contribuir com a política pública de forma significativa e duradoura” (Eleonor Chelimsky, 1995).*

FELISBERTO, Eronildo. **Análise da Implantação e da Sustentabilidade da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no Brasil, no período de 2003 a 2008.** 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

---

## RESUMO

Esta Tese aborda a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no Brasil (PNMAAB). Discute eixos importantes para a institucionalização da avaliação: auto-avaliação, análise de implantação e análise de sustentabilidade de programas. Pesquisa avaliativa, estudo de casos múltiplos, com uso de entrevistas e análise documental. O primeiro artigo apresenta um instrumento de auto-avaliação da Política para aplicação nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Construído a partir de um modelo teórico objetiva auxiliar na implantação de medidas por intermédio de uma abordagem de baixo custo e de fácil aplicabilidade. O segundo analisa a implantação da PNMAAB, a partir dos dispositivos institucionais produzidos pela gestão federal no período de 2003 e 2006. Estimou o grau de implantação e avaliou a influência nos efeitos produzidos a partir da interação com o contexto político-organizacional. Mostra a Intervenção implantada num grau Avançado e um conjunto significativo de efeitos não-intencionais decorrentes da pluralidade de dispositivos. O terceiro artigo apresenta a aplicação de uma metodologia a partir da identificação dos eventos críticos da PNMAAB no período de 2003 a 2008, na Gestão Federal da Atenção Básica e em duas SES, identificados a partir da Técnica de Incidentes Críticos, categorizados analiticamente como de memória, adaptação, valores e regras e, interpretados e classificados temporalmente, em razão de serem ou não favoráveis à sustentabilidade. Os resultados indicam que eventos de implantação e de sustentabilidade acontecem em concomitância e sugerem uma ponderação, uma vez que alguns demonstraram forte influência sobre os outros. A Gestão Federal e uma das SES resultaram no nível médio de sustentabilidade, a outra SES foi classificada no nível forte. Os artigos procuram juntar partes que abordam diferentes dimensões do processo de institucionalização da avaliação no âmbito da atenção básica no sistema de saúde brasileiro.

**Palavras-chave:** Institucionalização. Avaliação em Saúde. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Monitoramento. Atenção Primária à Saúde.

FELISBERTO, Eronildo. **Implementation and Sustainability Analysis of the National Policy for Monitoring and Evaluation of Primary Health Care in Brazil in the period of 2003 to 2008.** 2009 Thesis (Doctorate in Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE, 2010.

---

## ABSTRACT

This thesis approaches the National Policy for Monitoring and Evaluation of Primary Health Care (PMEPHC) in Brazil. Relevant axis of institutionalization of evaluation are discussed: self-evaluation, implementation analysis and sustainability analysis. Evaluative research, multiple-case study with interviews and documental analysis. The first article presents a self-evaluation tool of the Policy to be applied in Health State Secretariats (HSS). It was elaborated from a theoretical model to implement actions with low cost and easy application. The second article presents an implementation analysis of the PMEPHC taking into account institutional mechanisms produced by the federal management during the period of 2003 to 2006. It estimated the implementation degree and evaluated the influence in the effects produced from its interaction with political and organizational context. The intervention was classified as implemented in an advanced degree. It was found a significant amount of non-intentional effects as a consequence of diversity of mechanisms. The third article presents the application of a methodology from identification of critical events of the PMEPHC during the period from 2003 to 2008 in the Federal Management of the Primary Health Care and two Health State Secretariats. It was used the Critical Incidents Technique, analytically categorized as of memory, adaptation, values and rules and temporally classified as being favorable or not towards the sustainability. The results indicated that events of implementation and sustainability are concomitant and these suggest to be pondered since some of them demonstrated a great influence on the others. The Federal Management and one HSS were classified in the medium degree of sustainability and the other HSS as a strong degree. The articles aggregate sections approaching different dimensions of institutionalization process of evaluation in primary health care on the Brazilian health system.

**Key Words:** Institutionalization. Health Evaluation. Program Evaluation. Monitoring. Primary Health Care. Sustainable Development Indicators.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
AIH – Autorização de Internação Hospitalar  
AIS - Ações Integradas de Saúde  
ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
BIRD – Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento  
CAA – Coordenação de Acompanhamento e Avaliação  
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
CES – Conselho Estadual de Saúde  
CMS – Conselho Municipal de Saúde  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
CONASP – Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde  
CPMF – Contribuição Permanente sobre Movimentações Financeiras  
DAB – Departamento de Atenção Básica  
DATASUS – Departamento de Informática do SUS  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
EUA – Estados Unidos da América  
FHC – Fernando Henrique Cardoso  
GM – Gabinete do Ministro  
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social  
MARE – Ministério da Administração e Reforma do Estado  
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social  
MS - Ministério da Saúde  
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde  
NOB - Norma Operacional Básica  
PAB - Piso de Atenção Básica  
PNMAAB – Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica  
POI – Programação Orçamentária Integrada  
PPBS – Planning Programming Budgeting System



Prev-saúde – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

Proesf – Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família

PSF - Programa de Saúde da Família

REM – Método Rápido de Avaliação

SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica

SIOPS – Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SUSEP – Superintendência de Seguros Privados

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	13
<b>1.1 O Campo da Avaliação nas Políticas e Programas de Saúde</b>	13
<b>1.2 Avaliação no Contexto das Políticas de Saúde no Brasil</b>	22
<b>1.3 Avaliação na Atenção Básica no Brasil</b>	32
<b>1.4 Sustentabilidade de Programas</b>	36
<b>1.5 Modelo Teórico da Avaliação</b>	38
1.5.1 A Avaliação Baseada em Teoria	38
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	41
<b>3 OBJETIVOS</b>	42
<b>3.1 Objetivo Geral</b>	42
<b>3.2 Objetivos Específicos</b>	42
<b>4 MÉTODO</b>	43
<b>4.1 Seleção dos Casos</b>	43
<b>4.2 População de Estudo</b>	44
<b>4.3 Qualidade do Estudo</b>	45
<b>4.4 Coleta de Dados</b>	45
4.4.1 Procedimentos para a Coleta de Dados	45
<b>4.5 Estratégia de Análise e Apresentação dos Resultados</b>	46
<b>4.6 Procedimentos Éticos</b>	49
<b>5 PRIMEIRO ARTIGO - CONTRIBUINDO COM A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE: UMA PROPOSTA DE AUTO-AVALIAÇÃO</b>	50
<b>6 SEGUNDO ARTIGO – POLÍTICA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL DE 2003 A 2006: CONTEXTUALIZANDO SUA IMPLANTAÇÃO E EFEITOS</b>	62
<b>7 TERCEIRO ARTIGO - ANÁLISE DA SUSTENTABILIDADE DE UMA POLÍTICA DE AVALIAÇÃO: O CASO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL</b>	80
<b>8 DISCUSSÃO</b>	105
<b>9 CONCLUSÕES</b>	112
<b>REFERÊNCIAS</b>	115
<b>APÊNDICE A – Artigo publicado na Revista Ciência &amp; Saúde Coletiva</b>	125

<b>ANEXO A – Roteiro de Entrevista Diretoria do Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde</b>	136
<b>ANEXO B– Roteiro de Entrevista Diretoria da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica</b>	143
<b>ANEXO C – Roteiro de Entrevista PROESF</b>	147
<b>ANEXO D – Roteiro de Entrevista Conass</b>	151
<b>ANEXO E – Roteiro de Entrevista Conasems</b>	154
<b>ANEXO F – Roteiro de Entrevista Banco Mundial</b>	157
<b>ANEXO G – Roteiro de Entrevista Coordenação/Gerência da Atenção Básica da SES</b>	158
<b>ANEXO H – Roteiro de Entrevista com representante do Gabinete da SES</b>	165
<b>ANEXO I – Roteiro de Entrevista com coordenador ou técnico de um programa da AB que foi avaliado da SES</b>	167
<b>ANEXO J – Roteiro de Entrevista com técnico representante de uma Política com interface com a Atenção Básica/SES</b>	169
<b>ANEXO L – Parecer do Comitê de Ética</b>	171

## APRESENTAÇÃO

Em 2006 publicamos um artigo intitulado “Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate” (Apêndice A). A este, seguiu-se um debate com especialistas na área, observadores da implantação de uma política, a qual o artigo procurou sistematizar.

A idéia daquela publicação surgiu da necessidade que vimos de documentar reflexões e constatações, resultantes de um trabalho desenvolvido na gestão nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), voltado para a ‘Institucionalização da Avaliação’ no âmbito da atenção básica em saúde no Brasil e de estabelecer um marco teórico para a discussão e o aprimoramento das atividades propostas.

Exercemos, no período de 2003 a 2006, a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica, inserido institucionalmente na Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Concluída aquela gestão de quatro anos, deixamos em franco processo de implantação a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (PNMAAB), composta por seis componentes focados nas três instâncias de gestão do SUS e nas Instituições de Ensino e Pesquisa. Estes traziam em seu bojo uma complexa trama de ações e projetos com vistas à melhoria da qualidade da gestão e do cuidado à saúde no âmbito da atenção básica.

Projetos estratégicos e de abrangência foram estruturados: “Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação”, que incluía a estratégia de criação da Rede de Centros Colaboradores em Avaliação (21 Instituições de Ensino e Pesquisa foram envolvidas no Brasil); “Estudos de Linha de Base da Atenção Básica” (pesquisa avaliativa em 231 municípios brasileiros com população acima de 100 mil habitantes); “Avaliação para Melhoria da Qualidade” (instrumento de auto-avaliação da equipes de trabalho e da gestão municipal para a estratégia saúde da família); a contribuição fundamental para a criação do Grupo de Trabalho (GT) de Avaliação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e vários outros que integram a Política, apoiada pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (Proesf) com financiamento do Banco Mundial e recursos do tesouro nacional.

O sentimento de coerência com nossa prática profissional no campo da ‘avaliação em saúde’ e a oportunidade de aprofundar o conhecimento sobre ‘avaliação’ tomando como objeto uma política/programa fortemente alicerçada nesse campo, não nos permitiu pensar em outro projeto de estudo a ser apresentado para concorrer ao Doutorado, a não ser o de proceder à análise da implantação e da sustentabilidade da Política, a partir dos referenciais teóricos que nos guiaram no processo de sua implantação.

Embora conscientes das limitações que poderiam se apresentar em virtude do pouco tempo decorrido desde o início da implantação da Política e, do nosso envolvimento enquanto atores do processo; julgamos que havia uma contribuição com a continuidade do debate proposto, à qual não poderíamos nos furtar.

Assim sendo, com vistas a manter acesa essa continuidade e, no sentido da maior possibilidade de publicização e de sua abrangência, optamos por elaborar esta Tese no formato de três artigos (dois já publicados e um terceiro enviado para publicação). Estes contaram com a participação de uma equipe de pesquisadores, dedicados ao campo da avaliação, que participaram de quase todas as fases de realização do estudo.

Os artigos abordam três eixos que constituem estratégias importantes na direção da institucionalização da avaliação: a auto-avaliação, a análise de implantação e a análise de sustentabilidade de programas.

O primeiro artigo, publicado em 2008, apresenta um instrumento de auto-avaliação do projeto Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação, integrante da PNMAAB. De caráter formativo, a matriz de avaliação foi construída a partir de um modelo teórico com vistas a auxiliar os gestores e os profissionais responsáveis a avaliar a implantação de medidas por intermédio de uma abordagem de baixo custo e de fácil aplicabilidade, tendo como objetivos: (i) identificar problemas; (ii) viabilizar recursos disponíveis para intervir; (iii) caracterizar fatores que impediam ou facilitavam a execução das intervenções e; (iv) desenvolver mecanismos para se avaliar e responder a problemas críticos. Permite, assim, ao gestor estadual conhecer mais rapidamente o processo de implantação do projeto.

O segundo artigo, publicado em 2009, apresenta os resultados da análise de implantação da PNMAAB, considerando os dispositivos institucionais produzidos pela gestão federal do SUS no período compreendido entre 2003 e 2006, representativos dos componentes que integram o seu modelo lógico. Estimou o grau de implantação desses dispositivos e avaliou a sua influência nos efeitos produzidos pela PNMAAB a partir da interação com o contexto político-organizacional.

O terceiro artigo, enviado para publicação, apresenta a aplicação de uma metodologia de análise de sustentabilidade de programas, proposta a partir da identificação dos eventos críticos da PNMAAB no período de 2003 a 2008, na Gestão Federal da Atenção Básica do SUS e em duas Secretarias Estaduais de Saúde, identificados a partir da Técnica de Incidentes Críticos. Os eventos foram interpretados e classificados temporalmente, em razão de suas dimensões conceituais e de serem ou não favoráveis à sustentabilidade. Estima o nível de sustentabilidade da Política, partindo da compreensão de que a prática avaliativa precisa que certo grau de institucionalização deva ser atingido para que se torne efetiva e produza efeitos formativos sobre a conduta da ação pública.

Os artigos precedidos da revisão teórica e seguidos de uma discussão que procura juntar partes que abordam diferentes dimensões, integram um conjunto conformando esta Tese que mantém o debate aberto, reafirmando “nossa crença na pluralidade como força motriz de mudanças desejadas e no compromisso social como capital maior dos que se dispõem a perseguir a qualidade desejada para o sistema de saúde brasileiro” (FELISBERTO, 2006).

Trazemos aqui um trecho de um discurso de Edgard Morin que achamos pertinente como prólogo ao estudo realizado: “[...] A informação nasce do nosso diálogo com o mundo, e nele sempre surgem acontecimentos que a teoria não tinha previsto [...]” (MORIN, 1999, p. 27).

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 O Campo da Avaliação nas Políticas e Programas de Saúde**

A avaliação de políticas públicas tem sido relacionada freqüentemente à necessidade de aprimoramento e modernização da gestão no contexto do processo de ‘Reforma do Estado’. Está diretamente ligada à discussão sobre o desempenho da gestão pública e à eficiência e efetividade dos programas por ela conduzidos; no sentido de saber de que forma o controle externo pode contribuir com o aperfeiçoamento das ações de governo, com a responsabilização dos agentes públicos e com a prestação de contas à sociedade (BRASIL, 2002; BRASIL, 2005; COSTA; CASTANHAR, 2003; CHELIMSKY, 1995; FARIA, 2005; FREY, 2000; HANNEY, et al., 2003; HARTZ, 1999; HARTZ et al., 2008 PAIM, 2003; SOUZA, 2002; VIACAVA et al., 2004; VIANA et al., 2006; WEISS, 1998).

Há cerca de 30 anos diversas iniciativas nesse sentido vêm ocorrendo em vários países, trazendo em seu bojo os desafios do melhor funcionamento do aparelho de Estado a um menor custo. A busca dessa melhoria tem como foco o desempenho dos programas e, na medida em que o poder público passou a delegar a agências autônomas e a organizações de direito privado a execução de serviços públicos, evidenciou-se a necessidade de se desenvolver instrumentos e metodologias de avaliação desses serviços (KETTTL, 2001).

A avaliação de resultados passou a ter relevância na sustentação da reforma do Estado, na medida em que se estabeleceu a eficiência, a eficácia e a efetividade como medidas de sucesso da ação governamental. Isto, em vista da necessidade de se oferecer à sociedade elementos para uma apreciação mais segura sobre o desempenho das agências e empresas, o que equivaleria à avaliação de desempenho do próprio aparelho de Estado (BRESSER-PEREIRA, 1998a; COSTA; CASTANHAR, 2003; KETTTL, 2001). Por outro lado, estudos avaliativos de políticas e programas podem oferecer aos governantes, gestores, formuladores e executores a possibilidade de tomar decisões com maior qualidade no sentido da identificação dos aspectos exitosos, das dificuldades e, também, dos efeitos esperados e dos não intencionais produzidos a partir de fatores gerenciais e operacionais. A avaliação pode, ainda, favorecer a racionalização do gasto público, como um instrumento para a melhoria do desempenho das organizações e do governo, promovendo uma maior capacidade de alcance dos melhores resultados desejados e, gerando uma maior possibilidade de governança.

O primeiro grande impulso da Avaliação no contexto mundial se deu a partir dos anos 50 do século XX. Embora tenha surgido na década de 30, originária das ciências sociais, a incorporação de metodologias quantitativas mais avançadas com o desenvolvimento de métodos estatísticos e com o desenvolvimento dos computadores, foram fatores que aumentaram o poder explicativo da avaliação como ferramenta de pesquisa social no período do pós-guerra (ROSSI; FREEMAN, 1982).

O lançamento nos Estados Unidos da América (EUA) de um conjunto de programas sociais e a criação de programas de ajuda a países em desenvolvimento nos anos 60, envolvendo expressivo volume de recursos financeiros, impulsionou a avaliação como forma de controle. Ainda, uma década mais tarde, com a crise fiscal progressiva e as iniciativas de reformas no aparelho de Estado de diversos países, especialmente na América Latina, estimulou os governos a fortalecer a ‘função avaliação’ na busca pela legitimidade de suas iniciativas (FARIA, 2005).

Em recente revisão sobre o tema Hartz et al. (2008) sintetizam a concordância de diversos autores sobre a origem da avaliação ao apontar os trabalhos de Patton (1988, 1997), Weiss (1988, 1999), Caracelli e Preskill (2000), Henry (2000), Kirkhart (2000), Rossman e Rallis (2000), Preskill e Torres (2000), Henry e Mark (2003), Mark e Henry (2004) e Weiss et al. (2005) como referências aos desafios necessários à construção de modelos de avaliação que possam oferecer resultados a serem utilizados com maior eficácia (HARTZ et al., 2008).

Não obstante a concordância dos autores sobre a origem da avaliação na América do Norte, várias iniciativas em diversos países contribuíram de forma marcante para a evolução e o uso da avaliação. Conforme Hartz (1999), na década de 60, Canadá, Alemanha e Suécia já seguiam as iniciativas americanas baseadas nos Sistemas de Planejamento, Programação e Orçamento (*Planning Programming Budgeting System – PPBS*). Esse movimento tomou corpo mais adiante, na década de 80, na Austrália, Dinamarca e na Suíça. Período, entretanto, em que os EUA e Canadá já davam visibilidade às avaliações de desempenho por intermédio de suas instituições responsáveis pela função de auditoria. Estas últimas já privilegiavam a efetividade, o bom gerenciamento, a qualidade dos serviços em contra-ponto à ênfase anteriormente dada ao atendimento às normas legais, ao planejamento e aos gastos governamentais (HARTZ, 1999). Esta tendência se verificou em anos mais recentes em outros países, especialmente da União Européia, como Finlândia, Holanda, Suécia e Reino Unido (POLLITT, 2006).



Como resultado das diversas influências, entretanto, Guba e Lincoln (1989) demarcaram em quatro fases distintas a evolução do campo da avaliação. Os autores consideram como uma Primeira Geração o período referente à construção e aplicação de instrumentos de medidas (1910-1930), que tem origem nas *medições* de coeficiente de inteligência para classificação das crianças e determinação do progresso escolar. Centrado na área da educação, o modelo foi visto, mais adiante, como insuficiente, uma vez que o foco da avaliação eram as pessoas. Teve origem, então, a Segunda Geração da avaliação marcada pela publicação de Ralph Tyler em 1942, baseada no conceito de *descrição* e que, segundo os autores, marca o nascimento da Avaliação de Programas (GUBA; LINCOLN, 1989; HARTZ, 1999; TYLER, 1942). “A nova modalidade surge da necessidade de avaliar a adequação de novos currículos escolares com relação aos objetivos de aprendizagem esperados e se esses estavam funcionando como pretendido” (FIGUEIRÓ et al., 2009).

A Terceira Geração da avaliação, segundo Guba e Lincoln (1989), surgiu a partir dos limites da abordagem anterior - descritiva e orientada por objetivos - e da identificação por Stake em 1967 de que não atendiam a outra face da avaliação que era o *juízo*. Para este autor “o que se esperava dos avaliadores era mais do que a descrição de atitudes, contextos e realizações, mas algo que referisse o mérito do objeto sob avaliação e para tal deveria julgar com base em padrões externos, para ajudar na tomada de decisão” (FIGUEIRÓ et al., 2009; STAKE, 1967). Os trabalhos de Donald T. Campbell e de Michael Scriven, nas décadas de 60 e 70, muito contribuíram no sentido de que o juízo passasse a ser parte integrante da avaliação, somando-se às funções técnicas e descritivas (FIGUEIRÓ et al., 2009).

Guba e Lincoln (1989), entretanto, identificam outras limitações da prática de avaliação como juízo: “a tendência à valorização dos aspectos gerenciais e do comprometimento do avaliador com o gestor; a pouca admissão de outros valores do pluralismo existente nos contextos; e uma supervalorização do paradigma científico cartesiano” (FIGUEIRÓ et al., 2009). Uma Quarta Geração da avaliação foi sugerida, então, caracterizada por estes autores, pela função de *negociação*, e emergiu na década de 80, tomando forma com a sua conhecida publicação de 1989 (GUBA; LINCOLN, 1989). Estes autores atribuem ainda à avaliação as características da *responsividade* e do *construtivismo*:

responsiva por referência à definição do foco da avaliação, em que os parâmetros e limites são determinados interativamente em processos negociados envolvendo os diversos interessados; e construtivista quanto ao modo de fazer, em que metodologicamente rejeita-se o controle e a abordagem experimental. Adota-se um processo em que as múltiplas realidades (que inclui os programas e os resultados das

avaliações) são construídas/negociadas na interação entre o observador e o observado (FIGUEIRÓ et al., 2009).

Já para Alkin (2004) as origens do campo da avaliação podem ser estabelecidas a partir de duas necessidades: (i) a prestação de contas e controle dos programas (*accountability*) - relacionada à melhoria dos programas, associada à responsabilização dos que detêm a autoridade sobre os mesmos; e (ii) a investigação social – que surge do interesse pela aplicação de métodos sistemáticos e justificáveis para determinação da *accountability* (ALKIN, 2004).

Mais recentemente, alguns autores como Baron e Monnier (2003) apontam o surgimento, na primeira década do século XXI, da Quinta Geração da avaliação. Esta, embora ainda não consolidada, teria o caráter *emancipatório* na medida em que contempla a participação da sociedade na elaboração da avaliação, na sua condução e no julgamento sobre o desempenho das ações.

Por outro lado, ao longo do tempo, a utilização de resultados das avaliações tem sido uma questão inquietante e se apresenta como um objetivo a ser perseguido por todos os avaliadores (HENRY; MARK, 2003; PATTON, 2004; VAN DER KNAAP, 2004; WEISS, 1988).

Weiss (1988) aparece como a primeira autora a destacar esta discussão e Patton (2004) a mergulhar nas categorias que determinaram o uso de forma mais sistemática. Para este último, facilitar o uso da avaliação é parte central do trabalho do avaliador. A preocupação com esta utilidade deve aparecer já no desenho inicial de uma política ou programa e persistir ao longo de toda a avaliação. Por isso, ao se avaliar uma política ou programa, deve-se levar em conta a mensuração deste uso como um dos principais efeitos. Patton (2004) considera o uso da avaliação como a força propulsora de um processo avaliativo a partir de algumas premissas. Estas dizem respeito à identificação dos interessados na avaliação, ao sentimento de pertencimento que estes devem ter em relação ao processo avaliativo e à compreensão de que a avaliação não dará conta de responder a todas suas questões e necessidades (PATTON, 1997, 2004; WEISS, 1988).

Considerando que o uso da avaliação não ocorre naturalmente, Patton (1997, p. 174) sugere, ainda, alguns passos para o processo de avaliação construtiva:

- (i) examinar virtuais usos e usuários, além daqueles originalmente visados, ajudando os utilizadores primários a serem abertos e reflexivos sobre a avaliação;
- (ii) favorecer ativamente, entre os usuários, o senso de propriedade sobre os resultados e o compromisso de agir sobre os mesmos;
- (iii) trabalhar prioritariamente com os

usuários primários intencionais, de modo que estes utilizem os resultados e a aprendizagem do processo avaliativo como esperado; (iv) manter-se envolvido além do ‘relatório formal’, engajando-se no segmento do estudo que facilite e valorize o seu uso e; (v) disponibilizar o tempo necessário para uma aprendizagem continuada que permita alcançar os resultados, no longo prazo, de uma adequada avaliação.

Um modelo teórico proposto por Hartz et al. (2008) responde a questionamentos importantes sobre as mudanças nas práticas sociais, as dificuldades e facilidades dessas mudanças e sobre o reconhecimento das utilidades de uma avaliação. Este modelo amplia o termo “uso” – muito freqüente na literatura – apreendendo a expressão “influência” da avaliação, que segundo Kirkhart (2000, p. 15), “inclui a capacidade de pessoas ou coisas de produzir efeitos em outros direta ou indiretamente”. Todavia, as três dimensões analíticas delineadas por Kirkhart (2000) – quais sejam: a fonte (processos e resultados); a intencionalidade (previsto e inesperado) e a temporalidade (imediate, final do ciclo, longo prazo) – são insuficientes, na medida em que a conceituação do termo “uso e influência” não abrange os processos de mudanças individuais (no pensamento e nas ações dos indivíduos), interpessoais (nas interações entre os indivíduos) e coletivas (nas decisões e práticas das organizações), que favorecem a institucionalização da avaliação e o aumento concomitante da capacidade avaliativa, que podem ser traduzidas em ações integrais e, em última instância, em melhorias sociais (HARTZ et al., 2008; KIRKHART, 2000).

É importante assegurar a perspectiva de todos os envolvidos. Tanto os atores organizacionais, como outros protagonistas sociais devem participar de todas as etapas da avaliação para garantir a utilização do conhecimento produzido (PATTON, 1997). Neste sentido, propõe-se a formação de ‘redes de conhecimento’ unindo pesquisadores e profissionais, com o objetivo de aumentar o uso das evidências das avaliações, a partir das relações contextuais e negociação dos interesses dos diversos atores (teoria da tradução) e do rompimento com a tradicional ‘transferência de conhecimento’ (FELISBERTO et al., 2008; HARTZ et al., 2008).

Não obstante a perspectiva acima alguns questionamentos, como os colocados por Hartz et al. (2008), podem nos ajudar a descobrir se estamos fazendo o ‘melhor uso’ das avaliações realizadas:

[...] (i) entre as possíveis conseqüências da avaliação, quais estamos buscando? (ii) que evidências existem sobre as atuais conseqüências do nosso trabalho? (iii) quais são os efeitos não-intencionais ou as ‘externalidades’ dos nossos estudos? (iv) quais são as conseqüências das avaliações passadas sobre a nossa prática atual e/ou futura de avaliadores? (v) de que maneira as conseqüências das avaliações encomendadas e já concluídas, vêm se refletindo na nossa cultura organizacional? (HARTZ et al., 2008, p. 336).

Em outra perspectiva, seguindo os referenciais teóricos acima e outros autores contemporâneos, apontamos uma série de fatores explicativos que podem ser contemplados na análise do uso de uma avaliação. Esses fatores estão relacionados às seguintes dimensões de uma avaliação: credibilidade, pertinência, fundamentação teórica e capacidade institucional (CONTANDRIOPOULOS, 2006; FELISBERTO et al., 2008).

As diretrizes para análise da credibilidade das avaliações devem abordar: (i) os procedimentos metodológicos - no sentido de identificar a utilização de métodos fundamentados em análises conceituais e na apreciação de estudos anteriores; (ii) os processos - desenvolvidos para envolver os usuários potenciais e os avaliadores internos, identificando problemas de interesse (controvérsias), assim como os usos potenciais da avaliação e (iii) as informações produzidas - analisando a avaliação no tocante à: qualidade, relevância, oportunidade para as fases da política, inclusão de um resumo com recomendações claras, atendimento às necessidades e prioridades dos financiadores e participação dos atores, a partir das informações fornecidas pela avaliação, na elaboração de um julgamento sobre uma situação, da qual eles fazem parte, e que seria necessário para sair do *status quo* (CONTANDRIOPOULOS, 2006; HANNEY et al., 2003; PATTON, 2002, 2004; PLUYE et al., 2005 POTVIN; GERDRON, 2006).

Da mesma forma, devemos considerar que a pertinência da avaliação, na perceptiva do seu uso pode ser influenciada: (i) pelo reconhecimento da institucionalização da avaliação enquanto estratégia para aumentar a eficiência do Sistema Único de Saúde (SUS); (ii) pelo reconhecimento de que a existência de informações válidas sobre as intervenções deste sistema pode melhorar um processo de decisão e (iii) pela demanda de avaliações por atores envolvidos nos programas (CONTANDRIOPOULOS, 2006; HANNEY et al., 2003).

Ainda, destacamos que a fundamentação teórica da avaliação influencia seu uso conforme a perspectiva dos interessados. Os governos julgam a contribuição da avaliação na construção da agenda da política nacional de saúde, na formulação de novas diretrizes e na implantação de programas e ações; a equipe gestora federal enfatiza a consistência/coerência entre a avaliação e a política; já as equipes gestoras estadual e municipal e os profissionais de saúde buscam situações onde os mesmos terão condições de utilizar as avaliações realizadas, em que deve ser ponderada a capacidade institucional da organização (HANNEY et al., 2003).

Os fatores explicativos do uso das avaliações estão relacionados a habilidades, estruturas, processos e cultura corporativa para promover e usar a evidência da avaliação na elaboração

de decisões. Sejam estas habilidades no momento de aquisição das evidências necessárias à avaliação; na compreensão, análise da confiabilidade, qualidade, relevância e aplicabilidade dos achados; na apresentação das evidências aos tomadores de decisões, em um formato claro e útil, sintetizando as recomendações, conclusões e questões principais; ou na aplicação das evidências em decisões (CANADIAN HEALTH SERVICES RESEARCH FOUNDATION, 2005; HANNEY et al., 2003).

Para Denis e Champagne (1997), “os diferentes atores organizacionais podem apoiar a implantação de uma intervenção se virem nela um meio de atualização de suas estratégias fundamentais” (DENIS; CHAMPAGNE, 1997, p. 67). E, para Silva e Formigli (1994, p. 80):

à semelhança de outras práticas sociais, as práticas de saúde podem constituir-se em objeto de avaliação nas suas diversas dimensões, seja enquanto cuidado individual, seja nos seus níveis mais complexos de intervenção e de organização, como políticas, programas, serviços ou sistemas.

É, portanto, necessário considerar a compreensão dos significados técnicos, políticos, econômicos e ideológicos, quando se investigam as práticas em saúde e sua capacidade em modificar a situação de saúde da população (FELISBERTO, 2002).

Em geral, os profissionais de saúde querem saber se suas intervenções atenderam às necessidades do estado de saúde de seus pacientes; os gestores, sobre a relação custo-benefício de uma nova intervenção; o governo, se suas intervenções estão contribuindo para a promoção da saúde, para equidade, integralidade, solidariedade, participação social. Há, portanto, sentidos diferentes a muitos conceitos. Neste caso, todas as questões dizem respeito à eficiência na tradução de cada um desses atores. A pertinência diz respeito a quanto o gestor está convicto de que a melhora do desempenho do sistema passa por uma melhora do processo de decisão através da avaliação. Além disso, vários atores da equipe gestora devem estar aliados em torno desta convicção do ponto de vista coletivo (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Podemos, assim, analisar essa questão por diferentes prismas, na perspectiva da experiência de avaliadores e nas conseqüentes elaborações teóricas que podem nos dar suporte (FELISBERTO et al., 2008). Nesse sentido, torna-se essencial a capacitação e a preparação profissional para a elaboração de perguntas avaliativas como as suscitadas por Hartz et al. (2008): (i) quais as condições de funcionamento dos serviços de saúde (estrutura e processos) para assistência aos usuários? (ii) os usuários estão sendo assistidos nos serviços de saúde segundo os padrões de qualidade técnico-científica esperados? (iii) como se dá a

acessibilidade dos usuários aos serviços? (iv) qual a percepção dos usuários sobre o cuidado à saúde oferecido pelos serviços de saúde? (v) qual a percepção dos profissionais sobre as condições para prestação do cuidado oferecido ou proposto? (vi) o modelo de gestão do(s) programa(s) está adequado para o enfrentamento do problema? (HARTZ et al., 2008).

Essa responsabilidade dos profissionais da área da saúde se estende, ainda, à compreensão de sua importância junto ao processo de organização comunitária, fundamental à obtenção de conquistas sociais. Igualmente, como fontes de informação sobre o estado sanitário da população, como integrante obrigatório do sistema de capacitação e formação de recursos humanos para a saúde e, como alimentador sistemático de fontes de pesquisa. O encaminhamento dessas questões dependerá da capacidade de gestão do sistema, em torno do qual articulamos esse tipo de proposta qualificadora das práticas em saúde na medida em que prevê a busca de métodos de investigação que permitem a transformação da realidade dos serviços e sua adaptação às melhorias necessárias (FELISBERTO et al., 2008).

A implantação de políticas com vistas à institucionalização da avaliação vem, para Contandriopoulos (2006), ao encontro das necessidades de ampliar a eficiência dos sistemas de saúde. Nesse sentido, no Brasil, a ampliação da eficiência do SUS de acordo com seus princípios e diretrizes torna-se a finalidade maior da institucionalização da avaliação. Para o autor, o grande problema, que gera a necessidade de uma política, é a ineficiência dos sistemas de saúde devido ao processo de tomada de decisões pelos gestores do sistema ocorrer de forma não estruturada, sem seguir critérios de evidências (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Assim, em sendo a cultura avaliativa o efeito mais esperado de uma política de institucionalização da avaliação, a implementação de dispositivos (instrumentos, estratégias) bem fundamentados gera processos de avaliação com vistas à qualificação do cuidado em saúde. Felisberto (2004, 2006) enfatiza que o desenvolvimento de uma cultura avaliativa requer: (i) qualificação da capacidade técnica; (ii) articulação com o planejamento e a gestão e (iii) suporte à formulação de políticas, ao processo de decisão e à formação dos envolvidos. Para Worthen (1995), a completa institucionalização da avaliação seria o resultado da total aceitação e do uso contínuo da avaliação. Ou, na lógica de Picciotto (2002), de *mainstreaming evaluation*, da disseminação de uma nova cultura com todos os riscos inerentes às mudanças daí decorrentes. Sanders (2003, p. 3), define *mainstreaming* como “o processo de fazer a avaliação uma parte integral das operações diárias de uma organização”. Para o autor,

avaliação de *mainstreaming* seria parte integrante da ética do trabalho, da cultura, e das responsabilidades do trabalho em todos os níveis (FELISBERTO, 2004, 2006; FELISBERTO et al., 2008; PICCIOTTO, 2002; SANDERS, 2003; WORTHEN, 1995).

Efeitos esperados da institucionalização da avaliação de uma forma geral contemplam: (i) uso na tomada de decisão; (ii) prestação de contas e (iii) produção de conhecimento (BRASIL, 2005a). Entretanto, pode-se considerar a *utilização* como o efeito que indicaria o sucesso da implantação da política.

Toda a discussão aqui proposta reforça nossa convicção e nos ajuda a qualificar as pistas que se apresentam em direção a se considerar o esforço por uma cultura avaliativa e o uso da avaliação como fortes aliados na busca pela promoção do cuidado integral à saúde das pessoas. A institucionalização e a concomitante construção da capacidade avaliativa podem, por própria relevância, ser efeitos ou determinantes do uso da avaliação e de melhorias sociais (HARTZ et al., 2008), considerando a prática da integralidade, em última instância, uma melhoria social (FELISBERTO et al., 2008).

## 1.2 Avaliação no Contexto das Políticas de Saúde no Brasil

Frente à grande convergência sobre o incentivo à prática avaliativa no cenário internacional a partir da Reforma do Estado (FARIA, 2005), cabe fazer referência à multiplicidade de processos reformistas ocorridos na América Latina que ao serem contingenciados por fatores sociais, históricos e políticos inerentes ao contexto de cada país (GERSCHMAN; SANTOS, 2006) interferem nos propósitos atribuídos aos sistemas de avaliação (FARIA, 2005).

Deste modo, ao se refletir sobre as políticas de saúde no Brasil, faz-se necessário pontuar a importância da contra-posição existente entre o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira – base política de formulação do SUS - e a Reforma do Estado. Ambos, movimentos sócio-políticos de alta envergadura, que se mantêm na disputa por espaços entre a defesa da eficiência e do adequado atendimento às demandas sociais.

O SUS coloca-se como um desafio a ser perseguido, fazendo-se necessário que a saúde permaneça na agenda política e que haja movimentos sociais fortes, determinados a enfrentar a reducionista e persistente lógica econômico-gerencial (SOUZA, 2002). A sua criação, na contramão dos movimentos reformistas na América Latina (GERSCHMAN; SANTOS, 2006), tencionam a ‘institucionalização da avaliação’ para se alinhar à implementação dos princípios que a sustentaram inicialmente ao mesmo tempo em que a direciona a colaborar com mudanças em prol da melhoria da eficiência e efetividade administrativa. Portanto, ora os objetivos da política de avaliação de políticas convergem com as diretrizes dos dois movimentos reformistas quando estes se aproximam (como no caso da descentralização), ora divergem quando os princípios doutrinários das duas reformas se distanciam (como no caso da universalidade do acesso sob provisão do Estado).

O Brasil, na década de 70 do século XX, passou por um período de crise no desenvolvimento econômico, com mobilização de massas urbanas em virtude do desgaste do populismo - estabelecido durante décadas (1930-1963) - fazendo crescer as tensões sociais. Com o golpe militar (1964), a ditadura proporcionou um desenvolvimento baseado na internacionalização da economia, iniciando um período caracterizado pela concentração de renda, migração urbana e uma urbanização sem infra-estrutura (DINIZ, 1998; PAIM, 2003). Nesse período emergiu no país a *administração pública gerencial*, como resposta de um lado, à expansão das funções econômicas e sociais do Estado e, de outro, ao desenvolvimento tecnológico e à globalização da economia mundial. Surgia a necessidade da eficiência da administração



pública visando reduzir custos e aumentar a qualidade dos serviços, tendo o cidadão como ‘beneficiário’ (SOUZA, 2002). Já no que tange às políticas de saúde vivenciava-se um processo de privilegiamento de setor privado por meio de compra de serviços de assistência médica, empréstimos e subsídios (BRAGA; PAULA, 1981; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

Com a crise da previdência nos anos 80, entretanto, o governo elaborou o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-saúde) que previa a integração programática e funcional do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) para reorientação do sistema de saúde com os três gestores; o reforço da atenção primária à saúde; participação da comunidade; hierarquização; regionalização; referência e contra-referência; integração das ações preventivas e curativas. Este não chegou a ser implantado por “[...] pressão do setor privado e boicote dos dirigentes do então Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS)” (PAIM, 2003, p. 592). Ainda nesse contexto foi criado, em 1982, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), a modalidade de pagamento através das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), as Ações Integradas de Saúde (AIS) e, promovido o acesso aos serviços previdenciários para os não segurados (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985).

Nessa época, o aprofundamento da análise das relações entre saúde e a estrutura das sociedades, mediada pela dinâmica das classes e dos movimentos sociais, decorreu do desenvolvimento da área da saúde coletiva na América Latina a partir da década de 70. Dessa forma, algumas iniciativas contavam com o apoio do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e posteriormente da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), além dos movimentos populares (LIMA; SANTANA, 2006; PAIM, 2003).

O movimento pelas eleições diretas e a eleição de Tancredo Neves, criaram um ambiente favorável à mobilização social e especificamente no setor saúde, favoreceu a articulação de setores organizados que proporcionaram, de maneira organizada, a identificação de problemas e a proposição de medidas para solução. O período da chamada Nova República (1985-1988) foi caracterizado por uma diminuição da recessão econômica, a conquista da democracia e o aumento da demanda pelo resgate da dívida social, o que possibilitou a colocação novamente da saúde na agenda política (PAIM, 2003).

O Ministério da Saúde continuava suas práticas campanhistas e o INAMPS promovia a ampliação das AIS. Porém, foi um período em que se avançou para a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), mecanismo de descentralização mediante convênios e utilização de ferramentas como a Programação Orçamentária Integrada (POI) e a criação de instâncias democráticas de deliberação – Conselhos Estaduais de Saúde (CES), Conselhos Municipais de Saúde (CMS). Foi um momento caracterizado por um processo de estadualização do sistema de saúde. “Somente nesse contexto o Estado brasileiro possibilitou a criação de canais de participação do cidadão na formulação e acompanhamento das políticas de saúde” (PAIM, 2003, p. 593).

Dá-se, nesse período, a consolidação do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira com a criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária, tendo como marco a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde e a proposição de criação do Sistema Único de Saúde como viabilidade técnica e possibilidade política de mudança social e transformação sanitária. Este processo culminou com a Constituição de 1988 quando da aprovação de emenda popular no capítulo da seguridade social, instituindo o SUS.

Paralelamente a reforma do aparelho do Estado passa a ser orientada pelos valores da eficiência e qualidade na prestação de serviços públicos e pelo desenvolvimento de uma cultura gerencial nas organizações. No entanto, a forma burocrática de organizar o Estado continuou a prevalecer enquanto o crescimento econômico assegurava os recursos necessários à manutenção ou expansão dos serviços públicos (BRAVO; MATOS, 2002; DINIZ, 1998; DUPAS, 1999).

Nos anos 90, com a ampliação da área de influência do neoliberalismo, o ajuste estrutural continuava a ser um dos principais objetivos do governo da época, desta feita, porém, com mais ênfase na reforma administrativa, em virtude das adaptações necessárias à chamada ‘globalização’. É no governo Fernando Henrique Cardoso (FHC) que toma corpo, de fato, a Reforma do Estado, com a criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE). A Reforma administrativa foi inclusa entre a reforma constitucional da previdência, a fiscal, a eliminação do monopólio estatal (privatização); e a flexibilização do estatuto dos servidores públicos aproximando mais os mercados de trabalho público e privado. A reforma já não se tratava de uma questão interna, era exigida pelos investidores estrangeiros e as agências financeiras multilaterais. Em agosto de 1995 foi enviada ao congresso a Emenda Constitucional com o texto da Reforma Administrativa, contendo o plano diretor da reforma

do aparelho do Estado (BRESSER-PEREIRA, 1998b). Para alcançar o objetivo de melhorar a qualidade das decisões, a nova gestão pública propõe uma maior autonomia e capacitação dos administradores e dos políticos eleitos. O caráter democrático da administração pública seria assegurado, segundo Bresser-Pereira (1998a), através de um serviço orientado para o cidadão-usuário ou o cidadão-cliente e baseado na responsabilização do servidor público perante os seus superiores, os políticos eleitos e os outros representantes formais e informais da sociedade (BRESSER-PEREIRA, 1998b; PIMENTA, 1998; SOUZA, 2002).

Nesse período, a história da saúde no Brasil pode ser resumida com o auxílio de uma divisão em quatro momentos como proposto por Bravo e Matos (2000): (i) primeiro momento - era Collor; (ii) segundo momento - era Itamar; (iii) terceiro momento - período do governo FHC em que é ministro da saúde o Dr. Adib Jatene e; (iv) quarto momento - período do governo FHC caracterizado pela passagem de três outros ministros - Seixas, Albuquerque e Serra (BRAVO; MATOS, 2002). O primeiro período (1990-1992), há a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (8080/90) e a Lei 8142/90, que regula a participação social e transferências intergovernamentais. É também um período em que se dão a construção das Constituições estaduais e Leis Orgânicas dos municípios. No plano nacional dá-se a instalação do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e a realização da 9ª Conferência Nacional de Saúde. Entretanto, ocorrem vários obstáculos à Reforma Sanitária Brasileira, com um recuo dos movimentos sociais e a disseminação da ideologia neoliberal, concomitante com a perda de poder aquisitivo dos trabalhadores de saúde, reforçando o corporativismo. É um momento de contraponto com uma clara “operação descrédito” contra o SUS e a clara redução de quase metade dos recursos para seu financiamento (BRAVO; MATOS, 2002).

Na era Itamar (1992-1994) houve um certo freio no sucateamento do setor e algumas proposições de fortalecimento do SUS na Gestão Jamil Haddad (1992-1993) contrabalançando com a ausência de iniciativas, porém sem idéias contrárias, marca da Gestão Henrique Santillo (1993-1995). Sua saída tem ligações com o êxito do Plano Real e a primazia da área econômica sobre a Social. Neste momento se dá a extinção do INAMPS (desejado pela Reforma Sanitária) concomitante com a implosão do conceito de seguridade (desejo da equipe econômica), acompanhada de nova redução dos recursos. É trabalhada a Norma Operacional Básica (NOB-93) que institui modalidades de municipalização e mecanismos de regulação (BRAVO; MATOS, 2002; PAIM, 2003).

A era FHC (1995-2002) foi caracterizada primeiro pela gestão Adib Jatene (1995-1996) quando não foi dada nenhuma prioridade ao setor por parte do Presidente da República. Período que caracterizou a cruzada do então ministro em busca da aprovação da Contribuição Permanente sobre Movimentações Financeiras (CPMF). Realizou-se a 10ª Conferência Nacional de Saúde (1996) onde se nota a completa ausência de outros atores do Governo Federal. Na gestão dos ministros José Carlos Seixas e Carlos César Albuquerque (1996-1998) é apresentada oficialmente uma outra proposta para a saúde, sistematizada e contrária ao SUS (BRAVO; MATOS, 2002). É no ano de 1997 - o chamado “Ano da Saúde” – em que é lançado o documento “Ações Prioritárias para a Saúde no Brasil”. Este, propõe, por um lado, um novo sistema estrutural com financiamento estável e fiscalização dos recursos e, por outro, o detalhamento de ações e metas prioritárias, marcadas pelo compromisso com a mudança do modelo assistencial por intermédio do Programa Saúde da Família (PSF) e forte mobilização da gestão municipal. Cria-se o Piso da Atenção Básica (PAB) que deveria se somar à recursos estaduais e municipais para o custeio da atenção básica e o Programa de Combate às Carências Nutricionais (PAIM, 2003).

Na gestão José Serra (1998-2002) se dá o ajuste da Política de Saúde à proposta da Reforma do Estado, quando de fato são implantadas as Normas Operacionais Básicas (NOB-93 e NOB-96), a defesa da reestruturação do atendimento hospitalar e ambulatorial, com descentralização mais rápida e decisiva com maior definição das atribuições das três esferas gestoras. Nesse aspecto, propõe dois subsistemas: um baseado em programas focais, de assistência básica, e outro com foco hospitalar apontando para a referência ambulatorial e especializada (ALMEIDA, 1999; BRAVO; MATOS, 2002; PAIM, 2003).

Foi um período marcado pela naturalização da concepção de cidadão consumidor e a regulamentação dos planos privados de saúde. As funções de regulação do setor saem da Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) do Ministério da Fazenda para o Ministério da Saúde e, são criadas as Agências Reguladoras: Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Dá-se início a um forte processo de normatização dos medicamentos e à montagem de um sistema de informações em saúde que pretendeu controlar despesas, avaliar qualidade, gerar indicadores para vigilância epidemiológica e medir os resultados obtidos a partir de dados em rede na intenção de controlar a execução dos recursos (ALMEIDA, 1999; BRAVO; MATOS, 2002; PAIM, 2003). O neoliberalismo, representado no Brasil pelo governo FHC, não conseguiu implantar o ‘Estado Mínimo’ (DUPAS, 1999). Conseguiu, por outro lado, em relação à forma

organizativa do Estado, implantar mudanças importantes, identificadas, por exemplo, na separação entre o financiamento e a execução dos serviços públicos. Passada a euforia neoliberal, mesmo um organismo como o Banco Mundial, forte promotor dessa ideologia, vem a público afirmar, através do seu Relatório de 1997, que “o desenvolvimento econômico e social sustentável é impossível sem um Estado atuante” (DUPAS, 1999; SOUZA, 2002).

Desde a aprovação da Constituição de 1988 até esse período, dois grandes eixos se apresentavam como questões complexas: a descentralização político-administrativa e a organização da atenção à saúde.

Para fazer frente a esses dois eixos, desenvolveu-se no setor um movimento denominado de ‘reforma da reforma’ do sistema. Este, além das determinações legais, buscou modificar o desenho e as operações da política de saúde no sentido de acelerar o processo de descentralização, reestruturar os mecanismos de financiamento das ações de saúde e, principalmente, fortalecer a atenção básica (BRASIL, 2003a, p. 113).

O ano de 1998 marcou o processo de consolidação do PSF, quando a iniciativa foi definida pelo Ministério da Saúde como estratégia estruturante para a organização do sistema de saúde, com vistas a organizar a base municipal dos sistemas de saúde a partir da atenção básica (BRASIL, 2003a). Outro aspecto que merece relevância é a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/01), em janeiro de 2001, com o objetivo geral de "promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis da atenção" (BRASIL, 2003a, p. 115).

No que diz respeito à avaliação, esses vinte anos foram marcados por uma forte hegemonia positivista, pelo que pode ser observado da prática avaliativa. Contemplando o *advocacy* e a *accountability* aos valores presentes, representava um ideal regulatório com vistas à racionalidade do processo decisório. Ou seja, prevaleceu a perspectiva da instrumentalização da pesquisa avaliativa para o sucesso da reforma do Estado (FARIA, 2005).

No período seguinte, o Plano de Gestão Pública do Governo Lula (2003-2006) se propôs a ter como marca o que chama de revitalização do Estado. Em que tem o Estado como solução, ou seja, exercendo papel ativo na redução das desigualdades e promoção do desenvolvimento, onde a administração pública pode e deve ser otimizada para aumentar a capacidade do Governo (BRAVO; MATOS, 2002). Estabelece como princípios: “(i) redução do déficit institucional; (ii) fortalecimento da capacidade de formular e implementar políticas; (iii) otimização de recursos; (iv) participação, transparência e ética; (v) o plano de gestão como

uma agenda positiva; (vi) implementação do Plano Plurianual, com inovações gerenciais e equacionamento de problemas estruturais da administração federal. Elabora-se um diagnóstico participativo; debatem-se os problemas e elabora-se um plano coletivo de governo” (BRAVO; MATOS, 2002).

É importante, aqui, tomar como referência a reflexão de Souza (2002) para quem:

[...] a reforma das administrações públicas é um processo de longo fôlego que, tendo sido iniciado, ainda não tem um final previsível. Os diversos atores sociais continuam atuando para fazer prevalecer seus pontos de vistas. Desenvolver uma reflexão sistemática sobre esse tema continua a ser, portanto, fundamental. O primeiro elemento que ressalta da reflexão sobre os processos de reforma é a necessidade de se explicitar os valores éticos em que se apóiam as diferentes proposições de reorganização do aparelho de Estado. A dimensão da eficiência econômica, embora importante, foi sobrevalorizada em um determinado momento, prejudicando as tentativas de realização dos objetivos democráticos [...]”. Para este autor “[...] parece possível, agora, avançar na construção de um consenso sobre o imperativo de conciliar eficiência e equidade, sob o primado desta última [...]” (SOUZA, 2002, p. 14).

Cabe, aqui, a reflexão de que o princípio da equidade não depende apenas da forma de organização e funcionamento do Estado; que diversos fatores de ordem política, econômica e social têm impacto mais abrangente sobre a equidade do que os fatores de ordem administrativa (PACHECO, 1999); e de que o SUS coloca-se como um desafio a ser perseguido, fazendo-se necessário que a saúde permaneça na agenda política e que haja movimentos sociais fortes, determinados a enfrentar a reducionista e persistente lógica econômico-gerencial (SOUZA, 2002).

A política de saúde no Governo Lula avançou positivamente nessa direção, em alguns aspectos. Embora tenha permanecido a crise financeira e gerencial no setor, houve considerável investimento na ampliação da atenção básica, por intermédio da Estratégia Saúde da Família (ESF), a criação de uma política inclusiva de saúde bucal, a implantação da reforma psiquiátrica e do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU). Também, esforços vêm sendo feitos no que diz respeito à formulação de políticas de assistência hospitalar no âmbito das urgências e da média e alta complexidade (PAIM, 2007).

Ainda, é marcante a aprovação dos ‘Pactos pela Saúde’ (Pela Vida, Em Defesa do SUS e de Gestão) que avança nas mudanças necessárias com vistas a um processo de descentralização mais racional, da integração das várias formas de repasse de recursos financeiros e da unificação de diversos pactos existentes (BRASIL, 2007). Este, vem se constituindo num franco esforço por parte da Gestão Tripartite do SUS (Ministério da Saúde, Conselho

Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS) em busca de avançar na responsabilização pela vida das pessoas.

No âmbito organizacional alguns avanços importantes vêm se concretizando em várias áreas do Ministério da Saúde com a criação em 2003 das Secretarias de Vigilância em Saúde, de Ciência e Tecnologia e de Gestão Estratégica e Participativa. Há de se reconhecer neste contexto o reforço nessas Secretarias de várias instâncias responsáveis por ações de monitoramento e avaliação.

Não obstante esses avanços, a priorização do setor parece não ser uma marca desse Governo que em seus primeiros quatro anos promoveu três mudanças de Ministro com conseqüente descontinuidade e lentidão em várias ações. É, entretanto, um período em que os indicadores de saúde da população e os referentes a recursos e cobertura do sistema de serviços de saúde, mantiveram evolução positiva. Exemplos são o aumento da expectativa de vida ao nascer, a diminuição mortalidade infantil, o aumento da realização de partos hospitalares e o da cobertura vacinal (PAIM, 2007).

Ao longo dessas décadas, no campo político, nas diversas formas de organização da sociedade, um conjunto de fatores proporcionou a articulação entre diversos atores e lideranças em torno de interesses comuns na direção da saúde da população. Por um lado, o tema da saúde pública mobilizava diversos movimentos sociais em busca da equidade e da universalidade da atenção à saúde. Por outro, em meio às mudanças ocorridas no setor, vinculadas às transformações políticas, o campo acadêmico e científico da saúde coletiva se organizava e se fortalecia enquanto uma nova área de conhecimento, inclusive fazendo movimentos fortes em busca de uma aproximação maior com a área de ciência e tecnologia (LIMA; SANTANA, 2006).

Não obstante esses movimentos, “[...] o campo da avaliação expandiu-se consideravelmente no final do século XX tanto em produção científica quanto no que diz respeito a sua institucionalização [...]”. Persiste, entretanto, “[...] uma importante lacuna relacionada com a incorporação do conhecimento produzido no plano da investigação pelos profissionais de saúde e pelos gestores” (VIEIRA-DA-SILVA, 2005, p. 30).

Por outro lado, a forte associação da ‘função avaliação’ “[...] à reforma gerencialista do Estado com ênfase nos resultados e na desresponsabilização/devolução/privatização da

provisão de bens” (FARIA, 2005, p. 99), “[...] embora não tenha despertado maior interesse das áreas da ciência política e da sociologia [...]”, “[...] isso não ocorreu na seara da administração pública como demonstrado por periódicos nacionais da área e pelas publicações do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas, da Fundação Seade e da Fundação Carlos Chagas [...]” (FARIA, 2005, p. 100). Ainda, essa tenha sido a tônica favorecida pelos organismos multilaterais ao fomentar sistematicamente apoio técnico e financeiro para projetos de organizações e profissionais do campo da academia, dos serviços e do campo político, atrelados à exigência de avaliação (FARIA, 2005).

Em importante debate publicado nos Cadernos de Saúde Pública, Hartz (1999) afirmava: “[...] no Brasil, e em outros países da América do Sul, a prática da avaliação na função pública é rara embora se observe que ela ocupa um espaço crescente nos textos legais e técnico-científicos” (HARTZ, 1999, p. 230). E, sobre o aperfeiçoamento do campo e a divulgação de conhecimentos e metodologias de avaliação, a autora concluiu:

[...] sem um esforço de institucionalização por parte das estruturas político-governamentais, que introduza incentivos técnico-financeiros encorajando uma cultura de avaliação para tomada de decisão e alocação orçamentária dos programas, todo este conhecimento é mero exercício acadêmico, impotente para contribuir na melhoria dos problemas avaliados (HARTZ, 1999, p. 243).

Essa reflexão em torno da avaliação das políticas públicas em geral é também válida para o setor saúde, principalmente no período 1980-2000. Nos anos seguintes houve um período em que se buscou aprofundar

[...] a questão da especificidade da investigação de sistemas e serviços de saúde e das variáveis que interferem na relação entre pesquisa e tomada de decisão levando em consideração o processo político [...], permitindo [...] a crítica ao modelo instrumental/normativo das formas de relação entre pesquisa e tomada de decisão [...] (VIANA et al., 2006, p. 58).

Apesar disso, prevaleceu a lógica investigativa demandada, quando não pelos organismos financiadores externos, aquelas de interesse acadêmico dos pesquisadores ou em decorrência de encomendas de setores organizados da sociedade (FELISBERTO, 2006).

A partir de 2003, o contexto político estabelecido pela nova gestão do Ministério da Saúde, favoreceu a uma nova postura no que diz respeito à contratação ou encomenda de pesquisas avaliativas. Embora, as características das demandas pontuadas acima tenham permanecido estas deixavam de ser hegemônicas, tendo crescido em relação à política nacional de saúde uma mudança de postura que passava a influenciar na delimitação do objeto a ser avaliado e



possibilitando aos ‘decisores’ tornarem-se partícipes do processo avaliativo (FELISBERTO, 2006; VIANA, et al., 2006).

Em publicação sobre estudo realizado no período 2003 a 2006, cujo objetivo principal foi discutir a experiência de relação entre investigadores e decisores envolvendo gestores estratégicos do Ministério da Saúde, Viana et al. (2006) afirmam:

[...] A interação constante no processo de formulação conjunta do projeto de pesquisa, apesar das tensões, acabou por estabelecer uma relação de confiança recíproca entre equipes que pouco se conheciam. Por parte dos decisores, ela se concretizou na crença de que a pesquisa era expressão de suas necessidades e, por isso, podia fornecer subsídios importantes para as decisões a serem tomadas e indicar ajustes no rumo da política em construção. Por parte dos pesquisadores, a confiança se estabeleceu pelo sentimento de relevância do trabalho (VIANA et al., 2006, p. 61).

No contexto do sistema de saúde, também os dispositivos avaliativos evolue em diferentes sentidos em razão dos arranjos institucionais assumidos ao longo do tempo. Nesse sentido, embora seja importante estabelecer conexões entre as concepções de Estado e de Política de Saúde que compõem a arena de implantação do SUS e, os aspectos doutrinários contidos nas políticas de institucionalização da avaliação, é também relevante lembrar que as práticas avaliativas não estão totalmente vinculadas aos interesses prioritários do Estado, uma vez que elas podem se tornar elementos mobilizadores de uma variedade de mudanças em vários níveis do sistema, como “[...] em disputas eleitorais, e até mesmo na busca de acomodação de forças e de interesses no âmbito intraburocrático” (FARIA, 2005, p. 100). Estas considerações nos remete novamente ao referencial teórico conceitual sobre institucionalização, uso e influência da avaliação já apresentado anteriormente.

Várias iniciativas vêm sendo desenvolvidas ao longo dos últimos anos, com vistas ao aprimoramento e à consolidação do SUS e, sua efetivação se dá a partir da implantação de projetos, os quais abrangem desde os aspectos legais normativos às intervenções sobre os problemas de saúde. A maioria das avaliações, entretanto, vem sendo focadas no processo de descentralização ou de implantação de programas específicos (VIACAVA et al., 2004).

De uma maneira geral, melhorar a saúde da população é o objetivo central e máximo dos sistemas de saúde. Entretanto, o alcance dessa meta é um processo complexo, que envolve objetivos intermediários e ações intersetoriais. E a prestação de serviços, individuais e coletivos, assim como as ações intersetoriais são apenas um dos modos de melhorar a saúde da população. Fatores vinculados à situação socioeconômica, ambientais, biológicos e genéticos e os comportamentos coletivo e individual têm influência poderosa sobre a saúde. Sendo assim, é necessário o refinamento do conhecimento de como esses fatores interagem, como influenciam a

saúde dos indivíduos e das populações, e de como contribuem para o alcance da meta central dos sistemas de saúde (VIACAVA et al., 2004, p. 714).

### **1.3 Avaliação na Atenção Básica no Brasil**

Podemos considerar como marco inicial do processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica no âmbito do SUS, a formulação pelo Ministério da Saúde em 1998, do Pacto de Indicadores da Atenção Básica, concebido como um instrumento nacional de monitoramento das ações e serviços de saúde referentes à atenção básica. Este foi instituído pela Portaria GM/MS nº 3.925 de 1998, que aprovou o “Manual para Organização da Atenção Básica” e pela Portaria 476 de 1999, que regulamentou o processo de acompanhamento e avaliação da atenção básica (BRASIL, 2003b).

Do ponto de vista do fortalecimento institucional, em 1999 foi criada a Coordenação de Atenção Básica no âmbito do Ministério da Saúde:

[...] que seria em seguida (2000), transformada em Departamento, com estrutura de três coordenações: a primeira com a tarefa de acompanhar a implantação das equipes do Saúde da Família e o desenvolvimento das responsabilidades da atenção básica; a segunda com a tarefa de executar os projetos de qualificação do processo de trabalho da atenção básica/PSF, principalmente na área de capacitação dos profissionais de saúde; e a terceira com a função de acompanhar e avaliar o processo de reorganização da atenção básica, com ênfase na estratégia do PSF (BRASIL, 2003a, p. 115).

O Programa Saúde da Família (PSF) vem se constituindo, ao longo do tempo, como indutor desse processo de institucionalização da avaliação na atenção básica e a criação, na estrutura organizacional do Departamento de Atenção Básica (DAB) de uma Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CAA) marca essa característica, principalmente quando se atribui a esta, a responsabilidade da condução gerencial de iniciativas processuais de grande envergadura como: o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, estabelecido mediante negociação entre as três esferas de gestão, que tem se constituído num esforço coletivo de incorporação da avaliação à prática da gestão e de articulação com os processos de programação; a Investigação Avaliativa representada pela realização de estudos e pesquisas de abrangência nacional e o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), principal instrumento de monitoramento da atenção básica com características muito peculiares de apoio à gestão, ao fazer uso dos conceitos de territorialização, adscrição de clientela e potencialidade de uso por profissionais integrantes das equipes de saúde para discussão com a

comunidade usuária e programação local (BRASIL, 2004; FELISBERTO, 2004; HARTZ, 2000; SOUZA, 2002a).

Na perspectiva de conhecer melhor o processo de implantação da ESF no país a CAA/DAB realizou relevante estudo, entre 2001 e 2002, por intermédio de uma avaliação normativa. Esta, buscou caracterizar a infra-estrutura das unidades, a gestão e os processos de trabalho das equipes à luz das diretrizes do PSF (BRASIL, 2004).

Ainda, nesse período, contemplou no acordo de empréstimo assinado entre o governo brasileiro e o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD - Banco Mundial) que originou o Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (Proesf), um componente de Monitoramento e Avaliação com financiamento específico, com vistas ao fortalecimento de sistemas de monitoramento e avaliação da atenção básica, principalmente nos municípios acima de cem mil habitantes (BRASIL, 2003a; FELISBERTO, 2004).

Um segundo marco em relação à avaliação da atenção básica no Brasil, se deu entre 2003 e 2006. Neste período a CAA/DAB iniciou o desenvolvimento de diversas ações com vistas à implantação de uma política de avaliação para a atenção básica, calcada em algumas diretrizes: 1) Parcerias com instituições de ensino e pesquisa nacionais e internacionais, bem como com associações profissionais de reconhecido prestígio político e acadêmico; 2) Mobilização de atores institucionais por intermédio de processos amplamente participativos, que buscaram não apenas o estabelecimento de alianças no desenvolvimento de projetos, mas que permitiram, sobretudo, a adesão e incorporação de propostas de forma mais coerente com as múltiplas necessidades do sistema de saúde; 3) Identificação de fontes de financiamento e garantia de recursos orçamentários para os projetos; 4) Definição de estratégias organizacionais para qualificação de profissionais no campo da avaliação (BRASIL, 2005a; FELISBERTO, 2004, 2006).

Estabeleceu-se, nessa fase, o desafio de articular os diversos projetos e ações propostos e/ou em execução como ‘ferramentas’ para o monitoramento e avaliação da atenção básica, na direção da construção e sistematização de uma Política de Avaliação para a Atenção Básica no Brasil. A partir do debate mais ampliado no âmbito do Ministério da Saúde e da Comissão Intergestora Tripartite, se procurou definir as estratégias de ação necessárias a dar

organicidade ao conjunto das diversas iniciativas e processos de trabalho em curso (FELISBERTO, 2004).

A reformulação do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) com o objetivo de transformá-lo num sistema mais abrangente de toda a atenção básica, superando os limites do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família; a dinamização do Pacto de Indicadores da Atenção Básica como instrumento de mobilização, de negociação política, mas efetivamente, como elemento norteador da formulação das políticas setoriais e da programação das ações; a divulgação de forma ampla dos estudos e pesquisas realizados sobre a atenção básica, proporcionando o acesso de gestores, profissionais dos serviços de saúde e docentes, pesquisadores e estudantes das instituições de ensino e pesquisa; a disponibilização pública do banco de dados do SIAB; a exploração dos sistemas de informação e outras fontes de dados produzindo-se indicadores e analisando-os com vistas a publicações institucionais; a construção de instrumentos que permitem o uso mais sistemático da informação pelas equipes de saúde e gestores do sistema; a divulgação de experiências exitosas implementadas por estados e municípios; a realização de novos estudos e pesquisas como necessidade à complementação do monitoramento e a identificação de fontes de financiamento e definição de orçamento para as ações de avaliação, foram algumas das estratégias efetivadas pelo Ministério da Saúde durante o período (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008; FELISBERTO, 2004, 2006).

Ainda, o fomento ao debate interno sobre a necessidade da integração das práticas de monitoramento e avaliação e sua articulação com o planejamento e a formulação das políticas setoriais, com vistas a uma repercussão uníssona nas programações e pactuações, resultou em ocupação de importante espaço da avaliação no planejamento macroestratégico das ações de saúde (FELISBERTO, 2004, 2006).

A conjunção de decisão político-institucional, recursos financeiros, mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação dos recursos humanos para avaliação constituiu o eixo para a construção da capacidade institucional, o que, contribuiu para superar a prática de se estabelecer processos avaliativos unicamente atrelados à intervenção (FELISBERTO, 2004, 2006).

Paralelamente, se fez necessário a renegociação do acordo de empréstimo que financiava o Proesf no que concerne ao componente de Monitoramento e Avaliação, tanto no que diz

respeito aos seus subcomponentes e/ou ações programadas, quanto no que se refere ao volume de recursos destinados à sua execução. A inclusão da proposta de Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação e o aumento dos recursos financeiros de U\$ 7 milhões para U\$ 25 milhões previstos para a primeira fase do Proesf no Componente III, se caracterizaram como elementos direcionados a dar corpo à superação daquele desafio identificado para a definição da política, constituindo fatores estruturadores da sustentabilidade para a construção da capacidade avaliativa em saúde para o SUS (FELISBERTO, 2004, 2006). A primeira proposição, acima ressaltada, passou a se constituir no eixo estruturante do delineamento da política de avaliação para a atenção básica no país, a partir da construção, pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES), dos Planos Estaduais para Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (BRASIL, 2003a; BRASIL, 2005a; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007; FELISBERTO, 2004, 2006).

A importância conferida pelos gestores estaduais ao componente da avaliação da atenção básica pode ser expressa pela seguinte afirmação:

O CONASS acredita que o processo de acompanhar, monitorar e avaliar as ações e os serviços da Atenção Primária contribui para o aprimoramento das estruturas, processos e resultados da estratégia, ampliando e fortalecendo a cooperação entre as SES e os municípios, o que refletirá na ampliação do acesso e qualificação da atenção prestada à população, nos serviços de saúde.

Se a avaliação está inserida como uma importante Macrofunção, não pode, portanto, ser compreendida somente como atribuição delegada a avaliadores externos, devendo fazer parte do conjunto de atividades desempenhadas pelos gestores do sistema e das equipes de saúde. Neste sentido, inserem-se as diversas ações e estratégias para o alcance do que vem se denominando 'institucionalização da avaliação' [...] Esse processo de formulação nacional, encontrou total convergência com posicionamentos e propósitos dos gestores estaduais e das iniciativas do CONASS, que além de participar ativamente na Comissão de Avaliação da Atenção Básica, (Portaria GM/MS n. 676 de 03 de junho de 2003) constituiu, em 2004, por deliberação dos secretários estaduais, um grupo de trabalho para aprofundar o debate e definir posicionamentos sobre acompanhamento, avaliação e regulação da Atenção Primária à Saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007, p. 111).

#### **1.4 Sustentabilidade de Programas**

Muitos países têm desenvolvido sistemas de monitoramento e avaliação de programas bastante elaborados. Entretanto poucos produzem informação regular sobre sua continuidade ou sobre até que ponto eles produzem os benefícios esperados. Este pouco privilegiamento ao monitoramento da sustentabilidade tem surpreendido alguns autores, em virtude do grande número de projetos que sofrem descontinuidade após o término de sua implementação (KHAN, 1998; LENNIE, 2005; ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2002; VALADEZ; BAMBERGER, 1994; WORLDBANK, 2007).

As primeiras avaliações de sustentabilidade de projetos conduzida pelo Departamento de Avaliação de Operações do Banco Mundial (World Bank's Operations Evaluation Department) foram realizadas entre os anos 1985-1990 e apresentaram razões importantes para justificar o aumento da preocupação com a implantação de projetos que não demonstram potencialidade de serem sustentáveis. O maior desses estudos, realizado em 1989, avaliou 557 projetos e identificou apenas 291 como provavelmente sustentáveis. Este, representou a primeira tentativa sistemática de avaliar a sustentabilidade de todos os projetos financiados pelo Banco Mundial (VALADEZ; BAMBERGER, 1994).

Estudos anteriores realizados por Honadle e Vansant (1985) apontavam para a necessidade da valorização do contexto de implantação dos projetos, seja este relacionado à operacionalização dos mesmos ou à capacidade institucional necessária (HONADLE; VANSANT, 1985). Por outro lado, em anos mais recentes, outros estudos sugerem a propriedade de se estar atento às questões da sustentabilidade desde o início da implantação dos projetos (PLUYE et al., 2005; RIDDE; PLUYE; QUEUILLE, 2006; SCHEIRER, 2005).

O conceito de sustentabilidade se refere à continuação dos programas (PLUYE; POTVIN; DENIS, 2004; SCHEIRER, 1994; SHEDIAC-RIZKALLAH; BONE, 1998) e “Institucionalização” é o sinônimo mais comumente usado. Frequentemente considerada sob a perspectiva do ciclo de vida de um programa, incluindo seu desenvolvimento, implementação, avaliação, permanência e, às vezes, sua disseminação para outras localizações ou beneficiários (PLUYE; POTVIN; DENIS, 2004; SCHEIRER, 2005), a sustentabilidade refere-se à probabilidade de um programa ser capaz de continuar suas atividades operacionais ao longo do tempo. Isso pode depender de vários fatores, como a continuação da relevância e

da legitimidade do programa, sua estabilidade financeira, a permanência de uma direção eficaz e sua habilidade para resistir a mudanças (ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT, 2002).

Nessa perspectiva, a estrutura social que caracteriza a sustentabilidade de um programa é a rotina organizacional e, nesse caso, o programa que se pretende que seja sustentável ‘deve contar com o apoio de alguma forma de ação organizada’, mesmo que inseridos em sistemas complexos e na dependência de fatores contextuais diversos (PLUYE; POTVIN; DENIS, 2004). Adotando a concepção teórica dos autores acima citados, a sustentabilidade deve ser avaliada sob duas perspectivas: uma intra-organizacional e outra relativa às pressões externas que influenciam as organizações tais como os padrões institucionais. Traz-se, aqui, a concepção de sustentabilidade como constituída de processos primários de rotinização e processos secundários de padronização (PLUYE et al., 2004, 2005; PLUYE; POTVIN; DENIS, 2004).

Considerando que uma rotina organizacional é, por sua própria definição, um evento durável e que a regularidade das atividades sociais da avaliação dependem destas rotinas, Pluye et al. (2004) as categorizam em termos de memória, adaptação, valores e regras e definem rotinização como o processo primário pelo qual a sustentabilidade de uma intervenção é alcançada (PLUYE et al., 2004). Estes autores referem, ainda, que novas rotinas precisam ser integradas às rotinas normais através do aprendizado organizacional e que rotinas programáticas precisam ser renovadas de tempos em tempos para que os programas sobrevivam. A sustentabilidade de um programa termina quando as rotinas renovadas deixam de estar relacionadas aos objetivos do mesmo. Assim, uma rotina organizacional é considerada uma condição interna da sustentabilidade de uma intervenção (PLUYE et al., 2004; PLUYE; POTVIN; DENIS, 2004).

Sob a perspectiva extra-organizacional, a sustentabilidade pode obedecer a padrões institucionais oficiais que dão origem a rotinas padronizadas mais duráveis. Os padrões institucionais criam as ‘regras do jogo’ que geram processos de institucionalização. Estes correspondem a princípios, normas, leis e regras para todo um sistema social. As regras e diretrizes governamentais que definem comportamentos para organizações e pessoas proporcionam o funcionamento dos padrões institucionais. Considerando essas definições de ‘instituições e padrões governamentais’ pode-se exemplificar como padrões institucionais as

regras, diretrizes e políticas estabelecidas pela gestão tripartite do SUS (PLUYE; POTVIN; DENIS, 2004; PLUYE et al., 2004).

Portanto, o padrão institucional proposto pelas políticas públicas no âmbito do monitoramento e avaliação da atenção básica cria condições para uma sustentabilidade mais robusta do que as rotinas de qualquer organização tomadas individualmente. A Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica atua como o padrão institucional para promover o desenvolvimento de uma cultura avaliativa, além de outros padrões que orientam a prática avaliativa na atenção básica em saúde no Brasil, tais como a Política Nacional da Atenção Básica e o Pacto pela Saúde.

Entretanto, na avaliação de políticas, a análise e estimativa da extensão em que as diretrizes ou os objetivos das políticas tiveram sucesso com relação a seus objetivos originais, ou seja, se as expectativas iniciais foram atingidas, é a primeira pergunta (VAN DER KNAAP, 2004). A implantação é uma das primeiras preocupações na avaliação da política, uma vez que a sustentabilidade é influenciada por eventos específicos da implantação, por eventos mistos da implantação e da sustentabilidade e específicos da sustentabilidade, na dependência dos fatores contextuais (PLUYE; POTVIN; DENIS, 2004; PLUYE et al., 2005).

### **1.5 Modelo Teórico da Avaliação**

Partindo da revisão anteriormente apresentada, torna-se necessária a demarcação de conceitos e opções metodológicas para alcance dos objetivos deste Projeto.

#### **1.5.1 A Avaliação Baseada em Teoria**

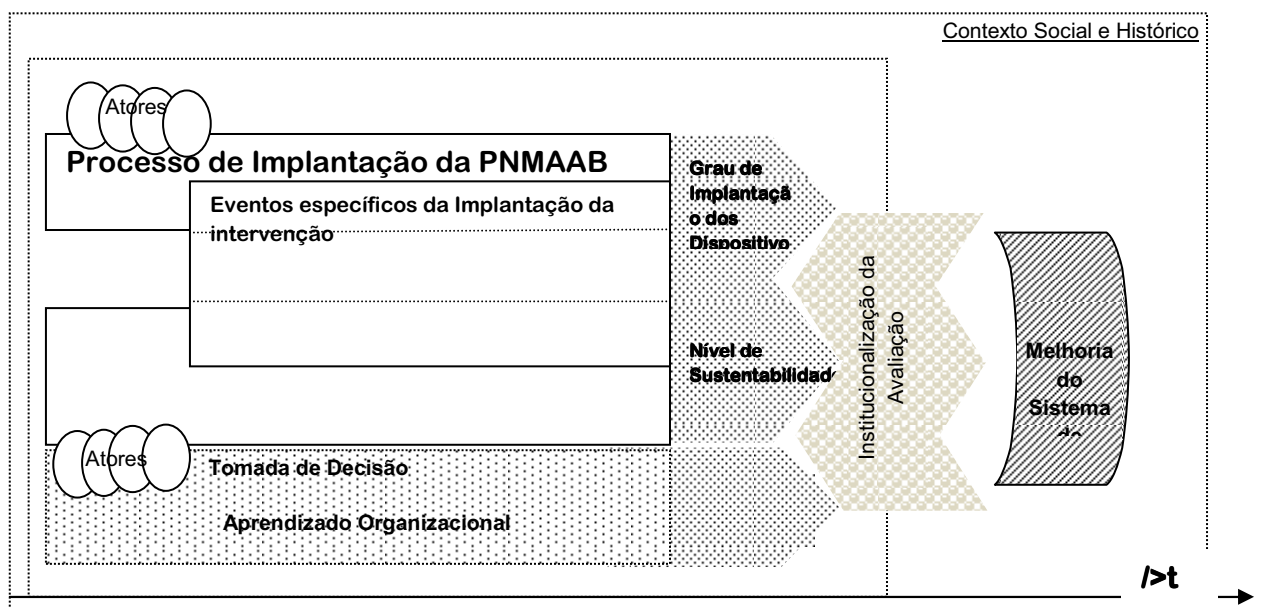
O referencial utilizado é o da Avaliação Baseada na Teoria, defendido por Knaap (2004). Para este autor, a avaliação baseada na teoria é a análise e estimativa do valor da contribuição de estratégias de intervenção para resolver ou controlar problemas sociais, ou seja, para provocar a mudança social esperada. A teoria refere-se à racionalidade, à lógica entre o problema e a solução proposta e ainda entre os objetivos e a maneira como esses objetivos podem ser atingidos pela gestão e uso de recursos. Contempla processos de mudanças sociais (CHEN, 1990; VAN DER KNAAP, 2004).



Ainda, a teoria pode ser dividida em duas categorias: a macro e a micro-teoria (HARTZ, 1999). A macro-teoria reflete a lógica das relações causais entre a intervenção e os efeitos num determinado contexto, podendo ser expressa através de modelos teóricos ou quadro teórico-conceituais. A micro-teoria contempla o funcionamento da intervenção na relação com os produtos e demais efeitos, podendo ser expressa através de modelos lógicos (HARTZ, 1999).

Modelos lógicos são representações plausíveis e adequadas do funcionamento da intervenção sob certas condições para resolver os problemas identificados. Geralmente são apresentados sob forma de diagramas sendo os seus principais componentes os recursos (estrutura), atividades e produtos (MCLAUGHILIN; JORDAN, 1999). O modelo lógico da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica em Saúde no Brasil foi apresentado no documento “Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização” (BRASIL, 2005a) e, será utilizado como base para avaliação do seu grau de implantação.

Van der Knaap (2004) denomina a micro-teoria de teoria da política, ou ainda, um sistema de valores, normas e premissas que se relacionam com vínculos causais entre ações e o resultado de ações. Neste caso, explica o modo como a política produz os seus efeitos (VAN DER KNAAP, 2004). O quadro teórico apresentado na figura 1 pode ser compreendido como a macro-teoria da intervenção sendo a base para grande parte da construção dos instrumentos de avaliação.



**Figura 1:** Quadro teórico da tese.

A figura 1 apresenta a Política como uma intervenção para qualificação da atenção básica e da eficiência do SUS e em especial para o alcance dos seus princípios e diretrizes (CONTANDRIOPOULOS, 2000, 2006; FELISBERTO, 2004; PLUYE et al., 2005; POTVIN; GENDRON, 2006), cuja implantação deve ser pensada ao mesmo tempo em que o Planejamento e a Sustentabilidade da mesma (PLUYE et al., 2005).

Este estudo deve ser entendido como um processo de avaliação que se preocupará com a identificação dos dispositivos institucionais da intervenção, a estimação do Grau de Implantação, e do Nível de Sustentabilidade, procurando identificar os fatores explicativos para as medidas operacionalizadas encontradas.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Considerando, que diversos fatores de ordem teórica e prática podem influenciar a implantação de uma política ou programa, a reprodutibilidade operacional de uma intervenção, ou, ainda a sustentabilidade necessária à sua permanência e manutenção, propomos este estudo com vistas a uma análise de implantação da política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil, partindo do pressuposto que esta pode ser entendida como um Programa direcionado à qualificação da gestão da atenção básica em saúde, por intermédio da produção de avaliações úteis à tomada de decisão.

Toma como objeto a relação entre o grau de implantação da política (retrato do processo de institucionalização da avaliação implementado) e seus efeitos no sistema de saúde brasileiro, o contexto político-organizacional e a sustentabilidade da mesma, destacando o uso/utilização e o quanto promoveu de integração de suas proposições às rotinas organizacionais.

Este estudo proporcionará, também, acúmulo de conhecimento e publicações que poderão contribuir com o debate acadêmico-científico sobre o uso ou influência da avaliação atualmente presente em nível internacional, bem como com a proposição de métodos para avaliação de sustentabilidade de sistemas de monitoramento e avaliação no campo da saúde pública.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Avaliar a implantação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica em Saúde no Brasil, no período de 2003 a 2006 e a sua sustentabilidade considerando o período 2003-2008.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- a) Desenvolver uma proposta de auto-avaliação de programas de avaliação da atenção básica para as Secretarias Estaduais de Saúde;
- b) Avaliar a implantação da política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil no período de 2003 a 2006, considerando os dispositivos institucionais produzidos pela gestão federal do SUS;
- c) Avaliar a influência da implantação nos efeitos produzidos pela Intervenção a partir da interação com o contexto político-organizacional;
- d) Analisar a sustentabilidade da política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil no período de 2003 a 2008.

## **4 MÉTODO**

O estudo constitui-se em uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação que incorpora o grau de implantação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (PNMAAB) e os efeitos dessa intervenção (DENIS; CHAMPAGNE, 1997) e, incorpora a lógica da tradução (interpretação dos atores sobre a política) para explicar a adaptação mútua entre intervenção, atores e contexto. Esta adaptação é considerada esperada uma vez que a mudança do produto inicial desejado, ou seja, sobre o modelo lógico da intervenção e, conseqüentemente sobre o seu grau de implantação, é inerente à implantação da mesma (CINQ-MARS; FORTIN, 1999). Além disso, investiga a dimensão da sustentabilidade com vistas à proposição de um método de medição de continuidade e durabilidade da Política.

A abordagem metodológica adotada foi o estudo de caso (YIN, 2005). A escolha desta abordagem se justifica em razão de que os limites entre o processo de implantação da Política, os efeitos observados e sua sustentabilidade em cada contexto não podem ser isolados. Na avaliação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, é praticamente impossível controlar todas as variáveis que estão envolvidas na explicação da situação na qual se encontra o objeto de estudo.

### **4.1 Seleção dos Casos**

A pesquisa teve duas unidades de análise (federal e estadual) e três unidades de observação compostas pela Gestão Federal da Atenção Básica no Brasil e duas Secretarias Estaduais de Saúde (SES 1 e SES 2). A seleção destas últimas partiu dos achados da pesquisa Avaliação Formativa do Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica das SES em Monitoramento e Avaliação, encomendada pelo Ministério da Saúde e realizado em 2006 (NATAL et al., 2008) e do aprofundamento desse estudo por intermédio de recente Dissertação de Mestrado (ALVES, 2008).

## **4.2 População de Estudo**

As entrevistas foram realizadas com gerentes de projetos, coordenadores, assessores e diretores do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde; gestores das duas Secretarias Estaduais de Saúde; dirigentes do Banco Mundial, órgão financiador do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf) dirigentes do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

Os documentos analisados foram os Relatórios de Gestão e Documentos Técnicos Institucionais da Coordenação de Avaliação da Atenção Básica do Ministério da Saúde, Portarias, Ata do Conselho Nacional de Saúde, Atas de Reuniões da Comissão Intergestora Tripartite, Relatórios de Oficinas e Seminários, Artigos Institucionais e Editais de Pesquisa. Estes objetivaram apreender o desenvolvimento das atividades da política desde a sua implantação.

## **4.3 Qualidade do Estudo**

Foram considerados quatro critérios de qualidade: validade interna, validade externa, validade de construção e confiabilidade.

Após revisão do modelo lógico da Política (BRASIL, 2005a), procedeu-se a construção de um quadro teórico (figura 1) para esta pesquisa, como forma de adequação do padrão a ser utilizado, procurando dar robustez à validade interna do estudo, ou seja, fortalecendo a confiança nas relações explicativas entre causa (PNMAAB) e efeitos (dispositivos institucionais da avaliação produzidos, atividades rotinizadas, aprendizado institucional, etc.).

Buscando a generalização analítica (teórica e não estatística) do modelo, a referência ao quadro teórico da pesquisa tornou-se a base da validade externa do estudo. A validade externa, diz respeito à capacidade de realizar generalizações além do estudo de caso imediato. Para Yin (2005) o desenvolvimento de uma estrutura teórica constitui-se em importante instrumento para generalizar casos novos. Ainda, a coleta dos dados permitiu a comparação entre os discursos dos entrevistados e a análise documental, além da análise consensuada dos pesquisadores.

Por fim, a confiabilidade foi garantida com a elaboração dos protocolos de pesquisa testados em caso-piloto e, também, com o arquivamento dos documentos em um banco de dados, base comprobatória das análises. O banco contém todos os dados do relatório do pesquisador (YIN, 2005).

#### **4.4 Coleta de Dados**

Neste estudo, as fontes de evidência foram a análise documental e as entrevistas semi-estruturadas. Foram utilizados roteiros de entrevista (Anexos A, B, C). Neste sentido, a coerência entre o Grau de Implantação da intervenção e os Níveis de Sustentabilidade, foi favorecida pela escolha das variáveis definidas em consonância com os critérios já estabelecidos no modelo lógico da PNMAAB, aliada à revisão da literatura. Esta relação dos critérios com o modelo lógico, além de favorecer a validade interna do estudo, contribui com a validade de conteúdo e de construção dos instrumentos de coleta. Ainda, para melhorar a validade de critério, eles foram revisados por informantes-chave buscando retratar com maior sensibilidade e especificidade o que se quiz medir.

##### **4.4.1 Procedimentos para a Coleta de Dados**

As entrevistas foram realizadas em salas cedidas pelo Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde, ou em outro espaço que assegurasse o sigilo das informações, após contato telefônico para agendar o encontro. Foram utilizados roteiros diferentes para gestores e técnicos. O levantamento documental possibilitou a triangulação das informações obtidas nas entrevistas, proporcionando maior robustez ao estudo. Ainda, favoreceu a confiabilidade das informações. Foram realizadas buscas e leituras minuciosas de documentos do MS e das SES, identificando-se ações implementadas no decorrer da implantação, bem como o surgimento de elementos inovadores.

#### 4.5 Estratégia de Análise e Apresentação dos Resultados

A atualidade do conjunto de projetos e atividades desenvolvidos no bojo da PNMAAB e com vistas a facilitar o aprimoramento e a qualificação da atenção básica e do SUS, optamos por apresentar a análise e os resultados deste estudo por intermédio de três artigos científicos. Dois deles já foram publicados e estão disponibilizados em periódicos indexados na base *Scielo*<sup>®</sup> que dá acesso livre a qualquer profissional do SUS interessado, seja ele ligado ao serviço, à gestão ou às instituições de ensino e pesquisa.

A idéia inicial foi a de aumentar a utilidade potencial da pesquisa, contribuindo para a qualificação da capacidade técnica nos diversos níveis do sistema de saúde, além de disponibilizá-la para o apoio ao aprimoramento do planejamento e da gestão das políticas e/ou programas setoriais.

Visa, assim, a qualificação do processo decisório concomitante ao fomento da ‘cultura avaliativa’ no sistema de saúde brasileiro, procurando ressaltar as preocupações de Sanders (2003), para quem:

[...] algumas razões são mais freqüentes para a não incorporação da avaliação como prática cotidiana: 1) a incerteza quanto a seus benefícios; 2) a não visualização de resultados positivos como decorrência da prática da avaliação; 3) a possibilidade do aumento nos custos e a pouca evidência sobre a relação custo-benefício; 4) a pouca disponibilidade de avaliadores ou profissionais treinados para fazer avaliações; 5) a pouca evidência de efeitos positivos no trabalho dos profissionais avaliados (SANDERS, 2003, p. 4).

O primeiro artigo, publicado em 2008, foi elaborado visando a apresentar um instrumento de auto-avaliação do projeto Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação, integrante da PNMAAB, com ações voltadas para os gestores, com ênfase para os estados e municípios apoiados financeiramente pelo Proesf, fruto de acordo de empréstimo internacional firmado pelo Brasil com o Banco Mundial.

Durante a fase de implantação do projeto foi proposta, pelo Ministério da Saúde, a realização de uma avaliação formativa, de caráter normativo, para conhecer como estava ocorrendo a sua implantação. Esta teve, também, como um de seus objetivos desenvolver uma matriz de auto-avaliação, com a utilização do método rápido de avaliação (REM), de maneira que o gestor pudesse medir a implantação do ‘monitoramento e avaliação’ no próprio estado (MCNALL; FOSTER-FISHMAN, 2007).



A matriz de auto-avaliação atenderia à oportunidade do estudo e, também, à utilidade, pois se constitui em uma abordagem de baixo custo e de fácil aplicabilidade para o nível local. Foi construída contemplando as seis dimensões apresentadas no modelo lógico da PNMAAB, nas quais foram baseados os critérios e indicadores da mesma (BRASIL, 2005a; FELISBERTO et al., 2008a). Por outro lado, ressaltava a importância da gestão estadual de saúde no processo de institucionalização da avaliação da atenção básica no momento da descentralização das ações de saúde, em andamento no país (FELISBERTO et al., 2008a). Este primeiro artigo permitiu a construção de um modelo teórico, elaborado por avaliadores externos, que periodicamente era discutido com a equipe do Ministério da Saúde.

O segundo artigo, publicado em 2009, considerou a PNMAAB como uma intervenção direcionada à qualificação da gestão da atenção básica em saúde no Brasil. Partiu da necessidade de estudos que possam contribuir para a melhoria das políticas públicas em execução e do pressuposto de que a análise de implantação de programas constitui-se em uma metodologia de avaliação capaz de oferecer subsídios com esse fim.

Este artigo apresentou os resultados da análise de implantação da PNMAAB, considerando os dispositivos institucionais produzidos pela gestão federal do SUS no período compreendido entre 2003 e 2006, representativos dos componentes que integram o seu modelo lógico (BRASIL, 2005a; FELISBERTO et al., 2009). Com esse objetivo, estimou o grau de implantação desses dispositivos e avaliou a sua influência nos efeitos produzidos pela PNMAAB a partir da interação com o contexto político-organizacional.

Ainda, descreve a complexidade que envolve o objeto avaliado, compreendendo a percepção e representação dos envolvidos sobre o processo vivido, associando-as a um método específico de Análise de Implantação de Programas (DENIS; CHAMPAGNE, 1997). E, embora apresente limites decorrentes da metodologia, que trabalhou com caso único, a fundamentação teórica dessa avaliação pretende influenciar seu uso. Seja na agenda da política nacional de saúde, na formulação de novas diretrizes ou na implantação de programas e ações que tenham como objetivos a institucionalização da avaliação no campo da saúde.

O terceiro artigo, enviado para publicação, analisa a sustentabilidade da PNMAAB, permitindo refletir sobre as ações técnicas, os processos de trabalho nela produzidos e sua contribuição para o desenvolvimento da cultura avaliativa no país.

Parte da compreensão de que a prática avaliativa precisa que certo grau de institucionalização deva ser atingido para que se torne efetiva e produza efeitos formativos sobre a conduta da ação pública. E, também, do entendimento da institucionalização da avaliação enquanto um processo por intermédio do qual, dispositivos institucionais são criados, modificados ou suprimidos (JACOB, 2005). Estes últimos, compreendidos enquanto recursos, participação dos atores envolvidos, além de regras que contribuem ao desenvolvimento e à perenidade da prática avaliativa (CONTANDRIOPOULOS, 2006; JACOB, 2005).

Este último artigo apresenta os eventos críticos da PNMAAB no período de 2003 a 2008, na Gestão Federal da Atenção Básica do SUS e em duas Secretarias Estaduais de Saúde (unidades de análise), identificados a partir da Técnica de Incidentes Críticos, e interpretados e classificados em razão de serem ou não favoráveis à sustentabilidade. Os eventos críticos encontrados foram relacionados às categorias de análise propostas por Pluye et al. (2004): memória, adaptação, valores e regras e, ainda, apresentados em uma classificação temporal por tipo de evento de acordo com a tipologia adaptada de Pluye et al. (2005) que os classifica em: específicos do processo de implantação; mistos de implantação e sustentabilidade; e específicos dos processos de sustentabilidade (FLANAGAN, 1973; PLUYE et al., 2004, 2005).

Embora tenha tomando um referencial teórico que caracteriza implantação e sustentabilidade enquanto processos concomitantes, foi necessário distingui-los levando em conta que estes processos são representados por seqüências cronológicas de eventos específicos a cada um deles. Assim, os níveis de sustentabilidade atingidos foram apresentados por cada unidade de análise de acordo com a metodologia utilizada (FELISBERTO et al., 2009; PLUYE et al., 2005).

#### **4.6 Procedimentos Éticos**

As entrevistas foram gravadas pela equipe de pesquisa com o consentimento livre e esclarecido dos entrevistados. A investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), sob o protocolo n° 1168/2008 (Anexo L).

## 5 PRIMEIRO ARTIGO - CONTRIBUINDO COM A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE: UMA PROPOSTA DE AUTO-AVALIAÇÃO

ARTIGO ARTICLE 2091

### Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação

A contribution to institutionalized health evaluation: a proposal for self-evaluation

Eronildo Felisberto <sup>1</sup>  
Eduardo Freese <sup>2</sup>  
Sonia Natal <sup>1,3</sup>  
Cinthia Kalyne de Almeida Alves <sup>1</sup>

#### Abstract

*In the context of measures to institutionalize the evaluation of primary health care in Brazil, the Ministry of Health proposed a formative and normative evaluation of the implementation of the project entitled Technical Capacity-Building of State Health Departments for Monitoring and Evaluation, as part of the National Policy for the Evaluation of Primary Care. One of the objectives was to develop a self-evaluation model using the rapid evaluation method (REM). This article presents the stages concluded to date in the self-evaluation model, together with the theoretical references. The final self-evaluation proposal was based on a theoretical evaluation model developed for formative evaluation and included the principal actions proposed for State health management, with all the tested indicators, thus increasing the internal validity and consistency. The final perspective is that this instrument, used with a participatory approach as provided in the proposal, helps assess the extent to which the project's objectives and actions are achieved, while identifying situations that can interfere in different contexts.*

*Health Evaluation; Primary Health Care; Health Management*

#### Introdução

O Ministério da Saúde do Brasil, por intermédio da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde (CAA/DAB/SAS/MS), vem desde 2003 desenvolvendo diversas ações com vistas à institucionalização da avaliação no âmbito da atenção básica à saúde. Para tanto, definiu um modelo lógico para a Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica em Saúde, com quatro focos bem definidos de atuação e direcionamento: (i) as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), (ii) as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), (iii) o gestor federal – o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e, (iv) as instituições de ensino e pesquisa <sup>1</sup>.

Uma das estratégias dessa política com vistas à institucionalização da avaliação é o projeto *Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação*, com ações voltadas para os gestores, com ênfase para os estados e municípios apoiados financeiramente pelo Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF), fruto de acordo de empréstimo internacional firmado pelo Brasil com o Banco Mundial <sup>2</sup>.

Durante a fase de implantação do projeto de fortalecimento da capacidade técnica das SES em monitoramento e avaliação, foi proposta uma avaliação formativa, de caráter normativo, para conhecer como estava ocorrendo a sua implan-

<sup>1</sup> Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde, Instituto Materno Infantil Professor Fernando Figueira, Recife, Brasil.

<sup>2</sup> Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Brasil.

<sup>3</sup> Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

#### Correspondência

E. Felisberto  
Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde,  
Instituto Materno Infantil  
Professor Fernando Figueira,  
Rua dos Coelhos 300,  
Recife, PE  
50070-550, Brasil.  
eronildo@imip.org.br

tação. Esta teve, também, como um de seus objetivos desenvolver uma matriz de auto-avaliação, com a utilização do método rápido de avaliação (REM), de maneira que o gestor pudesse medir a implantação do "monitoramento e avaliação" no próprio estado <sup>2,3</sup>. A matriz de auto-avaliação atenderia à oportunidade do estudo e, também, à utilidade, pois se constitui em uma abordagem de baixo custo e de fácil aplicabilidade para o nível local <sup>3</sup>.

O presente artigo foi elaborado visando a apresentar um instrumento de auto-avaliação, utilizando a abordagem rápida acompanhada da fundamentação teórica que embasou a produção do mesmo.

### Avaliação formativa

A avaliação formativa, definida com desenhos que priorizam a melhoria do programa, pode ser compreendida como uma importante intervenção visando a garantir que inovações sejam implantadas com fidelidade ao modelo proposto e que as lições aprendidas, em todo o processo de implantação, possam gerar propostas de soluções que viabilizem a garantia da replicação de outras iniciativas com as adequações necessárias <sup>4</sup>.

Realizada no período de maio a dezembro de 2006, a avaliação formativa foi iniciada com a construção do modelo lógico do projeto *Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação* (Figura 1), objeto do estudo, baseado nas metas da Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica em Saúde, apresentada no documento *Avaliação na Atenção Básica em Saúde: Caminhos da Institucionalização* <sup>1</sup>. Tal política compreende seis componentes e 24 projetos estratégicos, entre os quais o foco deste estudo, conformado em cinco subestratégias, cada uma delas integrada a diferentes componentes <sup>5</sup>.

O projeto de fortalecimento da capacidade técnica das SES em monitoramento e avaliação passou a ser visto como uma intervenção programática cuja matriz de análise, para estimar o seu grau de implantação, foi elaborada com base no modelo lógico do programa. Este incluiu as principais ações propostas, ressaltando-se a importância da gestão estadual de saúde no processo de institucionalização da avaliação da atenção básica.

Para alguns autores, o modelo lógico de um programa pode ser construído com base em uma "teoria do programa", adotada como parâmetro para comparação dos "eventos teoricamente previstos" e os eventos observados. Baseando-se

nessa concepção, para uma avaliação formativa seria necessário entender as premissas teóricas em que cada programa se fundamenta, ou seja, como determinadas ações conduzem a determinados resultados para os seus beneficiários <sup>6,7</sup>.

Para conhecer ou formular a teoria implícita de um programa ou política, o ponto de partida seria compreender as idéias e premissas que ligam os *inputs* do mesmo aos objetivos pretendidos. A teoria consistiria em fornecer uma explicação das seqüências causais que articulam meios e fins ou, ainda, um modelo plausível de como se espera que o programa deva funcionar. Chen <sup>7</sup> afirma que a teoria do programa busca identificar recursos, atividades, e possíveis resultados desejados e a especificação de uma cadeia causal de premissas ligando tais elementos <sup>8,9,10</sup>.

Autores como Bishop <sup>8</sup>, Dahler-Larsen <sup>9</sup>, Bledsoe & Graham <sup>10</sup> sugerem que a análise de um programa, com base na teoria, procure avaliar em que medida as atividades desencadeadas provocam um conjunto específico de respostas para atores e beneficiários do mesmo, permitindo comparar os estágios de formulação e implementação. Nesse sentido, tendem a dar ênfase à análise dos mecanismos que levam a uma mudança e não às atividades de funcionamento do programa.

A construção da teoria do programa deve incluir as seguintes atividades: (a) a identificação dos *inputs*; (b) a descrição das atividades operacionais, as quais representam o modo específico pelo qual o programa é implementado; (c) os resultados obtidos, que representam a cadeia de respostas para cada atividade e; (d) os resultados esperados com a implementação <sup>10</sup>.

Dennis & Champagne <sup>11</sup> recomendam que o desenho avaliativo deva ser orientado por um modelo teórico (*theory-drive-evaluation* – TDE). Assim, a construção de um modelo lógico de avaliação explicitaria os aspectos teórico-metodológicos de análise, descrevendo-se como se espera que um programa exerça sua influência, em uma expectativa contextualizada mensurável e/ou qualificada de sua implantação e, também, os possíveis efeitos de cada componente. Dessa forma, agrega-se como elementos descritivos: (a) a identificação da racionalidade existente entre o desenho do programa e os efeitos esperados (modelo lógico do programa) e (b) a concepção teórico-metodológica subjacente às relações de intervenção e efeitos que podem, como em qualquer pesquisa avaliativa, ser referidas àquelas de uma rede sistêmica e complexa de causalidade.

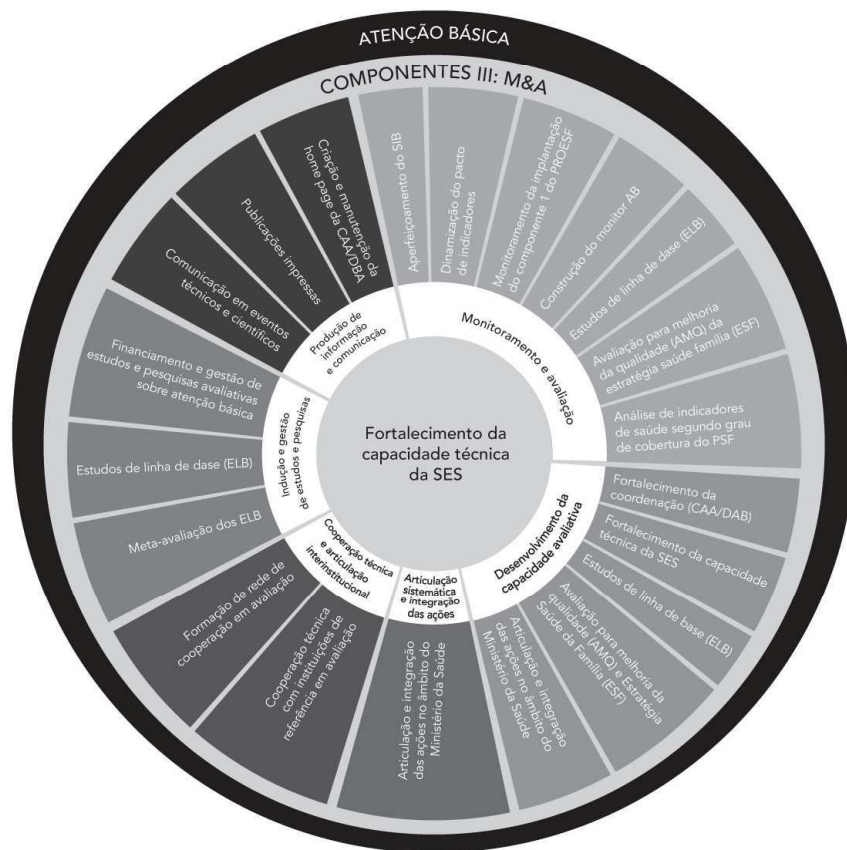
O programa pode ser tratado em sua pluralidade e, também, na singularidade de subprogramas ou projetos, criados para diferentes perspec-

tivas ou detalhamentos, nunca se tendo apenas um efeito desejado para os seus participantes, mas, um conjunto de efeitos (lógica e hierarquicamente articulados) em uma série de relações associando componentes de serviço e de infraestrutura, atividades produzidas e resultados de curto e longo prazos <sup>12</sup>.

Nessa avaliação, a teoria foi reconstituída baseando-se em reuniões entre a equipe de pesquisa e a coordenação do programa, tendo sido expressa em forma de um modelo lógico (Figura 1) reconstruído a partir do modelo proposto para a Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica em Saúde <sup>1</sup>.

Figura 1

Modelo lógico do projeto Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação.



M&A: Monitoramento e Avaliação; SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica; PROESF: Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família; PSF: Programa Saúde da Família; AMQ: projeto Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família; CAA/DAB: Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica; SES: Secretaria Estadual de Saúde.

Fonte: Natal et al. <sup>5</sup>.

A avaliação formativa, de caráter normativo, realizada, foi composta por duas etapas: (i) avaliabilidade e (ii) estudo de caso. Tais etapas devem ser levadas em consideração em qualquer análise, uma vez que são pontos de partida para o desenvolvimento de uma avaliação personalizada para um esforço específico na área de saúde pública, em um momento particular da implantação de uma nova intervenção. Como as etapas são interdependentes, elas podem ser encontradas em uma seqüência não linear. No entanto, existe uma ordem para o preenchimento de cada uma delas – etapas anteriores fornecem a base para o progresso subsequente. Assim, decisões sobre como executar uma etapa são interativas e não devem ser encerradas até que as etapas anteriores tenham sido totalmente abordadas.

O componente "monitoramento e avaliação", integrante da Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica em Saúde, apresenta diversas ações estratégicas que apóiam o fortalecimento técnico nas três instâncias de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). E, o projeto *Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação* passou a ser considerado um componente forte da Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica em Saúde no modelo de análise proposto, em que foram construídas as seis dimensões, apresentadas no modelo lógico e transpostas na matriz de auto-avaliação.

As dimensões utilizadas na matriz de auto-avaliação estão apresentadas na Tabela 1, com as suas definições. Os indicadores e critérios foram baseados nas definições das dimensões e nas perguntas avaliativas.

Na Figura 2, ressalta-se a importância da gestão estadual de saúde no processo de institucionalização da avaliação da atenção básica no momento da descentralização das ações de saúde, em andamento no país. O gestor estadual de saúde é visto como o principal articulador e integrador desse processo de institucionalização<sup>13</sup>.

Posteriormente, ao modelo lógico do estudo desenvolvido, foi testado um desenho de pesquisa com estudo de casos múltiplos, uma vez ser este adequado para um exame em profundidade das políticas e dos processos de implementação das mesmas. Os estudos de casos múltiplos se baseiam no mesmo marco metodológico usado no estudo de caso único, mas envolve a comparação de um "caso" num determinado contexto com um outro "caso" em um ou mais contextos adicionais. Foram realizadas duas etapas de análise: a interna e a cruzada dos casos, ou análise imbricada. Na primeira, cada caso foi tratado como uma unidade abrangente em si mesma, e os dados analisados e triangulados dentro da integridade deste caso. Em seguida, a análise cruzada procurou desenvolver abstrações por meio dos casos múltiplos. Os resultados da implantação serão objeto de um novo artigo, uma vez que a

Tabela 1

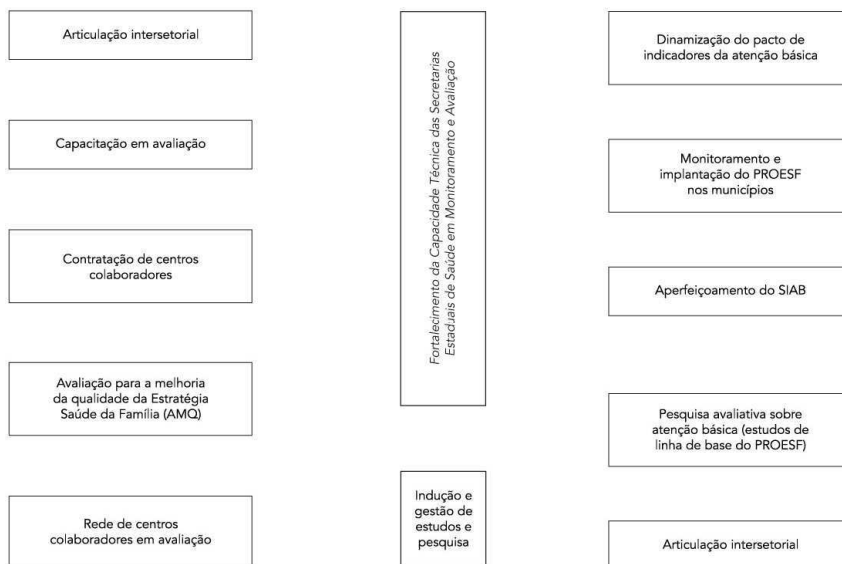
Dimensões utilizadas na matriz de auto-avaliação e suas definições.

Dimensão	Definição
1. Execução de recursos financeiros	Capacidade da SES em executar os recursos programados
2. Gestão técnica das ações de monitoramento e avaliação	Capacidade que a SES desenvolveu para responder às demandas operacionais geradas pelo projeto, incluindo o estabelecimento de parcerias (ex.: contratação de centros colaboradores)
3. Integração a outros componentes da política estadual e nacional de institucionalização da avaliação da atenção básica	Ações programadas pela SES relacionadas aos outros componentes e projetos estratégicos da política nacional de institucionalização da avaliação
4. Desenvolvimento da capacidade avaliativa (incluindo uma subdimensão das pesquisas avaliativas)	Refere-se a todas as ações voltadas para formação dos técnicos (ex.: estudos e pesquisas)
5. Conformidade das ações – análise documental iniciando pelo plano operativo anual	Consistência existente entre os documentos que assinalam a implementação das ações, relacionando especialmente o termo de referência do programa aos planos estaduais e às propostas metodológicas elaborados pelas SES
6. Produção de informação e comunicação	Ações voltadas para divulgação e debate das informações produzidas no âmbito do projeto (ex.: divulgação de projetos estratégicos, material didático, cursos e oficinas de trabalhos, informes, boletins etc.)

SES: Secretarias Estaduais de Saúde.

Figura 2

Demonstrativo das ações de articulação das ações da Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica em torno do projeto Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação.



PROESF: Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família; SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica; AMQ: projeto Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família.

Fonte: Felisberto<sup>13</sup>.

matriz de auto-avaliação como proposta de utilização numa abordagem rápida foi o resultado escolhido para divulgação e debate num primeiro momento.

### Abordagem rápida e matriz de auto-avaliação

A Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu o REM com o propósito de avaliar a qualidade dos serviços de saúde, identificar problemas operacionais e apoiar as gerências para definir estratégias locais. Portanto, o REM, além da pronta resposta, visa a desenvolver e implementar intervenções eficazes. O método foi testado entre 1988 e 1991 em cinco países em desenvolvimento – Madagascar, Papua, Nova Guiné, Uganda e Zâmbia com o apoio do Banco Mundial que vem propondo seu uso na avaliação de programas so-

ciais. Um dos méritos desse estudo foi a apresentação matricial, integrando os problemas de saúde e as informações necessárias para avaliação, o que o diferencia dos outros métodos rápidos<sup>2,3</sup>.

O REM foi projetado para ser realizado rapidamente, identificando intervenções eficazes e não custosas, que sejam factíveis de uma adoção imediata, realizadas com sucesso e com sustentabilidade local. Esses métodos podem ser modificados, adequando-se a qualquer serviço ou comunidade. Os quatro princípios do REM são: rapidez, uso de múltiplas fontes, pragmatismo e custo-efetividade<sup>2,3,14,15</sup>.

A coleta de informações é uma das características principais que distingue as estratégias de avaliação REM de outras estratégias visando ao planejamento de intervenções. Os métodos combinam processos de avaliação tanto qualitativa quanto quantitativa, com ênfase em informações de alta qualidade, confiáveis e fac-



2096 Felisberto, E et al.

tuais. Outra vantagem desse método é que a informação é colhida por meio de diversas fontes, utilizando-se uma variedade de métodos de coleta de dados <sup>15</sup>. Esse processo, denominado e recomendado por Yin <sup>16</sup> como triangulação, auxilia a equipe a verificar a continuamente a confiabilidade, validade e interpretação da informação coletada.

Os métodos de coleta mais utilizados são: (i) levantamento de dados e de documentos disponíveis para obter informações gerais e identificar problemas; (ii) questionários auto-aplicáveis; (iii) entrevistas com informantes-chave; (iv) observação direta e; (v) grupo focal. Os estudos epidemiológicos também podem ser utilizados como as coortes retrospectivas ou estudos transversais.

A matriz de auto-avaliação aqui apresentada (Tabela 2) propõe a participação de todos os níveis de decisão, incluindo os profissionais participantes da intervenção. Além da participação dos avaliadores internos, outros pontos considerados foram: objetividade, rapidez, baixo custo, simplicidade e a pronta resposta. A premissa desse modelo é que as SES possam adaptá-lo para sua auto-avaliação incluindo novos indicadores, ou tipos de coleta e fontes de evidência de acordo com as perguntas avaliativas pertinentes.

A matriz foi desenvolvida baseando-se na matriz de análise e julgamento utilizada na avaliação formativa e na adaptação do *checklist*, "institucionalização da avaliação", de Stufflebeam <sup>17</sup>, mediante resposta à seguinte pergunta: "O que uma unidade de avaliação nas Secretarias

Tabela 2

Matriz de auto-avaliação do componente fortalecimento técnico das Secretarias Estaduais de Saúde em monitoramento e avaliação.

Dimensões	Atividades	Critérios	$\Sigma$ dos pontos dos indicadores esperados	$\Sigma$ dos pontos observados pelos indicadores	$\Sigma$ pontos observados/ $\Sigma$ pontos máximos). 100	Grau implantação observado	Base teórica
Gestão técnica financeira	Coordenação das atividades de monitoramento e avaliação da atenção básica	O projeto de fortalecimento do monitoramento e avaliação da atenção básica possui um responsável técnico definido e atuando em interlocução com o Ministério da Saúde e os municípios.	10	-	-	-	Avaliação formativa
		A coordenação do monitoramento e avaliação da atenção básica fornece recursos, estrutura, equipamentos, serviços e programa suficientes para a atividade avaliativa.	30	-	-	-	Adaptado de Stufflebeam <sup>17</sup>
	Implementação da gestão financeira	Minha secretaria realiza 80% das licitações programadas no âmbito do projeto de fortalecimento do monitoramento e avaliação.	30	-	-	-	Avaliação formativa
	(Re)estruturação/ Ampliação da equipe técnica da SES envolvida com monitoramento e avaliação da atenção básica	Foi criado um núcleo ampliado de monitoramento e avaliação da atenção básica na SES envolvendo as regionais/diretorias de saúde do estado que hoje possui um plano de trabalho constando metodologia e produtos esperados, ou agenda, reuniões sistemáticas, local de encontros, pessoa exclusiva de referência e está em Portaria.	30	-	-	-	Avaliação formativa

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Dimensões	Atividades	Critérios	$\Sigma$ dos pontos dos indicadores esperados	$\Sigma$ dos pontos observados pelos indicadores	( $\Sigma$ observado/ $\Sigma$ pontos máximos). 100	Grau implantação observado	Base teórica
	Contratação dos centros colaboradores em avaliação da atenção básica	Minha equipe de monitoramento e avaliação da atenção básica possui um centro colaborador em monitoramento e avaliação da atenção básica contratado como recurso técnico especializado ao desenvolvimento da avaliação da atenção básica.	20	-	-	-	Avaliação formativa (Stufflebeam 17)
	Apresentação, discussão e aprovação da proposta metodológica nas instâncias colegiadas de gestão (CIB e CES)	A proposta metodológica de monitoramento e avaliação elaborada foi discutida e aprovada na CIB e CES, despertando interesse desses atores no processo em curso.	20	-	-	-	Avaliação formativa (Stufflebeam 17)
Total de pontos			140	-	-	-	-
Integração	Realização de cooperação técnica e apoio aos municípios em monitoramento e avaliação	Minha secretaria coopera com os municípios na construção de sistemas de monitoramento e avaliação, do ponto de vista técnico, político e financeiro.	30	-	-	-	Avaliação formativa e pacto de gestão
		A equipe de monitoramento e avaliação da atenção básica assessora os municípios na implantação do AMQ.	20	-	-	-	Avaliação formativa
		A SES assessora os municípios na atualização do CNES/SIAB.	10	-	-	-	Avaliação formativa
Total de pontos			60	-	-	-	-
Educação permanente	Capacitação em monitoramento e avaliação para a equipe técnica da SES	Profissionais da atenção básica, os que trabalham com a saúde da criança, da mulher, com a hanseníase, tuberculose, hipertensão, diabetes e Regionais de Saúde foram capacitados em monitoramento e avaliação em saúde.	30	-	-	-	Avaliação formativa
		No processo de capacitação em avaliação, foi construída, com participação da atenção básica e sete áreas, uma proposta metodológica de monitoramento e avaliação da atenção básica (contendo: metas, indicadores, método de coleta de dados, fontes de informação, frequência de coleta dos dados e método de análise) com uma metodologia de monitoramento incluindo: (i) metas e indicadores, (ii) método de coleta de dados, (iii) fontes de informação, (iv) frequência de coleta de dados, (v) métodos de análise.	40	-	-	-	Avaliação formativa

(continua)

2098 Felisberto E et al.

Tabela 2 (continuação)

Dimensões	Atividades	Critérios	$\Sigma$ dos pontos dos indicadores esperados	$\Sigma$ dos pontos observados pelos indicadores	$\Sigma$ observado/ $\Sigma$ pontos máximos). 100	Grau implantação observado	Base teórica
		A SES fornece aos avaliadores e demais interessados formação permanente em avaliação por meio de oficinas, bibliotecas, acesso a programas de pós-graduação.	20	-	-	-	Adaptado de Stufflebeam <sup>17</sup>
	Qualidade da Informação	A SES estabelece e mantém bases de dados funcionais incluindo o aperfeiçoamento dos principais sistemas de informações em saúde.	20	-	-	-	Adaptado de Stufflebeam <sup>17</sup>
	Desenvolvimento dos processos avaliativos	O núcleo de monitoramento e avaliação da atenção básica já atualizou a proposta metodológica incluindo o acompanhamento das ações e critérios do pacto pela saúde relativos à atenção básica.	20	-	-	-	Pacto pela saúde
		A equipe de monitoramento e avaliação da atenção básica já estabeleceu categorias de avaliação para os municípios e hoje já consegue classificá-los de acordo com os critérios definidos em cada categoria.	20	-	-	-	Avaliação formativa
		A SES analisa os dados de interesse estadual gerados pelos sistemas de informação em saúde, e divulgação dos resultados para serem utilizados no planejamento.	20	-	-	-	Pacto pela saúde
		O núcleo de monitoramento e avaliação da atenção básica mantém um diálogo permanente com o setor de auditoria, uma vez que analisa informações do monitoramento e aplicação dos recursos financeiros da atenção básica transferidos aos fundos municipais.	10	-	-	-	Gadelha et al. <sup>2</sup>
		A equipe de monitoramento e avaliação da atenção básica desenvolveu uma forma de monitorar e avaliar a estratégia de saúde da família no âmbito estadual.	20	-	-	-	Política de monitoramento e avaliação da atenção básica
		A SES desenvolve processos avaliativos na atenção básica que auxiliam a realização da programação pactuada integrada.	20	-	-	-	Pacto pela saúde
		A coordenação do monitoramento e avaliação da atenção básica assegura a realização de meta-avaliações internas e externas periódicas.	20	-	-	-	Avaliação formativa (Stufflebeam <sup>17</sup> )

(continua)

Tabela 2 (continuação)

Dimensões	Atividades	Critérios	$\Sigma$ dos pontos dos indicadores esperados	$\Sigma$ dos pontos observados pelos indicadores	$\Sigma$ observado/ $\Sigma$ pontos máximos). 100	Grau implantação observado	Base teórica
Total de pontos			240	-	-	-	-
Produção de informação e comunicação	Elaboração de informes sobre a situação da atenção básica no estado, conforme proposta elaborada pelo estado	A coordenação do monitoramento e avaliação emprega canais e mecanismos de comunicação efetivos: condução de oficinas de feedback, relatórios na página de Internet, editoriais de opinião.	30	-	-	-	Adaptado de Stufflebeam <sup>17</sup>
		Já foi elaborado e apresentado pelo menos um relatório sobre a situação da atenção básica no estado.	30	-	-	-	Avaliação formativa
Total de pontos			60	-	-	-	-
<b>Total de pontos (todas as dimensões)</b>			500	-	-	-	-

SES: Secretarias Estaduais de Saúde; CIB: Comissão Intergestores Bipartite; CES: Conselho Estadual de Saúde; AMC: projeto Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família; CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica.

*Estaduais de Saúde necessária para institucionalizar a avaliação da atenção básica?* Outros indicadores foram incorporados considerando as atribuições das SES para o monitoramento e avaliação da atenção básica contidas na Política Nacional da Atenção Básica e no Pacto de Gestão<sup>18,19</sup>. Ao final, a matriz contemplou indicadores compreendendo as dimensões: (i) gestão técnico-financeira das ações de monitoramento e avaliação; (ii) integração a outros componentes das políticas estadual e nacional de institucionalização do monitoramento e avaliação da atenção básica (intra e intersetorial) e; (iii) desenvolvimento da capacidade avaliativa e dos processos de capacitação em monitoramento e avaliação.

A matriz de auto-avaliação também contempla os tipos de coleta de dados, as fontes de evidências e a pontuação para o estabelecimento do gradiente de implantação. Para isso foram atribuídos pontos às dimensões, baseados nos estudos de caso. A pontuação máxima que cada dimensão poderá alcançar é a resultante dos somatórios do grupo de indicadores de cada dimensão. Para a pontuação foram consideradas, quando pertinentes, as metas estabelecidas e as observações da equipe de avaliadores internos do Ministério da Saúde<sup>5</sup>.

É importante frisar que essa classificação, ou mesmo a pontuação estipulada para os indica-

dores, pode alterar na dependência da mudança associada à intervenção, ou seja, um indicador operacional classificado como básico pela equipe de coordenação poderá ser classificado como imprescindível em outro momento, ou vice-versa, permitindo a valoração diferenciada de mudanças operacionais ou de resultado. Essa flexibilidade permite a adequação das matrizes ao monitoramento e à avaliação de programas em estágios diferenciados de avaliação. Da mesma maneira a SES poderá incluir novos tipos de coleta ou de fontes de evidência, de acordo com o problema a ser avaliado.

### Discussão

É inestimável a contribuição que a avaliação formativa pode fornecer para o processo de implantação de um programa, não só no sentido de simplesmente apontar acertos e/ou falhas, mas também de participar no processo de construção, delineando possíveis soluções, reorganizando atividades e serviços, possibilitando caminhos alternativos para maximizar a utilização de recursos disponíveis e uma melhor conscientização tanto dos profissionais como da própria comunidade sobre seus problemas e necessidades<sup>20</sup>.

No sentido da incorporação dessas lições, que Patton<sup>21</sup> também denominou de “avaliação

para o aprimoramento”, ou seja, uma abordagem da avaliação que enfatiza o aprendizado, a melhoria e a identificação dos pontos fortes e fracos do programa, a avaliação formativa foi capaz de produzir um processo de auto-avaliação especialmente a partir da perspectiva dos beneficiados pelo projeto. Em tal abordagem, os usuários, beneficiados e avaliadores colaboraram em conjunto para aprender a serem mais efetivos e como mudar situações que determinam um funcionamento inadequado. Portanto, reforça-se a importância da participação dos usuários durante todo o processo da avaliação.

A concepção adotada neste estudo, considerando a necessidade de uma construção teórica que servisse de base ao desenho avaliativo proposto, permitiu a construção de um modelo teórico, elaborado por avaliadores externos, que periodicamente era discutido com a equipe do Ministério da Saúde. A avaliação formativa realizada resultou na construção de uma matriz de auto-avaliação para auxiliar os gestores e os profissionais responsáveis a avaliar a implementação de medidas com o intuito de: (i) identificar problemas; (ii) viabilizar recursos disponíveis para intervir; (iii) caracterizar fatores que impedem ou facilitam a execução de intervenções e; (iv) desenvolver mecanismos para se avaliar e responder a problemas críticos.

No Brasil, o método REM tem sido utilizado como uma ferramenta para aumentar o rendimento das análises de implantação. Uma das características dos métodos rápidos é desenvolver um estudo operacional, com foco na identificação do problema, nas perguntas avaliativas, nos tipos de coleta de dados, nas fontes de evidência e na análise.

A vantagem da matriz de auto-avaliação proposta é a sua construção a partir de um modelo teórico de avaliação, que teve como base a teoria do programa, dando assim maior validade interna e consistência. Outra vantagem é que todos os indicadores propostos foram testados. Destaca-se que o REM foi utilizado com o objetivo de aumentar o rendimento, tanto em custo, quanto em tempo.

Ainda, a matriz proposta enfatiza a observação de campo com a aquisição de informações de diferentes níveis, possibilitando o seguimento de um padrão hierárquico capaz de refletir a estrutura administrativa das secretarias de saúde e a ênfase maior na quantidade e qualidade do processo do que nos resultados esperados, pois pretende resultados rápidos e úteis para decisões gerenciais na implantação do programa<sup>22</sup>.

Uma outra vantagem desse método é o fato de que a informação é adquirida por intermê-

dio de diversas fontes, o que controla a validade interna. Os métodos quantitativo e qualitativo, apesar de suas diferenças, podem ser complementares no planejamento da pesquisa, na coleta de dados e na análise da informação. Esse processo – uso simultâneo de diversas técnicas de coleta e diversas fontes de evidência com o objetivo de uma única resposta – denominado triangulação, auxilia a verificar continuamente a confiabilidade, validade e interpretação da informação coletada. Este é um dos fundamentos do estudo de caso<sup>17</sup>.

Enquanto um auxílio na delimitação do problema, na objetividade da coleta de dados e na utilização de técnicas estatísticas, o outro fornece aporte com relação à profundidade e ao detalhamento das informações obtidas<sup>23</sup>. “São necessárias múltiplas medidas, usando-se fontes diferentes e métodos diferentes, para garantir que a questão da avaliação seja respondida na íntegra”<sup>24</sup> (p. 385). Um dos grandes desafios da utilização de abordagem mista – quantitativa e qualitativa – é a análise. Como sintetizar essas duas abordagens diferentes?

Os métodos de coleta de dados – quantitativos e/ou qualitativos – vão originar uma abordagem analítica para cada um deles. Dessa forma, a confirmação, a triangulação e a ponderação das evidências podem ser usadas para chegarmos à síntese dos resultados<sup>16</sup>. A análise conjunta das diversas fontes de evidências permite o estabelecimento de convergências de informações oriundas de fontes diferentes<sup>16</sup>.

O processo de avaliação rápida consiste de inúmeras partes interdependentes, pois as descobertas obtidas com um módulo de avaliação serão relevantes para responder perguntas em outra etapa da avaliação. Um dos princípios centrais do REM é que os módulos de avaliação não são simplesmente utilizados seqüencialmente, mas sim interativamente e cada um combinado ao outro<sup>3</sup>.

É importante chamar atenção para o aspecto atribuição, considerado como uma grande dificuldade na avaliação de programas, ou seja, se atribuir impactos de diferentes procedimentos de implantação e distinguir entre os vários fatores potencialmente contribuintes. Essa assertiva encontra consonância com Phillips et al.<sup>25</sup> (p. 2) quando afirmam: “A avaliação formativa promove uma comparação entre os objetivos previstos de um programa e o que realmente está sendo alcançado”. A perspectiva final é que este instrumento, utilizado de forma participativa como explícita a proposta, auxilie na identificação daquilo que está sendo alcançado e o que interfere na situação encontrada em diferentes contextos.

**Resumo**

*No âmbito das ações voltadas à institucionalização da avaliação da atenção básica em saúde no Brasil, o Ministério da Saúde propõe uma avaliação formativa, de caráter normativo, para conhecer como está a implantação do projeto Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação, integrante da Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica. Um dos objetivos foi desenvolver uma matriz de auto-avaliação utilizando a abordagem de método rápido de avaliação (REM). Este artigo apresenta as etapas concluídas na construção da matriz de auto-avaliação, acompanhado da fundamentação na qual se embasou a produção da mesma. A proposta final de auto-avaliação foi construída com base em um modelo teórico de avaliação, desenvolvido para a avaliação formativa. Inclui as principais ações propostas à gestão estadual de saúde com todos os indicadores testados, dando assim maior validade interna e consistência. A perspectiva final é que este instrumento, utilizado de forma participativa, como explícita a proposta, auxilie na identificação do alcance dos objetivos e das ações do projeto, identificando situações que podem interferir em diferentes contextos.*

*Avaliação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Gestão em Saúde*

**Colaboradores**

E. Felisberto participou na interpretação dos dados, concepção e redação final do artigo. E. Freese trabalhou na revisão crítica do artigo e redação da versão a ser publicada. S. Natal colaborou na elaboração da metodologia, análise, interpretação dos dados e redação do artigo. C. K. A. Alves contribuiu na pesquisa, análise e interpretação dos dados, na redação e formatação final do artigo.

**Referências**

1. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Avaliação da atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
2. Gadelha AMJ, Coimbra Jr. CEA, Stotz EN, Castiel LD, Hartz ZA, Czeresnia D. The integration of epidemiology and anthropology. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos* 2000; 6:689-705.
3. McNall M, Foster-Fishman PG. Methods of rapid evaluation, assessment, and appraisal. *American Journal of Evaluation* 2007; 28:151-68.
4. Bridis C, Hughes DC, Halfon N, Newacheck PW. The use of formative evaluation to assess integrated services for children. *Eval Health Prof* 1998; 21:77-90.
5. Natal S, Santos EM, Alves CKA, Felisberto E, Santos ES, Sousa A. A implementação do projeto estratégico de fortalecimento da capacidade técnica em monitoramento e avaliação das secretarias de saúde: avaliação formativa e auto-avaliação. In: Hartz, Z, Vieira-da-Silva LM, Felisberto E, organizadores. *Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; no prelo.
6. Clemenhagen C, Champagne F. Quality assurance as part of program evaluation: guidelines for managers and clinical departmental heads. *QRB Qual Rev Bull* 1986; 12:383-7.

7. Chen H-T. Assessing implementation in the mature implementation stage. In: Chen H-T, editor. *Practical program evaluation: assessing and improving planning, implementation, and effectiveness*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2005. p. 155-78.
8. Bishop JEH. Development of a framework for comprehensive evaluation of client outcomes in community mental health services. *Canadian Journal of Program Evaluation* 2006; 21:133-80.
9. Dahler-Larsen P. From programme theory to constructivism: on tragic, magic and competing programmes. *American Journal of Evaluation* 2001; 7:331-49.
10. Bledsoe KL, Graham JA. The use of multiple evaluation approaches in program evaluation. *American Journal of Evaluation* 2005; 26:302-19.
11. Denis JL, Champagne F. Análise da implantação. In: Hartz ZMA, organizadora. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 49-88.
12. Framework for program evaluation in public health. *MMWR Recomm Rep* 1999; 48(RR-11):1-40.
13. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciênc Saúde Coletiva* 2006; 11:553-63.
14. Anker M, Guidotti RJ, Orzeszyna S, Sapirie SA, Thuriaux MC. Rapid evaluation methods (REM) of health services performance: methodological observations. *Bull World Health Organ* 1993; 71:15-21.
15. Bursztyn I, Ribeiro JM. Avaliação participativa em programas de saúde: um modelo para o Programa de Saúde do Adolescente. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:404-16.
16. Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3ª Ed. Porto Alegre: Editora Artmed/Bookman; 2005.
17. Stufflebeam DL. O modelo CIPP para avaliação. In: Instituto Fonte, organizador. *Introdução à avaliação de programas sociais*. São Paulo: Instituto Fonte; 2004. (Coletânea de Textos).
18. Ministério da Saúde. *Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão*. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série Pactos pela Saúde).
19. Ministério da Saúde. *Política nacional da atenção básica*. v. 4. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série Pactos pela Saúde).
20. Samico I, Felisberto E, Mendes M. Uso da avaliação formativa para análise de serviços integrados para crianças. *Rev IMIP* 2000; 14:192-5.
21. Patton MQ. A microcosm of the global challenges facing the field: commentary on HIV/AIDS monitoring and evaluation. In: Rugg D, Peersman G, Carael M, editors. *Global advances in HIV/AIDS monitoring evaluations: new directions for evaluation*, nº. 103. San Francisco: Jossey-Bass/American Evaluation Association; 2004. p. 163-71.
22. Lee T, Price M. Indicators and research methods for rapid assessment of a tuberculosis control programme: case study of a rural area in South Africa. *Tuber Lung Dis* 1995; 76:441-9.
23. Richardson RJ. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Editora Atlas; 1999.
24. Whorsten BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. *Avaliação de programas: concepções e práticas*. São Paulo: Editora Gente; 2004.
25. Phillips CJ, Palfrey CF, Thomas P. *Evaluating health and social care*. London: MacMillan; 1994.

Recebido em 07/Nov/2007

Versão final reapresentada em 18/Jan/2008

Aprovado em 26/Fev/2008

## 6 SEGUNDO ARTIGO – POLÍTICA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL DE 2003 A 2006: CONTEXTUALIZANDO SUA IMPLANTAÇÃO E EFEITOS

ARTIGOS ESPECIAIS / SPECIAL ARTICLES

### Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos

Eronildo Felisberto <sup>1</sup>  
 Eduardo Freese <sup>2</sup>  
 Cinthia Kalyne de Almeida Alves <sup>3</sup>  
 Luciana Caroline Albuquerque Bezerra <sup>4</sup>  
 Isabella Samico <sup>5</sup>

### *The policy for monitoring and evaluation of primary health care in Brazil from 2003 to 2006: contextualizing its implementation and effects*

<sup>1,3-5</sup> Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde. Diretoria de Pesquisas. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (GEAS/IMIP). Rua dos Coelhos, 300. Boa Vista, Recife, PE, Brasil. CEP: 50.070-550. E-mail: eronildo@imip.org.br

<sup>2</sup> Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/Fiocruz). Recife, PE, Brasil.

#### Abstract

*Objective: this article presents a study of the Implementation of the Policy for Monitoring and Evaluation of Primary Health Care in Brazil. The extent of implementation of the institutional mechanisms and of the intervention are estimated and their influence on the effects produced analyzed in its political and organizational context.*

*Methods: implementation analysis-type evaluative research was carried out, involving a case study with overlapping levels of analysis and triangulation of methods. To estimate the degree of implementation, the institutional mechanism produced representing the components of the logical intervention model were taken into account. Twenty interviews were conducted and 29 related documents analyzed.*

*Results: the intervention was classified as an advanced stage of implementation, with 78% of actions already carried out. The political and institutional context were characterized as a conjunction of political institutional decision making, financial resources, technical and strategic organizational mechanisms for staff training in evaluation with a view to institutional capacity-building. A significant set of non-intentional effects were discovered owing to the number of mechanisms used to implementation of the intervention.*

*Conclusions: great efforts have been made to integrate actions at institutional level and to decentralize evaluation. This has two striking features: the development of technical capacity through processes of formative evaluation and strengthening State Health Departments.*

**Key words** Health evaluation, Primary health care

#### Resumo

*Objetivos: este artigo apresenta um estudo da Implantação da Política de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no Brasil. Estima o grau de implantação dos dispositivos institucionais e da Intervenção, além de avaliar a sua influência nos efeitos produzidos a partir da interação com o contexto político-organizacional.*

*Métodos: pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação. Estudo de caso com níveis de análise imbricados e triangulação de métodos. Para estimar o grau de implantação consideraram-se os dispositivos institucionais produzidos, representativos dos componentes do modelo lógico da intervenção. Foram realizadas 20 entrevistas e analisados 29 documentos relacionados.*

*Resultados: a intervenção foi classificada como implantada em um grau Avançado, com 78% das ações realizadas. O contexto político-institucional foi caracterizado pela conjunção de decisão político-institucional, recursos financeiros, mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação dos recursos humanos para avaliação com vistas à construção da capacidade institucional. Foi encontrado conjunto significativo de efeitos não-intencionais como decorrência da pluralidade de dispositivos utilizados para a implantação da intervenção.*

*Conclusões: a política revela um franco esforço objetivando a integração das ações no âmbito institucional e a descentralização das ações de avaliação. Neste sentido, duas características são marcantes: o desenvolvimento de capacidade técnica, por meio de processos avaliativos formativos, e o foco no fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde.*

**Palavras-chave** Avaliação em saúde, Atenção primária à saúde



Felisberto E et al.

## Introdução

O fortalecimento de uma política específica para a atenção básica vem ocorrendo no Brasil há mais de uma década, definindo a esfera municipal como responsável pela sua execução e estabelecendo novos papéis para o gestor estadual e federal.<sup>1</sup> As Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e o Ministério da Saúde (MS) passaram a assumir, cada vez mais, atribuições normativas e reguladoras, ressaltando-se aqui a função estratégica da avaliação do sistema de saúde.<sup>2</sup> Assim, têm surgido vários movimentos visando à institucionalização da avaliação no âmbito da atenção básica, que estimulam a mudança nas práticas de pessoas e organizações de saúde, com o objetivo de qualificar os processos de gestão, do cuidado e das ações de vigilância em saúde. Tais movimentos intensificam o debate técnico-científico que acompanha, mais recentemente, o tema da avaliação.<sup>3</sup>

A institucionalização da avaliação pode ser entendida, conforme Jacob,<sup>4</sup> como o processo pelo qual os dispositivos institucionais são criados, modificados ou até suprimidos, havendo diversas modalidades de institucionalização da avaliação e de difusão cultural, que vão desde o seu reconhecimento oficial à prática informal.<sup>4</sup> Um dispositivo institucional de avaliação é constituído de recursos, estimativas, procedimentos, orçamento, participação dos atores envolvidos e monitoramento,<sup>5</sup> além de organizações e de regras que contribuem ao desenvolvimento e à perenidade da prática avaliativa dentro de um espaço definido. Esses são mecanismos da institucionalização da avaliação que podem se apresentar de diversos tipos; podem ser elementos reguladores, processos cognitivos ou normativos.<sup>4</sup>

O Ministério da Saúde do Brasil vem desenvolvendo várias iniciativas na busca da implementação de mecanismos estratégicos com esse objetivo e, a partir de 2003, procedeu à implantação de uma política de avaliação para a atenção básica.<sup>6</sup> Essa tomou como imagem-objetivo a institucionalização da avaliação nas três instâncias de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), consubstanciando um processo de elaboração e operacionalização de projetos e atividades voltados ao apoio da avaliação de políticas e programas na atenção básica,<sup>6</sup> que se caracteriza como uma Intervenção estruturada por meio de um sistema organizado de ação. Para Contandriopoulos *et al.*<sup>7</sup> e Hartz,<sup>8</sup> este pode ser descrito a partir de cinco componentes: finalidades, estrutura, atores e suas práticas, processos da ação e contexto.

As finalidades de uma política decorrem das

metas as quais um grupo organizado se propõe alcançar e, de acordo com os tipos de circunstâncias em que ele se encontra.<sup>9</sup> Segundo Contandriopoulos,<sup>5</sup> essa finalidade consiste em transformar a trajetória previsível da evolução de um ou de mais fenômenos, pela atuação durante um tempo sobre certo número de seus determinantes (objetivos específicos da intervenção), para corrigir uma situação problemática.<sup>5,7</sup>

A política nacional de monitoramento e avaliação da atenção básica tem como finalidade, assim definida pelo MS, melhorar a qualidade da atenção básica, contribuindo com a integralidade, a resolubilidade, a equidade e a universalidade das ações ofertadas pelo SUS, uma vez que a incipiência das práticas de monitoramento e avaliação é reconhecida pelas três esferas de gestão.<sup>6</sup>

Nesse sentido, o MS define como estratégia institucionalizar a avaliação da atenção básica por intermédio do incentivo à disseminação de uma cultura avaliativa, que torne essa prática incorporada às rotinas nas três instâncias gestoras do SUS.<sup>3,6</sup> Visa, portanto, qualificar as decisões dos ‘tomadores de decisão’ (planejadores, gestores e profissionais de saúde), produzindo como efeitos mudanças nos processos decisórios. Essa promoção da cultura avaliativa contribui para que as práticas de gestores e profissionais baseiem-se em evidências.<sup>5,10</sup>

Ao refletir sobre a política de monitoramento e avaliação da atenção básica do Brasil, Contandriopoulos<sup>5</sup> refere que a implantação de políticas com vistas à institucionalização da avaliação vem ao encontro da necessidade de ampliar a eficiência dos sistemas de saúde. Nesse sentido, no Brasil, a ampliação da eficiência do SUS, de acordo com seus princípios e diretrizes, torna-se a finalidade maior da institucionalização da avaliação. Para o autor, o grande problema, que gera a necessidade da política, é a ineficiência dos sistemas de saúde devido ao processo de tomada de decisões pelos gestores ocorrer de forma não estruturada, sem seguir critérios de evidências.<sup>5</sup>

É importante ressaltar que o termo eficiência, na área de saúde, assume vários significados, a depender dos atores do sistema. O significado aqui mencionado traz a perspectiva dos gestores maiores que primam pelas diretrizes políticas do SUS. Assim, para entender melhor todos os objetivos da política é importante conhecer os efeitos esperados pela mesma.

Para o MS, o efeito mais esperado deste processo é o desenvolvimento de uma cultura avaliativa nas instâncias gestoras do SUS, incluindo as instituições de ensino e pesquisa, seus órgãos colegiados e o

Felisberto E et al.

**Tabela 1**

Informantes-chave entrevistados e Documentos analisados da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, no período de 2003 a 2006.

**Informantes-chave entrevistados**

Relacionados à Gestão Federal	E1, E2, E3, E4, E5, E6
Conass; Conasems e Banco Mundial	E7, E8, E9, E10, E11,
Relacionados à Gestão Estadual	E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20

**Documentos analisados**

Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização, 2005	D1
Portaria Nº 676 GM/MS de 03 de junho de 2003, publicada no DOU em 04 de junho de 2003	D2
Sumário Executivo da Oficina: Avaliação da Atenção Básica – Estratégias de Institucionalização VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Julho de 2003	D3
Apresentação da Política Nacional na II Mostra Nacional de Saúde da Família em Junho de 2004 (fonte apresentação oficial).	D4
TDR – Projeto de Fortalecimento das SES (2004)	D5
Ata da Reunião da Tripartite onde foi aprovada a habilitação dos Estados para o Projeto de Fortalecimento das SES (2004)	D6
Ata da 144ª Reunião Conselho Nacional de Saúde – 08/07/2004	D7
Relatório do I Encontro de Centro Colaboradores (07/2005)	D8
Relatório Executivo da Avaliação Formativa do Projeto de Fortalecimento das SES (2005)	D9
Edital MCT-CNPq 49/2005	D10
Ata da Reunião da Tripartite onde foi aprovado o Pacto de Indicadores da AB (2003)	D11
Relatório Final Oficina de Trabalho: Avaliação de Sistemas, Políticas e Programas de Saúde - 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, 21/08/2006 (versão preliminar, 25/9/06)	D12
Artigo de Felisberto, E na Revista Brasileira de Saúde da Família 2004	D13
Artigo de Felisberto, E na Revista Ciência e Saúde Coletiva 2006	D14
Relatórios das Oficinas Macrorregionais e Seminários dos ELB	D15
Relatórios das Oficinas Macro-regionais do AMQ	D16
Relatório da Oficina sobre Institucionalização da Avaliação no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (2003)	D17
Relatório de Gestão CAA 2003	D18
Relatório de Gestão CAA 2004	D19
Relatório de Gestão CAA 2005	D20
Relatório de Gestão CAA consolidado 2003-2006	D21
Relatório da Oficina de Preparação e Cooperação Técnica aos Municípios do Proesf (25-27/04/2005)	D22
Relatório de Gestão da SAS (2004)	D23
Manual de Implementação da Fase 2 do Proesf – 2008-2011)	D24
Ajuda memória do Proesf – MS/World Bank (2003)	D25
Ajuda memória do Proesf – MS/World Bank (LN7105-BR – 03/2005)	D26
Arquivos do Programa de Formação de Avaliadores da SVS/MS	D27
Arquivos do Programa de Formação de Avaliadores do DAB/SAS/MS	D28
Arquivos dos Cursos de Avaliação em Saúde do GEAS/IMIP	D29

E= entrevistado; D= documento analisado.

Tabela 2

Critérios e pontuação para a avaliação do grau de implantação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, no período de 2003 a 2006.

Dispositivos	Critérios iniciais	Interpretação a partir das convergências e divergências da análise dos discursos
Aperfeiçoamento do SIAB (max. 8 pontos)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitoramento das inconsistências no banco do SIAB</li> <li>2. Técnicos responsáveis pela reformulação no MS</li> <li>3. Indicadores Definidos</li> <li>4. Articulação do novo SIAB com os demais SIS</li> <li>5. Sistema novo Informatizado</li> <li>6. Identificação Univoca do Usuário</li> <li>7. Mudança da base tecnológica</li> <li>8. Disponibilização do novo SIAB na internet</li> </ol>	<p>1 ponto: Monitoramento das inconsistências do SIAB; Técnicos responsáveis pela reformulação no MS; Indicadores Definidos. 0,5 ponto: Articulação do novo SIAB com os demais SIS/CNES.</p>
Dinamização do pacto de indicadores da AB (max. 6 pontos)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Publicação das portarias em tempo oportuno</li> <li>2. Processo de pactuação crítico-reflexivo</li> <li>3. Envolvimento das áreas técnicas</li> <li>4. Metodologia de pactuação</li> <li>5. Articulação com outros instrumentos de pactuação</li> <li>6. Participação efetiva dos atores envolvidos</li> </ol>	<p>1 ponto: Publicação das portarias em tempo oportuno; Processo de pactuação crítico-reflexivo; Envolvimento das áreas técnicas; Metodologia de pactuação. 0,5 ponto: Articulação com outros instrumentos de pactuação; Participação efetiva dos atores envolvidos..</p>
Monitoramento da implantação do Componente 1 do Proesf (max. 9 pontos)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Indicadores identificados</li> <li>2. Metodologia definida</li> <li>3. Georreferenciamento dos indicadores analisados</li> <li>4. Análise comparativa entre municípios com e sem o Proesf</li> <li>5. Resultados analisados</li> <li>6. Relatório final elaborado</li> <li>7. Avaliação publicada</li> <li>8. Subsídio às negociações entre gestão federal e Banco Mundial</li> <li>9. Apoio técnico aos municípios em situação de risco</li> </ol>	<p>1 ponto: Indicadores identificados; Metodologia definida; Georreferenciamento dos indicadores; Análise comparativa entre municípios com e sem o Proesf; Resultados analisados; Relatório elaborado; Subsídio às negociações entre gestão federal e Banco Mundial; Apoio técnico aos municípios em situação de risco. 0,5 ponto: Avaliação publicada.</p>
Construção do MonitorAB (max. 5 pontos)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seleção das dimensões de Monitoramento</li> <li>2. Definição dos Indicadores para cada dimensão</li> <li>3. Construção de um sistema informatizado</li> <li>4. Disponibilização do aplicativo</li> <li>5. Divulgação</li> </ol>	<p>1 ponto: Seleção das dimensões de Monitoramento; Definição dos Indicadores para cada dimensão; Construção de um sistema informatizado.</p>

continua

Felisberto E et al.

**Tabela 2** Critérios e pontuação para a avaliação do grau de implantação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, no período de 2003 a 2006.

Dispositivos	Critérios iniciais	Interpretação a partir das convergências e divergências da análise dos discursos	continuação
ELB (max. 7 pontos)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Repasse de recursos às instituições contratadas</li> <li>2. Acompanhamento dos ELB pela CAA</li> <li>3. Metodologias de análise sobre as práticas de Saúde da Família</li> <li>4. Pesquisa avaliativa realizada nos municípios do Proesf</li> <li>5. Compartilhamento de lições aprendidas entre as instituições</li> <li>6. Apoio à utilização dos resultados da avaliação nos municípios</li> <li>7. Publicação dos resultados</li> </ol>	<p>1 ponto: Repasse de recursos às instituições contratadas; Acompanhamento dos ELB; Metodologias de análise sobre as práticas de Saúde da Família; Pesquisa avaliativa realizada nos municípios do Proesf; Compartilhamento de lições aprendidas com metodologias utilizadas e resultados obtidos durante a pesquisa entre as instituições; Apoio à publicação dos resultados.</p> <p>0,5 ponto: Apoio à utilização e institucionalização dos resultados da avaliação nos municípios selecionados.</p>	
AMQ (max. 15 pontos)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Envolvimento das áreas técnicas</li> <li>2. Definição de padrões de qualidade para a ESF</li> <li>3. Validação do instrumento com usuários</li> <li>4. Informatização do instrumento</li> <li>5. Elaboração dos Cadernos</li> <li>6. Sensibilização dos gestores municipais</li> <li>7. Cadastramento de Municípios</li> <li>8. Formação de facilitadores</li> <li>9. Mobilização das SES</li> <li>10. Articulação da SES com os municípios</li> <li>11. Reprogramação das ações</li> <li>12. Adesão de todos os municípios acima de 100.000hab</li> <li>13. Adesão de Municípios abaixo de 100.000 hab</li> <li>14. Implantação em 70% das Equipes desses municípios</li> <li>15. Reavaliação pelos cadastrados</li> </ol>	<p>1 ponto: Envolvimento das áreas técnicas; Definição de padrões de qualidade para a ESF; Validação do instrumento com usuários; Informatização do instrumento; Elaboração dos Cadernos; Cadastramento de Municípios; Formação de facilitadores; Mobilização das SES. 0,5 ponto: Sensibilização dos gestores municipais; Articulação da SES com os municípios; Reprogramação das ações; Adesão de todos os municípios acima de 100.000 hab; Adesão de Municípios abaixo de 100.000 hab.</p>	
Análise de indicadores da AB segundo grau de cobertura do PSF (max. 8 pontos)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pesquisadores contratados</li> <li>2. Indicadores selecionados</li> <li>3. Metodologia do estudo definida</li> <li>4. Estudo realizado</li> <li>5. Resultados analisados</li> <li>6. Relatório final elaborado</li> <li>7. Estudo publicado</li> <li>8. Estudo utilizado</li> </ol>	<p>1 ponto: Pesquisadores contratados; Indicadores selecionados; Metodologia do estudo definida; Estudo realizado; Resultados analisados; Relatório final elaborado; Estudo publicado; Estudo utilizado.</p>	continua

## continuação

Tabela 2

Critérios e pontuação para a avaliação do grau de implantação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, no período de 2003 a 2006.		Interpretação a partir das convergências e divergências da análise dos discursos
Dispositivos	Critérios iniciais	Interpretação a partir das convergências e divergências da análise dos discursos
Fortalecimento das SES (max. 8 pontos)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elaboração da Proposta Metodológica</li> <li>2. Contratação de Centro Colaborador</li> <li>3. Execução dos recursos pelas SES</li> <li>4. Aplicação das propostas</li> <li>5. Capacitação</li> <li>6. Sensibilização das SES</li> <li>7. Envolvimento de Conas, Conasems e Conselhos</li> <li>8. Assessoramento da CAA às SES</li> </ol>	<p>1 ponto: Elaboração da Proposta Metodológica; Contratação de CC; Capacitação (C+=1); Sensibilização das SES; Envolvimento de Conas, Conasems e Conselhos. 0,5 ponto: Execução dos recursos pelas SES; Aplicação das propostas; Assessoramento da CAA às SES.</p>
Formação de rede de cooperação técnica em avaliação (max. 9 pontos)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificação de instituições com expertise em M&amp;A</li> <li>2. Mobilização de especialistas e peritos no campo da avaliação</li> <li>3. Mobilização sistemática das instituições</li> <li>4. Compartilhamento de experiências, práticas e técnicas</li> <li>5. Reunião sistemáticas de profissionais interessados em avaliação</li> <li>6. Constituição de um Grupo de Trabalho de Avaliação da Abrasco</li> <li>7. Formalização de apoio ao Grupo de Trabalho de Avaliação da Abrasco</li> <li>8. Definição de responsável para mobilização</li> <li>9. Compartilhamento de práticas e técnicas</li> </ol>	<p>1 ponto: Identificação de instituições com expertise em M&amp;A; Mobilização de especialistas e peritos no campo da avaliação identificados; Constituição de um GT de Avaliação da Abrasco; Compartilhamento de práticas e técnicas. 0,5 ponto: Compartilhamento de experiências, práticas e técnicas; Reunião sistemáticas de profissionais interessados, focalizando problemas compartilhados.</p>
Indução e gestão de estudos e pesquisas (max. 10 pontos)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Levantamento de dados e informações relevantes</li> <li>2. Identificação de necessidades de estudos e pesquisas</li> <li>3. Participação da CAA/DAB na definição da pergunta avaliativa</li> <li>4. Lançamento do edital com base nas prioridades da gestão</li> <li>5. Financiamento</li> <li>6. Gerenciamento compartilhado</li> <li>7. Apoio à utilização</li> <li>8. Apoio ao intercâmbio entre os pesquisadores</li> <li>9. Financiamento direto pelo MS de outras pesquisas</li> <li>10. Apoio à publicação de pesquisas avaliativas</li> </ol>	<p>1 ponto: Levantamento de dados e informações relevantes não fornecidos pelos sistemas de informação; Identificação de necessidades de estudos e pesquisas; Lançamento do edital com base nas prioridades da gestão; Financiamento; Gerenciamento compartilhado; Financiamento direto pelo MS de outras pesquisas; Apoio à publicação de pesquisas avaliativas. 0,5 ponto: Participação da CAA/DAB na definição da pergunta avaliativa.</p>

continua

Felisberto E et al.

Tabela 2	Critérios e pontuação para a avaliação do grau de implantação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, no período de 2003 a 2006.	continuação
Dispositivos	Critérios iniciais	Interpretação a partir das convergências e divergências da análise dos discursos
Fortalecimento da CAA/DAB (max. 6 pontos)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Recursos Financeiros - Proesf e Orçamento próprio do MS</li> <li>2. Pessoal especializado contratado, cedidos, concursados, consultores</li> <li>3. Apoio técnico e administrativo</li> <li>4. Passagens</li> <li>5. Diárias</li> <li>6. Cargo para a coordenação da política</li> </ol>	<p>1 ponto: Recursos Financeiros; Apoio técnico e administrativo; Passagens; Diárias; Cargo para a coordenação da política. 0,5 ponto: Pessoal especializado contratado, cedidos, concursados, consultoria.</p>
Meta-avaliação dos ELB (max. 7 pontos)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comissão independente – composta de consultores e equipe interna</li> <li>2. Meta-avaliação introduzida durante a realização dos ELB</li> <li>3. Desenvolvimento do Plano de Meta-avaliação</li> <li>4. Envolvimento do Grupo de Acompanhamento</li> <li>5. Revisão sistemática dos relatórios dos ELB</li> <li>6. Realização de Seminário Nacional</li> <li>7. Apoio à utilização</li> </ol>	<p>1 ponto: Comissão independente – composta de consultores e equipe interna; Meta-avaliação introduzida durante a realização dos ELB; Desenvolvimento do Plano de Meta-avaliação; Envolvimento do Grupo de Acompanhamento; Revisão sistemática dos relatórios dos ELB e pontuação dos critérios, complementando-se o aprofundamento da informação com casos exemplares selecionados pelo grupo consultor com apoio do grupo de acompanhamento; Realização de Seminário Nacional. 0,5 ponto: Apoio à utilização.</p>
Integração inter e intra-setorial (max. 5 pontos)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Integração SIM/SINASC/SIAB com capacidades previstas no Vigisus</li> <li>2. Integração de componentes do Vigisus e Proesf</li> <li>3. Articulação sistemática com o Conass (planos estaduais de M&amp;A)</li> <li>4. Articulação sistemática com o Conasems</li> <li>5. Articulação com o processo de avaliação do SUS desencadeado pela gestão federal do MS (SGP e SE)</li> </ol>	<p>1 ponto: Integração SIM/SINASC/SIAB e otimização das capacidades em avaliação previstas no VIGISUS; Integração de componentes do Vigisus e Proesf; Articulação sistemática com o Conass; Articulação sistemática com o Conasems (ELB, AMQ, Monit. do Proesf e Núcleos Locais de M&amp;A); Articulação com o processo de avaliação do SUS desencadeado pela gestão federal do MS (SGP e SE).</p>
Produção de Informação (max. 7 pontos)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disponibilização da base de dados do SIAB na Home Page do Datasus</li> <li>2. Elaboração, publicação e ampla distribuição dos Cadernos de Indicadores do SIAB 2002, 2003, 2004 e 2005</li> <li>3. Produção e distribuição Regular do "Informe da Atenção Básica"</li> <li>4. Apoio à publicação de estudos e projetos relevantes no campo da avaliação, em Congresso, Jornadas, etc.</li> <li>5. Apoio à divulgação dos resultados das avaliações</li> <li>6. Criação da Home Page da CAA</li> <li>7. Acompanhamento da utilização da Home Page da CAA</li> </ol>	<p>1 ponto: Disponibilização da base do SIAB no site do DATASUS; Elaboração, publicação e distribuição dos Cadernos de Indicadores do SIAB 2002, 2003, 2004 e 2005; Regularização na produção e distribuição do "Informe da Atenção Básica"; Apoio à divulgação dos resultados das avaliações; Criação da Home Page da CAA. 0,5 ponto: Apoio à publicação de estudos e projetos em Congressos, Jornadas, etc.</p>

continua

**Tabela 2** conclusão

Critérios e pontuação para a avaliação do grau de implantação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, no período de 2003 a 2006.	
Dispositivos	Critérios iniciais
	Interpretação a partir das convergências e divergências da análise dos discursos
Avaliação Formativa (max. 5 pontos)	<p>1 ponto: Negociação do TDR com pactuação das perguntas avaliativas; Realização do estudo de Avaliabilidade; Realização de estudos de Caso; Acompanhamento de todas as etapas por técnicos da CAA/DAB. 0,5 ponto: Divulgação dos resultados.</p>
Programa de Formação à Distância (max. 10 pontos)	<p>1 ponto: Definição de competências; Elaboração do material do curso básico; Elaboração do material do curso avançado; Realização do piloto; Seminários avançados; Envolvimento dos CC, SEGETS e Abrasco; Parceria com Instituições de Ensino e Pesquisa.</p>

Abrasco = Associação Brasileira de Saúde Coletiva; AMQ = Projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família; CAA = Coordenação de Acompanhamento e Avaliação; CNES = Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde; Conass = Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde; Conasems = Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde; DAB = Departamento de Atenção Básica; DATASUS = Departamento de Informática do SUS; ELB = Estudos de Linha de Base; ESF = Estratégia Saúde da Família; M&A = Monitoramento e Avaliação; MS = Ministério da Saúde; Proesf = Projeto de Expansão e Consolidação do SUS; SE = Secretaria Executiva; SEGETS = Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde; SES = Secretarias Estaduais de Saúde; SGP = Secretarias de Gestão Participativa; SIAB = Sistema de Informação da Atenção Básica; SIM = Sistema de Informações sobre Mortalidade; SINASC = Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos; SIS = Sistema de Informações em Saúde; SUS = Sistema Único de Saúde; USF = Unidade de Saúde da Família; Vigisus = Projeto de Fortalecimento Institucional da Capacidade de Gestão em Saúde nos Estados e Municípios.

Felisberto E et al.

ainda não consolidadas; e 0 (zero) quando da convergência negativa dos discursos – expressando situações nas quais as mudanças não haviam sido iniciadas. Em seguida, o grau de implantação por dispositivo foi estimado a partir da soma das pontuações dos critérios de cada dispositivo e da relação percentual entre a pontuação encontrada e a pontuação máxima possível para cada dispositivo. O grau de implantação da intervenção resultou da relação percentual entre a soma das pontuações obtidas e a soma da pontuação máxima do conjunto de todos os dispositivos. Para as duas situações foram consideradas quatro faixas de implantação: Avançado: 75-100%; Intermediário: 50-75%; Insuficiente: 25-50%; e Incipiente: 0-25%, como se pode observar na Tabela 2.

Para a análise da contribuição da intervenção e o contexto de sua implantação sobre os efeitos produzidos utilizou-se o modelo político e contingente proposto por Denis e Champagne.<sup>11</sup> Esses autores propõem uma abordagem em torno da qual os atores perseguem estratégias diferentes e podem apoiar a implantação da intervenção a partir de uma expectativa positiva na direção de seus interesses. Alertam, porém, que as características estruturais de uma organização podem atuar em sinergia ou em antagonismo na atualização das estratégias desses atores. Trata-se, portanto, de uma perspectiva política que sofre influência de caráter estrutural e envolve atores, conflitos, poder, estratégias, atributos dos gestores e da organização e características do ambiente.<sup>11</sup>

De acordo com essa perspectiva, o modelo adotado procura, então, verificar a contribuição dos dispositivos e a influência dos atores na contextualização da produção dos efeitos encontrados, promovendo a análise imbricada em três níveis da intervenção, que se expressa nos dispositivos institucionais traduzidos pelos atores nela implicados, os efeitos produzidos e as interações contextuais.<sup>4,11,15,17,20</sup>

As entrevistas foram gravadas pela equipe de pesquisa, com o consentimento livre e esclarecido dos entrevistados. A investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), sob o protocolo nº 1.168/2008.

## Resultados e Discussão

### Grau de Implantação e Efeitos Observados

A Tabela 3 apresenta o grau de implantação dos 16 dispositivos institucionais desenvolvidos, constan-

tando-se que a Intervenção foi classificada como implantada em grau avançado no período estudado, uma vez que 78% das ações planejadas necessárias ao desenvolvimento de seus programas e projetos foram realizadas. Mostra, também, a relação que se consegue estabelecer entre o grau de implantação dos dispositivos desenvolvidos e os efeitos observados esperados e não intencionais. Estes últimos referem-se aos que, embora não tenham sido explicitados na construção inicial da intervenção, devem ter sido alcançados como contribuição do trabalho desenvolvido em suas interações contextuais, as quais serão analisadas a seguir.

É importante perceber a similaridade entre as características dos efeitos produzidos na Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica e o que refere Trochim,<sup>21</sup> quando apresenta sua visão sobre a cultura avaliativa para o século XXI, procurando antever “o que seria uma cultura de avaliação” e “qual seria o seu valor”. O autor vê o desenvolvimento dessa cultura como motivado por importantes princípios a serem seguidos nas organizações de saúde que pretendem implementar essa prática. Esses princípios se referem à orientação para a ação e às características de diversidade, inclusão, participação, responsabilidade, não hierarquização, interdisciplinaridade, humildade e autocrítica. Ainda, é necessário um olhar à frente orientado para o ensino e para o desenvolvimento de atitudes éticas e democráticas.<sup>21,22</sup>

### Contextualização analítica

O contexto de implantação da intervenção contido na narrativa abaixo foi apreendido da análise dos documentos oficiais e das entrevistas com informantes-chave, atores que contribuíram, favoreceram, dificultaram ou reconheceram os efeitos ocorridos (Tabela 3).

A Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica foi elaborada e implementada em um contexto histórico-social determinado, contido num tempo e espaço definido que influenciou os contornos da mesma.<sup>3,22</sup> Teve sua elaboração iniciada em 2003, a partir da criação da Comissão de Avaliação da Atenção Básica, instituída pela Portaria GM/MS nº 676, de 03/06/2003, composta de forma tripartite com representação do Conass e Conasems. Foi publicizada pela primeira vez no encontro de coordenadores estaduais de atenção básica no final de 2003 e de forma massiva em 2005 com a publicação intitulada “Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização”.<sup>6</sup> Em 2004 teve sua implementação



iniciada, influenciando e tendo influência em um cenário no qual diversos departamentos otimizaram ou iniciaram programas de monitoramento e avaliação no Ministério da Saúde.<sup>3</sup>

Do ponto de vista legal, a política não se consubstanciou numa portaria específica, mas seus componentes foram sendo normatizados, por intermédio de portarias ministeriais. A criação, na estrutura organizacional do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), de uma Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CAA), além de marcar a influência da definição do Programa Saúde da Família (PSF) como estratégia estruturante da atenção básica no Brasil favorece, ao longo do tempo, a indução do processo de institucionalização da avaliação na atenção básica.<sup>23</sup> Principalmente, quando se atribui a essa coordenação a responsabilidade da condução gerencial de iniciativas processuais de grande envergadura, tais como: a) o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), principal instrumento de monitoramento com características muito peculiares de apoio à gestão, ao fazer uso dos conceitos de territorialização, adscrição de clientela e potencialidade de uso por profissionais integrantes das equipes de saúde para discussão com a comunidade usuária e programação local;<sup>23-25</sup> b) o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, estabelecido mediante negociação entre as três esferas de gestão, que se constituiu em esforço coletivo de incorporação da avaliação à prática da gestão e de articulação com os processos de programação e c) a Investigação Avaliativa representada pela realização de estudos e pesquisas de abrangência nacional.

Procurando estabelecer vínculos, e ao mesmo tempo distinção entre as ações de monitoramento e avaliação, esses projetos trazem definidas características de suporte à capacitação das pessoas envolvidas, e são fortemente indutores de uma cultura avaliativa no exercer das práticas em saúde, estejam elas no âmbito do cuidado, da vigilância, da gerência de serviços ou da gestão em quaisquer de seus níveis.<sup>3</sup>

Os movimentos com vistas à superação dos problemas relacionados ao SIAB são conduzidos dessa forma. Único dispositivo com grau de implantação insuficiente, para sua reformulação houve uma mobilização interna, por um período de oito meses, abrangendo todas as áreas técnicas de interface com o sistema, liderada pela coordenação de avaliação da atenção básica, o que resultou na seleção, definição e fontes dos indicadores. Entretanto, a identificação unívoca do usuário, a mudança da base tecnológica e

a integração com outros sistemas não foram realizadas, a não ser uma integração ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.<sup>26</sup> No período, os dados foram disponibilizados na internet, tendo sido vinculado ao TAB WIN, aplicativo que facilita a consulta por qualquer cidadão do país.

Os principais entraves encontravam-se na relação do Departamento da Atenção Básica com o Departamento de Informática dos SUS (Datusus); uma vez que o SIAB possui dupla gerência institucional, uma técnica, a cargo da coordenação de avaliação e outra operacional, sob responsabilidade do Datusus. A implantação foi, então, contingenciada por sucessivas mudanças nesta última estrutura que acarretaram, concomitantemente, sucessivas mudanças nas diretrizes da política de informação e informática institucional. Havia também uma diretriz no Ministério que nenhum novo sistema deveria ser desenvolvido sem a coordenação do Datusus. De fato, as mudanças tecnológicas não estavam no âmbito de governo do Departamento e, ainda, a mudança de sua diretoria no final do período analisado, acarretou a perda de prioridade para construção de governabilidade em relação a esse e outros projetos.

O Pacto de Indicadores passou por um processo de reformulação da metodologia de análise e discussão com os interessados no âmbito institucional. Procedeu-se, ainda, uma ampla mobilização de estados e municípios visando à qualificação do processo de pactuação. Esse processo foi acompanhado, também, da definição de indicadores para o acompanhamento de intervenções prioritárias, a exemplo do Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (Proesf), ambos conduzidos de maneira formativa e articulados pelas três instâncias gestoras do SUS.<sup>6,23,24</sup>

Por outro lado, tem relevância a renegociação do acordo de empréstimo assinado entre o Governo Brasileiro e o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD – Banco Mundial) que originou o Proesf, no que concerne ao Componente de Monitoramento e Avaliação, tanto no que diz respeito aos seus subcomponentes e/ou ações programadas, quanto no que se refere ao volume de recursos destinados à sua execução. A inclusão da proposta de Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação, regulamentada pela Portaria Nº 865/GM/MS, de 11 de maio de 2004<sup>27</sup> e o aumento dos recursos financeiros de US\$ 7 milhões para US\$ 25 milhões previstos para a primeira fase do Proesf nesse componente, caracterizam-se como elementos estruturadores da sustentabilidade das ações

Felisberto E et al.

propostas.<sup>22</sup>

A complexidade do SUS, representada pelo processo de descentralização da gestão, prevê o envolvimento de atores e contextos locais diversificados, gerando a redefinição de papéis, responsabilidades e necessidades de investimento.<sup>25</sup> Nesse sentido, o MS definiu como eixo estruturante do delineamento da política de avaliação para a atenção básica no país a construção pelas SES dos Planos Estaduais para Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica.<sup>12,27</sup> Esses planos trouxeram como referência os pressupostos conceituais e as diretrizes propostos pelo MS e pactuados na Comissão Intergestora Tripartite, que também definiu os indicadores para a elaboração dos mesmos, assim como os critérios técnicos para o financiamento das ações propostas. Tendo como forma de financiamento a transferência direta de recursos financeiros do Fundo Nacional para o Fundo Estadual de Saúde, sua aprovação esteve vinculada à avaliação do cumprimento de metas previamente estabelecidas e aprovadas pelas instâncias colegiadas de gestão. Foram US 17 milhões destinados às SES para a primeira fase do projeto e alguns indicadores foram negociados de forma permanente, objetivando garantir recursos financeiros durante todo o período de vigência do Proesf.<sup>25</sup>

O fomento de uma cultura avaliativa requer a qualificação da capacidade técnica, nos diversos níveis do sistema de saúde, viabilizando uma efetiva associação das ações de monitoramento e avaliação como subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e à gestão, dando suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos.<sup>3,25</sup> Esse projeto estratégico propôs ações voltadas para os gestores municipais e estaduais. Além de envolver importante volume de recursos financeiros, possibilitou o acompanhamento técnico de profissionais especializados e o apoio de instituições de ensino e pesquisa na qualidade de centros colaboradores. Essas ocupam função de destaque no assessoramento contínuo ao desenvolvimento e execução de proposições metodológicas que dão corpo ao fazer monitoramento e avaliação e ao suporte que os municípios, em sua maioria, necessitam do gestor estadual.<sup>3,25</sup>

A conjunção de decisão político-institucional, recursos financeiros, mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação dos recursos humanos para avaliação constitui o eixo para a construção da capacidade institucional, o que vem superar a prática de se estabelecer processos avaliativos unicamente atrelados à intervenção.<sup>28</sup> Assim, a

coordenação da política para manter uma estrutura de pessoas durante a implantação investiu no envolvimento com o ideal e com outros ganhos que não apenas o financeiro, especialmente no que se refere à ampliação de conhecimento, uma diretriz da política. Foram capacitados em avaliação 53 profissionais do Departamento. Ou seja, os efeitos da política colaboravam com a sua própria implantação.

Também, o fomento ao debate interno sobre a necessidade da integração das práticas de monitoramento e avaliação e sua articulação com o planejamento e a formulação das políticas setoriais, com vistas a uma repercussão unissona nas programações e pactuações, resultou em ocupação de importante espaço da avaliação no planejamento macroestratégico das ações de saúde. Esse exemplo pode ser observado no Anexo à Portaria N° 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, Incisos XI, IX e XI dos Itens 2.1, 2.2 e 2.3.<sup>3,12,25</sup>

Alguns projetos e atividades trouxeram em seu bojo conceitos conjugados, como o de qualidade associado ao potencial que a avaliação tem de oferecer. Ou seja, ao disponibilizar instrumentos de autoavaliação da Estratégia Saúde da Família (ESF), facilita-se a focalização de intervenções visando à qualificação da ESF. Entretanto, o projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade teve sua implantação classificada no nível Intermediário pelo fato de que muitos municípios embora tenham aderido ao processo, não realizaram as avaliações previstas. Ainda, poucos Estados haviam aderido e incluído a cooperação junto ao município em suas propostas metodológicas.

No sentido de estimular o manuseio dos sistemas de informação buscando atribuir à ESF indícios de sua influência na evolução positiva de indicadores de saúde,<sup>3,25</sup> foi realizado um estudo avaliativo de grande repercussão institucional, nacional e internacional, para aqueles que tratam da atenção primária, realizado por pesquisadores contratados pela coordenação de avaliação. Porém, a Indução e Gestão de Pesquisas foi também um dispositivo considerado parcialmente implantado, por não ter mantido o envolvimento da coordenação de avaliação no acompanhamento dos mesmos e no fomento ao seu uso para tomada de decisão. O entendimento da gestão a partir de meados de 2005 era que esta ação não fazia parte de suas atribuições e sua continuidade, mesmo que articulada com outras áreas do Ministério, poderia gerar conflitos políticos internos.

Já os estudos e pesquisas selecionados pelo Edital N° 049/2005 do Conselho Nacional de Pesquisas (CNPq), foram mediados por estratégias de superação da simples ação de indução e

conduzidos articulados pela ação de gestão dos mesmos. Entretanto, não se constituíram grupos de acompanhamento que viessem a contribuir para a aproximação dos pesquisadores e instituições às instâncias gestoras dos locais e regiões onde são desenvolvidos. Essa seria uma ação fundamental para a apreensão, por parte destes últimos, das metodologias e resultados intermediários das pesquisas. Por outro lado, os estudos avaliativos realizados nos municípios com população acima de cem mil habitantes, embora tenham sido articulados com iniciativas de capacitação técnica dos profissionais das secretarias municipais e estaduais de saúde, isso só ocorreu em alguns casos.<sup>3,22</sup>

Várias atividades foram desenvolvidas buscando a Articulação Sistemática e Integração das Ações, a exemplo da necessária articulação da coordenação de avaliação com outros setores afins no MS e a indução dessa prática nas secretarias estaduais. A promoção e realização de cursos de capacitação em parceria com a Secretaria de Vigilância em Saúde viabilizaram a capacitação de 136 profissionais da área da vigilância em avaliação. Outras ações referidas nesse campo foram o trabalho conjunto com diversas outras áreas técnicas para análise de indicadores e integração dos sistemas de informação; a cooperação técnica permanente com instituições de referência na área da avaliação; a viabilização de consultorias especializadas para dar suporte ao *status* técnico institucional; a publicização dos projetos, termos de referência, experiências bem sucedidas e a facilitação do acesso ao material técnico produzido e à literatura na área.<sup>3,22</sup>

No componente de Cooperação Técnica e Articulação Interinstitucional, parecem exitosas as ações visando o estabelecimento de parcerias com instituições de ensino e pesquisa nacionais e internacionais, bem como com associações profissionais de reconhecido prestígio político e acadêmico; a mobilização de atores institucionais por intermédio de processos participativos, que buscaram não apenas o estabelecimento de alianças no desenvolvimento de projetos, mas permitiram, sobretudo, a adesão e incorporação de propostas de forma mais coerente com as múltiplas necessidades do sistema de saúde; e a definição de estratégias organizacionais para qualificação de profissionais no campo da avaliação.<sup>6</sup>

A constituição da rede colaboradora avançou por meio do envolvimento das instituições de ensino e pesquisa, que se tornaram centros colaboradores dos Estados e do próprio Ministério, incluindo aquelas que se envolveram na realização dos estudos de linha de base. Porém, apesar de ter havido encontros, nos quais foi discutida a concepção da comunidade de

práticas em avaliação e da rede colaboradora, essa ação passou a ser objeto de fomento com o auxílio da Abrasco e, até 2006, não foi possível viabilizar convênio específico para tal atividade.<sup>12</sup>

O Monitorab, que previa a disponibilização de todos os estudos e banco de dados para acompanhamento de indicadores do Pacto chegou a ser totalmente construído, mas não foi divulgado no Departamento nem disponibilizado na internet. Da mesma forma, o programa de formação de avaliadores foi elaborado pelas instituições convidadas, inclusive em articulação com outra Secretaria do Ministério – Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. No entanto, no período estudado, os cursos programados não haviam sido realizados.

A análise dos resultados permitiu reconhecer que o período analisado (2003-2006) teve como eixo central o processo de descentralização da avaliação. Isto ocorreu pelo fato da ampliação do foco dos seus programas e projetos em direção ao fomento de processos de institucionalização da avaliação nos Estados, municípios e instituições de ensino e pesquisa; tendo sido antecedido e sucedido por períodos que priorizaram a investigação sobre a implantação de programas, e a legitimação da política de atenção básica em torno de ações centralizadas no âmbito federal.<sup>23,29,30</sup>

Foi no contexto de mudança de Governo em 2003 que surgiu propriamente a Política de Institucionalização da Avaliação da Atenção Básica, que encontrou no Proesf a principal fonte de recursos para a descentralização destas ações para Estados e municípios. Essa mudança implicou no resgate de todos os projetos em andamento no período anterior, que foram aperfeiçoados com a inclusão da diretriz de desenvolvimento de capacidade técnica, colaboração com as instituições de ensino e integração das ações no âmbito institucional. Além dessa mudança de finalidade dos dispositivos, outra grande inovação no âmbito do Proesf foi a criação do Projeto de Fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação.<sup>12,22</sup>

Entretanto, todo o contexto político-institucional favorável durou apenas até meados de 2005, quando mudanças de ministro, secretários e diretores no Ministério da Saúde influenciaram o desenvolvimento da política. Essa modificação no cenário político alterou a missão da coordenação de avaliação e dificultou a continuidade da proposta de Institucionalização da Avaliação da Atenção Básica. Um dos fatos importantes que revelam essa mudança é o contingenciamento de recursos e a descontinuidade de ações. As Secretarias Estaduais também perceberam a mudança política e isso influenciou negativamente no sentido da sustentabilidade da intervenção.

Felisberto E et al.

Tabela 3

Relação da implantação e efeitos observados esperados e não intencionais da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, no período de 2003 a 2006.

<b>Grau de implantação por dispositivos</b>	<b>Representações do contexto</b>	<b>Efeitos observados</b>
Aperfeiçoamento do SIAB GI Insuficiente - 43,75%	↔ E4, D14, D21, D23 →	Ampliação do acesso às informações sobre a ESF Integração SIAB/CNES.
Dinamização do pacto de indicadores GI Avançado - 83,33%	↔ E1, E4, E7, E9, E12,E17,E20, D7, D11, D19, D20, D21	Melhoria no processo de análise dos dados para o planejamento das ações Qualificação do processo de pactuação das metas Equipe interna do DAB capacitada em M&A (NI)
Monitoramento da implantação do Componente 1 do Proesf GI Avançado - 94,44%	↔ E2, E4, E5, E6, E10, E11, D4, D5, D9,D20, D21, D22, D24, D25, D26	Situações-problema identificadas em relação ao alcance das metas previstas nos Planos Municipais do Componente 1 do Proesf Intervenções implementadas com vistas a superar os problemas identificados Ampliação do conhecimento das equipes técnicas das SES e MS (NI) Qualificação do processo de negociação com o órgão financiador do Proesf (Banco Mundial) (NI)
Construção do MonitorAB GI Intermediário - 60,00%	↔ E4, D1, D9, D14, → D21	Não foram observados efeitos

continua

Tabela 3		continuação
Relação da implantação e efeitos observados esperados e não intencionais da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, no período de 2003 a 2006.		
Grau de implantação por dispositivos	Representações do contexto	Efeitos observados
Estudos de Linha de Base GI Avançado - 92,86%	↔ E1, E2, E3, E4, E6, E9, D5, D8, D10, D11, D12, D14, D15, D21, D22, D24, D25, D26	Apropriação de técnicas e métodos avaliativos pelos envolvidos e utilização do conhecimento para a qualificação do processo decisório Apropriação dos resultados pelos profissionais e gestores do SUS e publicização dos mesmos Aproximação das IEPs com o MS (NI) Criação de Núcleos Locais de M&A (NI) Inclusão de item financeiro para Fortalecimento da Capacidade Técnica em M&A da AB no Manual de Implementação da fase 2 do Proesf (NI) Identificação da necessidade de novas pesquisas (NI) Utilização das evidências para contraposição a outros estudos e subsidiar a tomada de decisão política (NI) Inclusão na agenda do MS da necessidade de investimento na estrutura das USF (NI)
Projeto de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família GI Intermediário - 70,00%	↔ E1, E3, E4, E5, E6, E8, E9, E10, E13, E14, E19, E20, D9, D16, D21, D22, D24, D26	Adesão dos municípios ao projeto com equipes de saúde da família e gestores monitorando e avaliando suas práticas Aperfeiçoamento dos processos de trabalho das equipes Inclusão do AMQ na agenda do MS, SES e SMS (NI) Inclusão no Manual de Implementação da fase 2 do Proesf de item financeiro para elaboração e implantação do AMQ (NI)
Análise de indicadores segundo grau de cobertura do PSF GI Avançado - 100%	↔ E2, E3, D9, D12, D14, D21	Publicização dos resultados e sua incorporação no processo de M&A da atenção básica Amplio uso dos resultados no âmbito do MS (NI)
		continua

Felisberto E et al.

Tabela 3

					continuação
Relação da implantação e efeitos observados esperados e não intencionais da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, no período de 2003 a 2006.					
Grau de implantação por dispositivos	Representações do contexto	Efeitos observados			
Fortalecimento das SES GI Avançado - 81,25%	↔ E1, E2, E4, E5, E6, → E7, E8, E9, E10, E11, E12, E13, E14, E15, E16, E17, E18, E19, E20, D1, D5, D6, D8, D9, D13, D14, D21, D24, D26	Processos de trabalho em M&A desenvolvidos de maneira articulada e/ou integrada gerando práticas formativas e qualificadas de apoio à gestão pelas SES e IEPs Institucionalização da Avaliação na Agenda das SES (NI) Fortalecimento do M&A da AB na Agenda do Conass (NI) Apoio do Conass à CAA/DAB (NI) Inclusão no Manual de Implementação da fase 2 do Proesf de item financeiro para implantação de projeto de parceria /convênio entre SMS e IEPs para apoio aos processos de M&A da AB (NI) Intercâmbio de experiências e conhecimentos teórico-metodológicos, fortalecendo o desenvolvimento institucional			
Formação de rede de cooperação técnica em avaliação GI Intermediário - 55,55%	↔ E4, E10, D8, D9, → D12, D14, D20, D21, D26	Aprimoramento dos processos de trabalho e das atividades desenvolvidas e qualificação dos projetos prioritários fortalecendo a gestão federal no âmbito da AB Fortalecimento e qualificação das práticas avaliativas de apoio à gestão do SUS Criação do Grupo de Trabalho de Avaliação na Abrasco (NI)			
Indução e gestão de estudos e pesquisas GI Intermediário - 70,00%	↔ E2, E3, E6, E10, → E11, D1, D4, D10, D12, D14, D20, D21, D22, D25, D26	Seleção e execução das pesquisas e gerenciamento pela CAA/DAB com vistas à cooperação técnica entre os pesquisadores e as instâncias gestoras do SUS Ampliação do conhecimento em M&A (NI) Inclusão da Institucionalização da Avaliação na agenda das IEPs (NI) Alerta sobre a necessidade da focalização dos próximos estudos a serem financiados pelo MS (NI)			continua

**Tabela 3** Relação da implantação e efeitos observados esperados e não intencionais da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, no período de 2003 a 2006.

Grau de implantação por dispositivos	Representações do contexto	Efeitos observados	conclusão
Fortalecimento da CAA/DAB GI Avançado - 91,67%	↔ E1, E3, E4, E5, E8, → E10, D2, D6, D7, D11, D14, D21, D28, D29	Processos de trabalho da CAA/DAB desenvolvidos de forma qualificada, fortalecendo a gestão federal no âmbito da AB Programa de Capacitação em Avaliação para a equipe técnica (NI) Apoio de outras instâncias do IMS (NI) Apoio do Conass (NI) Permanência de consultores internos na CAA/DAB (NI)	
Meta-avaliação dos Estudos de Linha de Base GI Avançado - 92,86%	↔ E4, E6, E8, D9, → D12, D15, D21	Resultados da Meta-avaliação incorporados ao processo de M&A da AB Aprendizagem e satisfação das instituições com o processo (NI)	
Integração Inter e Intra-setorial GI Avançado - 100%	↔ E1, E4, E7, E8, → D1, D2, D7, D10, D12, D14, D21, D27, D29	Processos de trabalho em M&A desenvolvidos de maneira articulada e/ou integrada, gerando práticas formativas e qualificadas de apoio à gestão Ação conjunta para desenvolvimento de Programa de Formação de Avaliadores junto à SVS (NI)	
Produção de Informação GI Avançado - 78,57%	↔ E1, E4, E8, D1, → D4, D7, D12, D13, D14, D17, D23	Ampliação do acesso à informação e apropriação por profissionais interessados Inclusão do Pacto de Indicadores da AB no Pacto de Gestão (NI)	
Avaliação Formativa GI Avançado - 90,00%	↔ E4, E12, E17, → D9, D21	Redirecionamento do planejamento das ações e recursos (NI) Sistematização e qualificação do monitoramento das ações (NI)	
Programa de Formação a Distância GI Intermediário - 70,00%	↔ E1, E4, E12, → E20, D8, D12, D14, D21, D27, D29	Ampliação do processo de capacitação em avaliação (NI) Ampliação do conhecimento em avaliação (NI)	

NI = não intencional; E= entrevistado; D= documento analisado.

Felisberto E et al.

### Conclusões

A Intervenção, objeto deste estudo, embora tenha sido considerada implantada no período avaliado, teve um momento de clara expansão desde 2003 até meados de 2005, quando mudanças no cenário político institucional passam a limitá-la, configurando um período de retração do processo de implantação. A partir de então passa a haver um direcionamento voltado para a finalidade do controle gerencial, visando à legitimação da política da atenção básica com base na Estratégia Saúde da Família.

A política implantada foi caracterizada por um franco esforço objetivando a integração das ações no âmbito institucional e a descentralização das ações de avaliação. Nesse sentido, duas características tornam-se marcantes: o desenvolvimento de capacidade técnica, por meio de processos avaliativos formativos, e o foco no fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde. Não obstante, deve-se destacar como importante decorrência da política a inclusão, no planejamento do ministério da Saúde, de itens financiáveis para o Fortalecimento da Capacidade Técnica em Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica nos municípios, como se pode constatar no Manual de Implementação da fase 2 do Proesf.

É importante, ainda, registrar a intensidade de efeitos não intencionais encontrados em decorrência da pluralidade e da interação de dispositivos utilizados para a sua implantação. Por outro lado, torna-se indispensável refletir sobre a sustentabilidade desse processo, tanto na instância federal quanto nos Estados. Estudo neste sentido vem sendo desenvolvido pelos autores desse artigo.

A avaliação de intervenções ligadas à gestão pública e ao funcionamento do sistema político tem como finalidade fazer um julgamento de valor para melhorar a sua operacionalização e efetividade. Isto parece ter fundamental importância para o objeto desse estudo no sentido de que, por um lado, a intervenção foi submetida às tensões do cotidiano de sua implantação e por outro, fez uso de uma aliança da ciência e da técnica com a política definida e apropriada pelos pesquisadores e pesquisados; além de proporcionar uma articulação entre conhecimento e práticas.

Esse estudo partiu do pressuposto de que processos de avaliação podem ser definidos de diferentes maneiras, mas sempre tendo como referência o objetivo de fazer um julgamento de valor. Assim, lançou-se mão de técnicas interpretativas para descrever e entender a complexidade que envolve o objeto avaliado, compreendendo a percepção e

representação dos envolvidos sobre o processo vivido, associando-as a um método específico de Análise de Implantação de Programas. Entretanto, é relevante alertar para limites nesse estudo que possam prejudicar a sua validade externa. Tais limites podem ser decorrentes da metodologia, que trabalhou com caso único e com elevada concentração daqueles atores no âmbito nacional.

A fundamentação teórica dessa avaliação poderá influenciar seu uso conforme a perspectiva dos interessados, seja na agenda da política nacional de saúde, na formulação de novas diretrizes ou na implantação de programas e ações que tenham como objetivos a institucionalização da avaliação no campo da saúde e a consequente qualificação da gestão do SUS. Isso ocorre pois a discussão aqui proposta reforça a convicção e tende a considerar o esforço por uma cultura avaliativa e o uso da avaliação como fortes aliados na busca pela promoção do cuidado integral à saúde das pessoas.

Alguns entraves, entretanto, se apresentam e constituem desafios a serem resolvidos. Em primeiro lugar, poderíamos situar o aspecto dos recursos que deveriam ser alocados para a avaliação em todos os níveis das práticas em saúde – esses, quando existem, ainda são bastante restritos. Uma segunda questão a ser colocada é a formação dos gestores – só mais recentemente vem se investindo no preparo dos mesmos em avaliação, seja em cursos de especialização e/ou mestrado profissional, seja a partir de iniciativas de capacitação internas ao próprio SUS. Outro ponto relevante diz respeito à organização do trabalho em aspectos relacionados à distribuição do tempo disponível em relação às demandas corriqueiras.

A prática avaliativa, ao se revelar nas relações cotidianas dos diversos atores, poderá contribuir com o espaço técnico, político e ético, oportunizando reflexões e aprendizado diante das diferentes interpretações – controversias – que cada um constrói, tendo em vista o conhecimento e a experiência em cada lugar do sistema de saúde. Conclui-se, portanto, que a construção da capacidade avaliativa se torna premente para que se instaure uma cultura em avaliação. Para isso é importante levar em consideração que tal construção acontece no contexto dos espaços de trabalho dos indivíduos, em um movimento de aprendizado constante ‘a partir de’ e ‘sobre’ avaliação.

### Agradecimentos

Este estudo teve o apoio financeiro do Ministério da Saúde (MS) e do Instituto de Medicina Integral



Professor Fernando Figueira (IMIP), por intermédio do convênio de cooperação técnica nº 087/2005.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF; 1997.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/02. Diário Oficial da União. Brasília, DF; 2002.
3. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11: 553-63.
4. Jacob S. Réflexions autour d'une typologie des dispositifs institutionnels d'évaluation. *Can J Program Eval*. 2005; 20: 49-68.
5. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11: 705-11.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília, DF; 2005.
7. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área de 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.
8. Hartz ZMA. Princípios e padrões em meta-avaliação: diretrizes para os programas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11: 733-8.
9. Bobbio N, Mateucci N, Pasquino G. Dicionário de política. Brasília: Ed UNB; 1992.
10. Pluye P, Potvin L, Denis JL. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Eval Program Plann*. 2004; 27: 121-33.
11. Denis JL, Champagne F. Análise de 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.
12. Alves CKA. Institucionalização da avaliação na atenção básica: análise do programa em uma gestão estadual [Dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz; 2008.
13. Pawson R, Tilley N. *Realist Evaluation*. London: Sage; 1997. p. 85.
14. McLaughlin JA, Jordan GB. Logic models: a tool for telling your program's performance story. *Eval Program Plann*. 1999; 22: 65-72.
15. Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999; 4: 341-53.
16. Knaap PVD. *Theory-based Evaluation and Learning: Possibilities and Challenges*. Evaluation. Thousand Oaks: Sage. 2004; 10: 16-34.
17. Cinq-mars M, Fortin D. Perspectives épistémologiques et Cadre conceptuel pour l'évaluation De l'implantation d'une action Concertée. *Revue canadienne d'évaluation de programme*. 1999; 2: 57-83.
18. Yin RK. *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman; 2005.
19. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977. p. 31.
20. McClintock C. Process sampling: a method for case study research on administrative behavior. *Educational Administration Quarterly*. 1985; 21: 205-22.
21. Trochim WMK. *Evaluation Culture*. 2002. [Acessado em 09 jan 2006]. Disponível em: <http://www.atomicdog.com/trochim>.
22. Felisberto E, Freese E, Natal S, Alves CKA. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24: 2091-102.
23. Souza HM. O PSF como indutor da institucionalização da avaliação na atenção básica. *Rev Bras Saúde Fam*. 2002; 6: 10-5.
24. Hartz ZMA. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2000; 21: 29-35.
25. Felisberto E. Monitoramento e Avaliação na Atenção Básica: Novos Horizontes. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2004; 4: 317-21.
26. Hartz ZMA. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7: 419-21.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de fortalecimento da capacidade técnica das secretarias estaduais de saúde em monitoramento e avaliação. Termo de Referência. Brasília, DF, 2004. [Acesso em: 25 jun 2009]. Disponível em: [www.saude.gov.br/caadab](http://www.saude.gov.br/caadab)
28. Stevenson JF, Florin P, Mills DS, Andrade M. Building evaluation capacity in human service organizations: a case study. *Eval Program Plann*. 2002; 25: 233-43.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde 4. Brasília, DF; 2006.
30. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília, DF; 2007.

Recebido em 18 de maio de 2009

Versão final apresentada em 26 de junho de 2009

Aprovado em 29 de julho de 2009

## **7 TERCEIRO ARTIGO - ANÁLISE DA SUSTENTABILIDADE DE UMA POLÍTICA DE AVALIAÇÃO: O CASO DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL**

Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil

### **Sustainability analysis of an evaluation policy: the case of the primary health care in Brazil**

Eronildo Felisberto<sup>1</sup>  
Eduardo Freese<sup>2</sup>  
Luciana Caroline Albuquerque Bezerra<sup>1</sup>  
Cinthia Kalyne de Almeida Alves<sup>1</sup>  
Isabella Samico<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde. Diretoria de Pesquisas. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (GEAS/IMIP). Recife, Brasil.

<sup>2</sup> Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/Fiocruz). Recife, Brasil.

#### **Correspondência**

E. Felisberto

Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde,  
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP).  
Rua dos Coelhos, 300, Boa Vista,  
Recife, PE.  
50.070-550, Brasil  
eronildo@imip.org.br.

#### **Colaboradores**

E. Felisberto participou da concepção e coordenação do estudo em todas as suas etapas, incluindo análise dos dados e redação do artigo, E. Freese participou da elaboração e orientação da pesquisa e da revisão do texto final do artigo, L.C.A. Bezerra e C.K.A. Alves participaram da elaboração do projeto de pesquisa, coleta e análise dos dados e da redação do artigo, I. Samico participou da redação do artigo e da revisão do texto final.

#### **Agradecimentos**

Este estudo integra Tese de Doutorado do primeiro autor apresentada ao Programa de Pós-graduação *stricto sensu* do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e teve o apoio financeiro do Ministério da Saúde (MS) e do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), por intermédio do convênio de cooperação técnica nº 087/2005.

## RESUMO

O Ministério da Saúde do Brasil desenvolve desde 2003, a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica. O estudo tem como objetivo analisar a sua sustentabilidade a partir da identificação e categorização dos eventos críticos representativos do processo de institucionalização. Pesquisa avaliativa com duas unidades de análise: Gestão Federal da Atenção Básica e Secretarias Estaduais de Saúde (SES). Estudo de casos múltiplos com dados coletados por meio de entrevistas e documentos institucionais, usando a técnica de Incidentes Críticos. Os eventos classificados temporalmente como específicos da implantação, da sustentabilidade e mistos, foram categorizados analiticamente como de memória, adaptação, valores e regras. A Gestão Federal e uma das SES resultaram no nível médio de sustentabilidade, a outra SES foi classificada no nível forte. Os resultados indicam que eventos de implantação e de sustentabilidade acontecem em concomitância e sugerem uma ponderação, uma vez que alguns demonstraram forte influência sobre os outros. Inovações e Desenvolvimento da Capacidade Técnica são considerados resultados mais importantes no sentido da sustentabilidade.

**Palavras-chave:** indicadores de sustentabilidade; institucionalização; avaliação de programas; avaliação em saúde; avaliação.

## ABSTRACT

Since the year 2003, the Ministry of Health of Brazil develops the National Policy for Monitoring and Evaluation of Primary Health Care. The objective of the study is to analyze its sustainability from identification and categorization of critical events representing the process of institutionalization. It is an evaluative research with two units of analysis: Federal Management of the Primary Health Care and the Health State Secretariats (HSS). It is a multiple-case study and data were collected by interviews and documental analysis. It was used the Critical Incidents Technique. The events were analytically categorized as of memory, adaptation, values and rules and temporally classified as specific of the implementation, of the sustainability and mixed. The Federal Management and one HSS were classified in the medium degree of sustainability and the other HSS as a strong degree. The results indicate that events of implementation and sustainability are concomitant and these suggest to be pondered since some of them demonstrated a great influence on the others. Innovations and Technical Capacity Development are considered the most important results towards the sustainability.

**Key Words:** sustainability indicators; institutionalization; program evaluation; health evaluation; evaluation.

## INTRODUÇÃO

Sustentabilidade é um conceito sistêmico que tem sido mais relacionado com a continuidade dos aspectos econômicos, sociais, culturais e ambientais da sociedade humana e à sua capacidade de atender às necessidades atuais e futuras<sup>1</sup>. Já a sustentabilidade de projetos costuma ser definida como a capacidade de uma intervenção proporcionar benefícios sem interrupção durante um longo período de tempo<sup>2,3</sup>.

Na área da saúde este conceito tem sido mais encontrado na literatura referente à promoção da saúde e frequentemente relacionado à continuidade dos programas nas instituições ou em parcerias com organizações comunitárias. Nesse campo apresenta-se por intermédio de diversas terminologias na busca de uma melhor compreensão de seu significado, sendo ‘Institucionalização’ o termo mais comumente utilizado<sup>4</sup>. Scheirer<sup>5</sup> define um programa sustentado como um conjunto de recursos e atividades duráveis destinado a objetivos programáticos<sup>5,6</sup>.

Entretanto, mesmo com a constatação de que grande número de projetos ou programas sofre descontinuidade após o período de sua implantação e, embora muitos países desenvolvam sistemas para o monitoramento da implantação dos mesmos, são poucas as informações produzidas regularmente sobre a continuidade e permanência dos resultados desses programas<sup>3,7,8</sup>.

Nesse sentido a sustentabilidade dos programas tem se constituído em um grande problema para a saúde pública, em virtude da exposição aos riscos aos quais estão expostos. Estes se referem à continuidade das atividades ao longo do tempo e podem ocasionar a perda de investimentos para as organizações e pessoas envolvidas em programas considerados exitosos. Vários fatores tais como a permanência da relevância e da legitimidade do programa, sua estabilidade financeira, a garantia de uma gestão eficaz e sua capacidade de adaptar-se às mudanças de contexto político-institucionais, podem influenciar positivamente a continuidade dos mesmos evitando, ainda, que a interrupção desses programas levem à desmotivação dos envolvidos e, portanto, se torne um obstáculo a subseqüentes mobilizações<sup>3</sup>.

A implantação de um programa e, conseqüentemente, seus efeitos, sofrem influência e influenciam sua sustentabilidade, portanto, esta necessita ser avaliada. Considera-se aqui a perspectiva de Scheirer<sup>9</sup> sobre o ‘ciclo de vida’ de um programa que inclui sua concepção, implantação, avaliação, continuidade e disseminação. Para Pluye e colaboradores<sup>4, 10</sup> a avaliação da sustentabilidade pode se dar considerando-se três dimensões: 1) processo primário - de rotinização - que permite a sustentabilidade de programas dentro de organizações e que podem conduzir à constituição de rotinas organizacionais programáticas (referem-se à memória, à adaptação, aos valores e às regras que definem as rotinas organizacionais); 2) processo secundário - de padronização - que se superpõe ao anterior e pode levar a rotinas programáticas padronizadas que são mais sustentáveis do que simples rotinas organizacionais (padrões institucionais manifestos em regras e políticas governamentais que delimitam a ação das rotinas organizacionais); 3) processos concomitantes - de implantação e sustentabilidade. Alguns eventos influenciam especificamente a implantação, outros a sustentabilidade e outros, ainda, influenciam tanto a implantação quanto a sustentabilidade e são eventos mistos que pertencem a ambos os processos. Esta última dimensão permite classificar os eventos conforme o contexto de sua ocorrência, enquanto que as duas anteriores influenciam diretamente na determinação dos níveis de sustentabilidade de programas<sup>4, 10</sup>.

A implantação de políticas de avaliação é quase sempre permeada de certa resistência geralmente associada ao sentimento de que as evidências produzidas e o conhecimento mais ampliado de informações possam acarretar mudanças, aumento da cobrança e do volume de trabalho, punições ou perda de poder<sup>11</sup>. Superar essa resistência dependerá da capacidade da gestão em articular os envolvidos em torno de uma proposta (intervenção) qualificadora das práticas e dos conseqüentes efeitos positivos para o alcance dos objetivos do programa ou política a ser avaliado. Neste sentido, é importante considerar a afirmação de Denis e Champagne<sup>12</sup> (p. 67) para quem “*os diferentes atores organizacionais podem apoiar a implantação de uma intervenção se virem nela um meio de atualização de suas estratégias fundamentais*”.

A avaliação de políticas públicas permite não somente a produção de informações com vistas à melhoria da eficácia de uma prática social, mas oferece a possibilidade de transformação dessa prática à luz dos interesses dos envolvidos considerando suas relações contextuais<sup>13</sup>. Contudo, a prática avaliativa precisa que certo grau de institucionalização deva ser atingido

para que se torne efetiva e produza efeitos formativos sobre a conduta da ação pública. Institucionalização aqui entendida como o processo pelo qual, dispositivos institucionais são criados, modificados ou suprimidos. Ainda, estes últimos devem ser compreendidos enquanto recursos, estimativas, procedimentos, orçamento, participação dos atores envolvidos e monitoramento além de organizações e de regras que contribuem ao desenvolvimento e à perenidade da prática avaliativa dentro de um espaço definido<sup>14, 15</sup>.

O Ministério da Saúde do Brasil desenvolveu a partir de 2003, a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica com o objetivo de institucionalizar a avaliação no âmbito da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>16</sup>. A qualificação dos processos decisórios, no âmbito da gestão dos serviços e do cuidado, com vistas à integralidade e resolutividade das ações, são propósitos da política, uma vez que a incipiência das práticas de monitoramento e avaliação na atenção básica é reconhecida pelas três esferas de gestão<sup>15, 16</sup>. Pela primeira vez, no setor saúde do Brasil, o objetivo de institucionalizar a avaliação no SUS é transformado em uma política de governo, envolvendo claramente os gestores estaduais e municipais no processo de acompanhamento e avaliação da atenção básica, descentralizando mais uma ação - a de avaliar<sup>17</sup>.

Nesse sentido, analisar a sustentabilidade da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica permitirá refletir sobre as ações técnicas, os processos de trabalho nela produzidos e sua contribuição para o desenvolvimento da cultura avaliativa. Com esse objetivo, este estudo apresenta uma análise da sustentabilidade dessa intervenção com vistas a influenciar o aprimoramento do seu processo de implantação.

## **MÉTODO**

O referencial teórico utilizado caracteriza implantação e sustentabilidade enquanto processos concomitantes. Entretanto, é necessário distingui-los levando em conta que estes processos são representados por seqüências cronológicas de eventos específicos a cada um deles. Nesse sentido, adotou-se a seguinte tipologia proposta por Pluye e colaboradores<sup>4, 10</sup> para a identificação e distinção dos indicadores por cada um dos processos (Tabela 2): i) eventos específicos do processo de implantação: investimento de recursos humanos, financeiros e materiais adequados para a execução das atividades; compatibilidade das

atividades programáticas com as da organização; ii) eventos mistos (comuns) de implantação e sustentabilidade: incentivos aos atores organizacionais envolvidos; adaptação de programas de acordo com a eficácia e necessidades; adequação aos objetivos; comunicação transparente entre os atores; compartilhamento de processos e resultados entre programas e organização; integração das regras relativas aos programas às regras da organização; iii) eventos específicos dos processos de sustentabilidade: estabilização de recursos organizacionais dedicados aos programas; riscos assumidos pela organização em prol dos programas<sup>4, 10</sup>. Ainda, utilizou-se as categorias de análise propostas por Pluye et al<sup>18</sup> para caracterização dos eventos que podem conduzir à constituição de rotinas organizacionais programáticas: memória, adaptação, valores e regras (Tabela 2). Estas se referem aos recursos disponíveis, à adequação às atividades institucionais, aos valores coletivos dos que fazem a instituição e às ações, atividades e decisões que fazem parte da vida institucional<sup>18</sup>.

Os eventos foram classificados temporalmente em dois períodos: 2003-2008 e 2005-2008, levando-se em conta que o início de cada período corresponde ao início do processo de implantação em cada unidade de observação e, as conclusões de estudo anterior de Felisberto et al<sup>17</sup>, que procedeu a uma análise de implantação da mesma intervenção, e apóiam essa temporalidade ao identificar os períodos de expansão e de retração do processo de implantação da Política como consequência de mudanças no cenário político institucional<sup>17</sup>.

Trata-se de uma pesquisa avaliativa com duas unidades de análise (federal e estadual) e três unidades de observação compostas pela Gestão Federal da Atenção Básica e duas Secretarias Estaduais de Saúde. Utilizou-se como estratégia de pesquisa o estudo de casos múltiplos e os dados foram coletados em fontes primárias por meio de entrevistas semi-estruturadas com 20 informantes-chave e em fontes de dados secundários por meio da análise de 29 documentos institucionais (Tabela 1).

As 20 entrevistas foram realizadas com gerentes de projetos, coordenadores, assessores e diretores do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (06); gestores de duas Secretarias Estaduais de Saúde - SES 1 (05) e SES 2 (04) selecionadas em estudo anterior encomendado pelo Ministério da Saúde<sup>19</sup>; dirigentes do Banco Mundial (02), órgão financiador do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – Proesf e dirigentes do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde - Conass (01) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Conasems (02). Para as entrevistas foi



utilizado um guia para coleta de informações proposto por Pluye et al (2005) contendo questões orientadoras no sentido de evidenciar aspectos importantes da política, traduzidos como “eventos críticos”.

Por questão de ordem ética, os informantes-chave entrevistados não foram identificados individualmente. Ainda, deve-se deixar claro que alguns dos autores deste trabalho podem ser caracterizados como pesquisadores-atores do processo de implantação da política. Portanto, não obstante ter-se trabalhado sempre apoiado na documentação pertinente, tomou-se o cuidado de ter entre os autores um supervisor externo sênior que assegurasse a vigilância epistemológica da investigação.

Os documentos analisados, relacionados na Tabela 1, foram os Relatórios de Gestão e Documentos Técnicos Institucionais da Coordenação de Avaliação da Atenção Básica do Ministério da Saúde, Portarias, Ata do Conselho Nacional de Saúde, Atas de Reuniões da Comissão Intergestora Tripartite, Relatórios de Oficinas e Seminários, Artigos Institucionais e Editais de Pesquisa. Estes objetivaram apreender o desenvolvimento das atividades da política desde a sua implantação.

Utilizou-se para a coleta de dados a Técnica de Incidentes Críticos proposta por Flanagan<sup>20</sup> que consiste em solicitar relatos de situações e de fatos críticos vivenciados pelos atores para serem avaliados pelo pesquisador. Incidentes críticos são situações relevantes, observadas e relatadas pelos sujeitos entrevistados, podendo ser positivos ou negativos em função de suas conseqüências. Com a aplicação dessa técnica, as variáveis envolvidas numa determinada atividade ficam evidenciadas captando eventos ou comportamentos que podem ser indicadores do sucesso ou de insucesso de um programa<sup>21, 22, 23, 24</sup>.

No plano de análise somente os eventos críticos foram retidos para análise e interpretados como específicos de implantação, eventos mistos de implantação e sustentabilidade e específicos de sustentabilidade. A ausência de resposta e a presença de respostas contraditórias foram consideradas eventos vagos, que, portanto, não são críticos<sup>10</sup>. Para a seleção dos indicadores, apresentados na Tabela 2, foram adaptadas as proposições de Pluye et al<sup>10</sup>, atualizando-as com estudos realizados pelo Banco Mundial<sup>2, 3</sup>, Natal et al<sup>25</sup> e Felisberto et al<sup>26</sup> e, mediadas pelas reflexões de Scheirer<sup>9</sup> em sua “análise e comentários sobre estudos empíricos de sustentabilidade de programas”<sup>2, 3, 4, 6, 9, 25, 26</sup>.

Para a estimação do Nível de Sustentabilidade os eventos críticos foram analisados e interpretados em razão de serem ou não favoráveis à sustentabilidade<sup>27</sup>. Classificou-se, portanto, como Evento Favorável (F) aquele cuja interpretação na análise do conteúdo sugeriu uma contribuição positiva em direção às dimensões descritas na introdução deste artigo - processos de rotinização e padronização, demonstrando uma situação mais propícia à continuidade da Política. E, foi classificado como Evento Desfavorável (D) aquele cuja interpretação sugeriu circunstâncias adversas à continuidade da Política<sup>4, 10, 27</sup>. Também, os eventos críticos foram interpretados e categorizados quanto às características de “memória”, “adaptação”, “valores” e “regras” propostas por Pluye et al<sup>18</sup>. Essas classificações foram atribuídas a todos os eventos analisados independente de serem específicos de implantação, sustentabilidade ou mistos.

Em seguida para cada uma das três unidades de análise - Gestão Federal da Atenção Básica, Secretaria Estadual de Saúde I e Secretaria Estadual de Saúde II – procedeu-se a soma dos eventos críticos favoráveis e desfavoráveis e a estimação de sua relação percentual no interior de cada unidade de análise. O Nível de Sustentabilidade foi determinado, então, como: Forte: quando encontrado mais de 80% de eventos favoráveis; Médio: entre 60% e 80% e Baixo: abaixo de 60% de ocorrência deles. Estes níveis foram arbitrados tendo em vista o caráter inovador deste estudo avaliativo e em virtude da indisponibilidade de métodos prontos para este tipo de análise, principalmente referentes à implantação de programas ou políticas de saúde pública<sup>4, 9, 10, 21, 27, 28, 29</sup>.

As entrevistas foram gravadas pela equipe de pesquisa com o consentimento livre e esclarecido dos entrevistados. A investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP, sob o protocolo nº 1168/2008.

## **RESULTADOS**

A Tabela 3 apresenta os eventos críticos da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no período de 2003 a 2008, por unidades de observação e de análise, interpretados e classificados temporalmente por tipo de evento (específicos da implantação; mistos de implantação e sustentabilidade; e específicos da sustentabilidade); por categoria

analítica (memória, adaptação, valores e regras); e em razão de serem ou não favoráveis à sustentabilidade.

Analisando-se por tipo de evento na Gestão Federal da Atenção Básica, com relação aos específicos da implantação, em que pese o investimento na contratação e qualificação de pessoas, na captação de recursos financeiros, na defesa da Política por atores-chave e na liderança exercida por sua coordenação; a insuficiência de recursos materiais e equipamentos e a inadequação do espaço físico da Coordenação de Avaliação da Atenção Básica apresentaram-se como eventos opostos à implantação. As atividades desenvolvidas no âmbito da Política eram compatíveis com as atribuições institucionais da estrutura organizacional responsável por sua coordenação no período da implantação tornando-se, entretanto, conflitantes mais adiante (2006) com as prioridades políticas decorrentes da mudança na gestão do Departamento de Atenção Básica (Tabela 3).

Quanto aos eventos mistos da implantação e da sustentabilidade, a maioria deles apresentou-se favorável em direção a um processo de rotinização: incentivo aos atores envolvidos com a realização de cursos para os técnicos e o estabelecimento de parcerias com instituições de ensino e pesquisa; adequação dos objetivos da Política aos objetivos da instituição considerando a diversidade de olhares; comunicação das atividades da política por meio de eventos, impressos ou internet; compartilhamento dos símbolos institucionais nas apresentações; a integração das atividades de monitoramento e avaliação às demais atividades no âmbito do Ministério; e o fato de que ao final do primeiro período de gestão, quando foi necessária a substituição da coordenação, esta passou a ser exercida por um dos integrantes do grupo técnico. Entretanto, a diminuição do grau de autonomia desta nova coordenação com conseqüente prejuízo à liderança necessária, aliada às novas prioridades políticas em vista de um novo cenário político-institucional, foram eventos desfavoráveis à sustentabilidade (Tabela 3).

Em relação aos eventos específicos da sustentabilidade a maioria foi interpretada como desfavorável: não houve estabilidade de pessoal técnico e de consultores externos, assim como no fluxo dos recursos financeiros, além da renovação dos equipamentos ainda ser uma necessidade, apesar de a instituição ter assumido riscos relevantes no que se refere à credibilidade e responsabilidade social quando, por exemplo, procede a implantação do

Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (Tabela 3).

Percebe-se, portanto, que na Gestão Federal, a maioria dos eventos favoráveis esteve relacionada à ‘adaptação’ da política, na medida em que as atividades da política estão em consonância com o contexto institucional e promove incentivos aos atores envolvidos; e aos ‘valores’ institucionais, na medida em que há um processo de divulgação e comunicação permanente da política utilizando os símbolos institucionais, articulação com os objetivos institucionais e integração com outras áreas do Ministério da Saúde, além de estarem em consonância com os princípios do SUS (Tabela 3). Ao final, a unidade de análise Gestão Federal da Atenção Básica foi classificada no nível médio de sustentabilidade por ter apresentado 62,5% dos eventos favoráveis à rotinização (Tabela 4).

Nas duas SES estudadas os eventos específicos da implantação são todos igualmente favoráveis nas duas SES, na medida em que o financiamento das atividades de monitoramento e avaliação (M&A) possibilitou a reestruturação das instâncias estaduais responsáveis pela atenção básica, com aquisição de equipamentos, recursos materiais, readequação da estrutura física, compra de veículos, dentre outros. Além disto, a criação e formalização dos núcleos de M&A com representação de outras áreas técnicas foram entendidas como possibilidade de compatibilizar as atividades do projeto às da SES (Tabela 3).

Com relação aos eventos mistos da implantação e da sustentabilidade, apresentam-se como favoráveis: os cursos oferecidos aos técnicos envolvidos, a tentativa de integração das áreas, a realização de encontros para divulgação das atividades, a criação de instrumentos de M&A (SES 1) e a inclusão das atividades de M&A nos documentos formais (SES 2). Entretanto, a descontinuidade do Projeto em 2007 promoveu a priorização de outros projetos, desmobilizando os técnicos envolvidos. Um evento importante relacionado à adaptação do programa, também em 2007, foi a mudança dos gestores estaduais, que teve conseqüências distintas nas duas SES: na SES 1, o novo gestor apresentava uma experiência acumulada na área de M&A e valorizava as atividades realizadas, mesmo que a estratégia utilizada tenha sido a criação de um grupo paralelo de monitoramento dos indicadores da atenção básica; na SES 2, o gestor não reconheceu a importância do projeto, ainda que as atividades estivessem constantes nos documentos formais (Tabela 3).

É interessante observar o distanciamento que se dá entre as duas SES quando se observam os eventos específicos da sustentabilidade. Nas duas SES os eventos demonstram que não houve de fato estabilização dos recursos, embora estas tenham assumido riscos ao aceitarem implantar o Projeto de Fortalecimento e mobilizarem recursos para isto. Todavia, na SES 1 os municípios foram envolvidos no projeto a partir da mobilização e preparo dos técnicos, capilaridade entendida como uma possibilidade de continuidade das ações; além disto, após o término do financiamento externo houve investimento de recursos próprios. Já na SES 2 os atores envolvidos parece não ter sido suficientemente mobilizados ou sensibilizados a levarem as atividades adiante e não houve o necessário envolvimento dos municípios do estado (Tabela 3).

Nesta perspectiva, nas duas SES, a maioria dos eventos favoráveis representa os ‘valores’ institucionais, na medida em que há o envolvimento e integração de vários setores da SES na política, cooperação técnica aos municípios e valorização da política e dos técnicos envolvidos por parte dos gestores; e as regras institucionais, na medida em que há uma oficialização dos núcleos de M&A; a utilização/elaboração de instrumentos para nortear as ações e a integração das atividades de M&A nos instrumentos de planejamento da gestão (Tabela 3). Logo, a análise das duas SES estudadas revela níveis distintos de sustentabilidade. A SES 1 foi classificada no nível Forte e a SES 2 no nível Médio, com 83,3% e 68,0%, respectivamente de eventos classificados como favoráveis à sustentabilidade (Tabela 4).

## **DISCUSSÃO**

É desejável estimular o debate direcionado à compreensão e ao uso do conceito de sustentabilidade. Esta pode ser entendida no contexto de uma multiplicidade de aspectos e, ao longo do tempo, vai sendo apropriado por diferentes forças sociais que passam a lhe imprimir o significado que melhor expressa seus valores e interesses específicos<sup>1, 5, 6, 29, 30</sup>.

Mesmo não sendo objetivo deste artigo a discussão semântica ou ideológica da sustentabilidade, pontuamos aqui um aspecto relevante para o embasamento da necessidade do estudo apresentado. Isto, em vista da precaução que nos remete à origem globalizada do termo, enraizada na discussão dos programas governamentais sobre meio ambiente e desenvolvimento e, posteriormente, assimilada por setores não-governamentais e empresariais

que enfatizam a sua dimensão econômica e tecnológica, no sentido do ‘desenvolvimento sustentável’<sup>30</sup>.

O aspecto que se faz relevante aqui se refere à concepção do termo em suas múltiplas dimensões que podem ser tratadas no campo individual ou social. Neste sentido, a discussão sobre a sustentabilidade de programas públicos ganha força na direção dos princípios da ética, na dimensão da responsabilidade com o bem público e com a equidade.

Entretanto, embora possamos supor que no contexto internacional os envolvidos em programas de saúde pública considerem a questão da sustentabilidade como sendo uma prioridade, parece realista, ainda hoje, a afirmação de Pluye, Potvin e Denis<sup>4</sup> (p.121): *“...qualquer um que deseje fazer um programa durar se deparará com recomendações contraditórias e não encontrará disponíveis métodos prontos para serem usados na avaliação do grau de sustentabilidade...”*.

Portanto, tomar decisões sobre a implantação de programas no que diz respeito a sua continuidade, torna-se uma tarefa difícil e muitas vezes pouco respaldada em estudos específicos. O estudo aqui apresentado procura contribuir com a superação dessa dificuldade no que diz respeito à Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no Brasil.

Os resultados apresentados indicam que os eventos de implantação e de sustentabilidade não acontecem em estágios, e sim em concomitância, estando em conformidade com o sugerido por Pluye e colaboradores<sup>4, 10</sup>. Eventos específicos da implantação podem ocorrer anos após o seu lançamento, bem como eventos específicos da sustentabilidade podem ocorrer no período de sua implantação.

A técnica do incidente crítico mostrou-se adequada ao estudo pela facilidade de identificação dos eventos, “carregados de emoção”, nas falas dos entrevistados; dos eventos que pareceram ser um marco no tempo quando da análise documental; e por se tratar de uma metodologia retrospectiva, permitindo observar temporalmente aqueles que favoreciam ou não a sustentabilidade do projeto<sup>20</sup>. Todavia, o pouco tempo de existência da política, sobretudo nos estados, talvez tenha favorecido a classificação encontrada, uma vez que ainda estavam

animados, em certo grau, pelos recursos destinados à implantação, e numa fase de mudança de gestores.

Outro aspecto no que se refere à limitação do estudo, diz respeito à não validação dos eventos críticos encontrados junto aos atores entrevistados em cada unidade de observação, embora isso tenha se dado entre os pesquisadores, que compunham uma equipe multidisciplinar.

O método utilizado neste estudo indica dez tipos de eventos igualmente importantes, por meio dos quais se pode antever a evolução da política<sup>10</sup>. Porém, os resultados apontam para uma necessidade de ponderação dos mesmos, na medida em que pelo menos três deles mostraram ter forte influência sobre os outros.

Em primeiro lugar no que diz respeito aos “investimentos de recursos adequados” - isto revelou-se importante, caracterizado pela presença de atores que, nas três unidades analisadas, favoreceram a inclusão da política no Proesf e para a formação dos núcleos estaduais de monitoramento e avaliação.

Também, nos eventos relacionados à “adaptação das atividades às necessidades da instituição” - uma vez que o interesse e a experiência acumulada em monitoramento e avaliação dos atores-chave puderam delimitar a importância da política. Isto fica claro quando comparamos as duas unidades de observação estaduais. Na SES 1, a gestora que assume a SES em 2007, demonstrava ter algum conhecimento acumulado sobre conceitos e práticas avaliativas, e embora tenha criado um grupo paralelo no setor responsável pelo Planejamento para monitorar os indicadores do Pacto pela Saúde, reconhece a importância da atividade quando promove a integração desse setor ao núcleo coordenador de monitoramento e avaliação criado por meio do Projeto de Fortalecimento das SES em Monitoramento e Avaliação. Na SES 2, o gestor estadual mobiliza mais esforços para a atenção especializada e hospitalar e coloca cinco prioridades antes das atividades de monitoramento e avaliação. Na gestão federal, de 2005 a 2007, houve mudanças de pessoas estratégicas, tanto na coordenação da Política como nas demais áreas de interface no âmbito do Ministério da Saúde, dificultando a continuidade da mesma.

Ainda, no que tange à “estabilização de recursos organizacionais” - o término da primeira fase do Proesf (financiamento externo) desmobilizou as ações da Política em graus diferentes nas

duas SES e no nível federal, porém de maneira determinante. O maior envolvimento dos atores nas atividades de rotina; um grande intervalo dado entre os encontros dos núcleos ou a extinção deles e a entrada de novos projetos com financiamento nas agendas prioritárias, são outros exemplos de eventos neste sentido.

Há uma convergência razoável entre o que foi acima mencionado e os achados de Shediac-Rizkallah e Bone<sup>31</sup> e Scheirer<sup>9</sup> que, embora não façam distinção entre os tipos de eventos e não enfatizem o fator financeiro como determinante da sustentabilidade, trazem contribuições para próximas análises.

Scheirer<sup>9</sup> refere que os mesmos fatores organizacionais que fomentam a implementação mais forte de um novo programa, como: sua compatibilidade com a missão da organização; o envolvimento e forte apoio do ‘defensor’ organizacional; os benefícios para membros da equipe e/ou clientes que sejam prontamente notados e a importância do apoio de outros *stakeholders* da comunidade, provavelmente irão possibilitar a prestação de serviços continuados - apenas os dois últimos eventos não foram agregados neste estudo. Nos casos estudados o financiamento externo parece ter sido interrompido precocemente.

Ainda, para a mesma autora, o que ainda pode favorecer a continuidade da política é o fato dela ter surgido da ‘necessidade’ de quem vai operá-la e não apenas pela disponibilidade de financiamento externo<sup>9</sup>. Nas SES, algumas atividades de monitoramento já eram rotinizadas, como as de acompanhamento dos indicadores pactuados e a utilização de instrumentos construídos para visita de supervisão aos municípios. Pode decorrer daí a demanda dos estados ao nível federal de ampliar sua capacidade técnica e operacional para o monitoramento e avaliação da atenção básica.

Shediac-Rizkallah e Bone<sup>31</sup> propõem pressupostos para a institucionalização das atividades de um programa no nível organizacional que ratificam a análise realizada neste estudo para as três unidades de análise: (i) *Aspectos do desenho e características do projeto* - o envolvimento dos principais interessados e a possibilidade de adequação da política às necessidades e condições locais são aspectos favoráveis à sustentabilidade da política nos três níveis, ao passo que a inexistência de avaliações que comprovem a eficácia da política, o pouco tempo de existência da política e o fato do financiamento ser externo, desfavorecem sua continuidade; (ii) *Fatores próprios da organização que hospeda o programa* - estes



fatores, que dizem respeito à presença de defensores estratégicos da política e à compatibilidade dos objetivos da política com os da instituição, tanto no nível federal, quanto nas duas SES, oscilaram ao longo dos anos, sendo ora favorável, ora desfavorável. Todavia, ao término da primeira fase Proesf, a SES 1 contava com uma defensora estratégica - fato decisivo para a continuidade de algumas atividades; (iii) *Fatores no ambiente físico mais amplo da comunidade* - esses fatores dizem respeito à estabilidade sócio-econômica e política. Neste sentido, apenas a SES 1 foi favorecida tanto pelo investimento de recursos próprios por mais seis meses após o Proesf, quanto pelo envolvimento dos municípios em todo o processo. Mesmo assim, nos três níveis houve desmobilização dos atores e priorização de outros projetos.

Por outro lado, podemos considerar como os resultados mais importantes no sentido da sustentabilidade: o desenvolvimento da capacidade técnica e os movimentos inovadores gerados pelo projeto, em consonância com o estudo de Green<sup>32</sup>. Em nosso caso, são exemplos a aproximação das instâncias gestoras com as instituições de ensino e pesquisa; a oportunidade de integração entre as áreas do nível federal e das SES; e a construção de uma proposta metodológica específica com a finalidade de monitorar e avaliar a atenção básica.

Considerando as perspectivas dos diversos autores, ainda que a sustentabilidade representada no modelo lógico da Política<sup>16</sup>, pela “Institucionalização da Avaliação na Atenção Básica” seja um resultado esperado da mesma, as atividades propostas devem ser avaliadas periodicamente para constatação de quais delas devem ser de fato sustentadas, com base nos resultados que se deseja alcançar, para não correr o risco de dar continuidade a atividades desnecessárias<sup>32</sup>. Além disto, as avaliações ajudam a identificar se os componentes da política foram incorporados aos processos organizacionais e não precisam mais do financiamento externo<sup>9</sup>.

Por fim, ainda que os resultados deste estudo apontem para um caminho de rotinização das ações nas unidades analisadas, evidenciado pela classificação alcançada nos níveis de sustentabilidade<sup>10</sup>, as ponderações feitas neste artigo devem ser consideradas, uma vez que o contexto do sistema de saúde brasileiro apresenta diferentes contornos.

Estes estão relacionados à: (i) alternância política nos entes federados que proporcionam mudanças de gestão em descompasso, se considerarmos que esse fato se dá de dois em dois anos em municípios e estados alternadamente; (ii) freqüentes mudanças nas gerências de programas e projetos em uma mesma gestão, favorecendo a mudanças na condução dos mesmos colocando em perspectiva os diferentes interesses; (iii) a diretriz da gestão tripartite do SUS, preservando a autonomia dos entes federados que pode, eventualmente, contribuir de forma antagônica; e (iv) o lento processo de adaptação das instâncias gestoras a novos instrumentos decorrentes do permanente estágio de ‘aprimoramento’ do SUS.

Ainda, é importante considerar que normas e regras rotinizadas ou padronizadas podem contribuir para a perenidade e/ou maior continuidade de projetos e programas, mas isso sofre influência direta do grau de capacidade técnica e de preparo político dos trabalhadores do sistema. Assim, concordando com Scheirer<sup>9</sup>, consideramos a influência direta de fatores relacionados ao contexto político-organizacional e às pessoas envolvidas, conforme apontam as conclusões de estudo anterior de Felisberto et al<sup>17</sup> que aborda a contextualização da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no que tange à sua implantação e efeito.

## REFERÊNCIAS

1. Brundtland GH. *Nosso Futuro Comum*. Rio de Janeiro: FGV; 1991.
2. Organization For Economic Co-Operation and Development (OCDE). Working Party on Aid Evaluation. Glossary of Key Terms in Evaluation and Results Based management. Paris: Development Co-operation Directorate/OCDE; 2002. Disponível em <[www.oecd.org/dac/evaluation](http://www.oecd.org/dac/evaluation)>. Acesso em 15 jun. 2007.
3. World Bank. Grupo Independente de Avaliação. Sourcebook for Evaluating Global and Regional Partnership Programs. Indicative Principles and Standards; 2007. IEG–World Bank: Washington, D.C. Disponível em <<http://www.worldbank.org/ieg/grpp>>. Acesso em 15 mar. 2007.
4. Pluye P, Potvin L, Denis J-L. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*, 2004; (27): 121-133.
5. Scheirer MA. Designing and using process evaluation. In Wholey JS, Hatry HP, Newcomer KE. (Eds.) *Handbook of practical program evaluation*. São Francisco: Jossey-Bass; 1994: 40-68.

6. Swerissen H, Crisp BR. The sustainability of health promotion interventions for different levels of social organization. *Health Promotion International*. Oxford University Press, 2004; 19(1).
7. Khan MA. Evaluation Capacity Building: an overview of current status, issues and options. *Evaluation*, 1998; 4(3):310-328.
8. Lennie J. An Evaluation Capacity-Building Process for Sustainable Community Initiatives Empowering and Disempowering Impacts. *Evaluation*, 2005; 11(4) 390-414.
9. Scheirer MA. Is Sustainability Possible? A Review and Commentary on Empirical Studies of Program Sustainability. *American Journal of Evaluation*, 2005; 26(3) 320-347.
10. Pluye P, Potvin L, Denis J-L, Pelletier J, Mannoni C. Program sustainability begins with the first events. *Evaluation and Program Planning*, 2005; (28) 123–137.
11. Sanders JR. Mainstreaming evaluation. In: *The Mainstreaming Evaluation. New Directions for Evaluation*. San Francisco. American Evaluation Association, 2003; (99)3–6.
12. Denis JL, Champagne F. Análise de implantação. In: Hartz ZMA, organizador. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997; 49-88.
13. Hartz ZMA, Santos EM, Matida A. Promovendo e analisando o uso e a influência das pesquisas avaliativas: desafios e oportunidades ao se institucionalizar a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Vieira-da-Silva LM. (Orgs.). *Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008; 325-340.
14. Jacob S. Réflexions autour d'une typologie des dispositifs institutionnels d'évaluation. *The Canadian Journal of Program Evaluation*. 2005; 20(2): 49-68.
15. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2006; 11: 705-711.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. *Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
17. Felisberto E, Freese E, Alves CKA, Bezerra LCA, Samico I. Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, jul/set 2009; 9 (3): 339-357.
18. Pluye P, Potvin L, Denis J-L, Pelletier J. Program sustainability: focus on organizational routines. *Health Promotion International*, 2004; 19(4): 489-498.

19. Alves CKA. Institucionalização da avaliação na atenção básica: análise do programa em uma gestão estadual. [Dissertação]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz. 2008.
20. Flanagan JC. A técnica dos incidentes críticos. *Arq Brás Psicol Aplicada*, 1973; 25(2):99-141.
21. Bamberger M. Avaliação do Impacto. In: Mackay K. (Org.) Monitoramento e Avaliação: algumas ferramentas, métodos e abordagens. Washington: World Bank, 2004.
22. Bertazone EC, Gir E, Hayashida M. Situações vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem na assistência ao portador de tuberculose pulmonar. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2005; 13(3):374-81.
23. Silva AR. Parada cardiorrespiratória em unidades de internação: vivências do enfermeiro. [dissertação]. Ribeirão Preto: São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2006.
24. Costa RS, Nogueira LT. Contribuição familiar no controle da hipertensão arterial. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online], 2008;16(5)871-876. ISSN 0104-1169.
25. Natal S, Santos EM, Alves CKA, Felisberto E, Santos ES, Sousa A. A Implementação do Projeto Estratégico de Fortalecimento da Capacidade Técnica em Monitoramento e Avaliação das Secretarias de Saúde: avaliação formativa e auto-avaliação. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Vieira-da-Silva LM. (Orgs.). *Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008; p. 341-367.
26. Felisberto E, Freese E, Natal S, Alves CKA. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. *Cadernos de Saúde Pública*, 2008; 24: 2091-2102.
27. Ridde V, Pluye P, Queuille L. Évaluer la pérennité des programmes de santé publique : un outil et son application en Haïti. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 2006 ; 54: 421-431.
28. Valadez J, Bamberger M. Monitoring and Evaluating Project Sustainability. In: Valadez J, Bamberger M. *Monitoring and evaluating social programs in developing countries: A handbook for policymakers, managers, and researchers*. The World Bank: Washington D.C., 1994; 183-208.
29. Goodson P, Smith MM, Evans S, Meyer B, Gottlieb NH. Maintaining prevention in practice: Survival of PPIP in primary care settings. *American Journal of Preventive Medicine*, 2001; 20(3): 184-189.
30. Lima RC. O Discurso da sustentabilidade e suas implicações para a educação. *Ambiente & Sociedade*, jul/dez 2003; VI (2).

31. Shediac-Rizkalah MC, Bone LR. Planning for the sustainability of community-based health programs: Conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. *Health Education Research*, 1998; (13) 87-108.
32. Green LW. Comment: Is institutionalization the proper goal of grantmaking? *American Journal of Health Promotion*, 3: 44. 1989.

**Tabela 1:** Documentos oficiais para análise da sustentabilidade da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, no período de 2003 a 2008.

<b>Documentos analisados</b>
Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização, 2005
Portaria Nº 676 GM/MS de 03 de junho de 2003, publicada no DOU em 04/06/2003
Sumário Executivo da Oficina: Avaliação da Atenção Básica – Estratégias de Institucionalização VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva- - Julho de 2003
Apresentação do Política Nacional na II Mostra Nacional de Saúde da Família em Junho de 2004 (fonte apresentação oficial).
TDR – Projeto de Fortalecimento das SES (2004)
Ata da Reunião da Tripartite onde foi aprovada a habilitação dos Estados para o Projeto de Fortalecimento das SES (2004)
Ata da 144ª Reunião Conselho Nacional de Saúde – 08/07/2004
Relatório do I Encontro de Centro Colaboradores (07/2005)
Resumo Executivo da Aval. Formativa do Projeto de Fortalecimento das SES (2005)
Edital MCT-CNPq 49/2005
Ata da Reunião Tripartite onde foi aprovado o Pacto de Indicadores da AB (2003)
Relatório Final Oficina de Trabalho: Avaliação de Sistemas, Políticas e Programas de Saúde - 8º Congresso da Abrasco. RJ, 21/08/2006 (vs. preliminar, 25/9/06)
Artigo de Felisberto, E na Revista Brasileira de Saúde da Família 2004
Artigo de Felisberto, E na Revista Ciência e Saúde Coletiva 2006
Relatórios das Oficinas Macro-regionais e Seminários dos ELB
Relatórios das Oficinas Macro-regionais do AMQ
Relatório da Oficina sobre Institucionalização da Avaliação no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (2003)
Relatório de Gestão CAA 2003
Relatório de Gestão CAA 2004
Relatório de Gestão CAA 2005
Relatório de Gestão CAA consolidado 2003-2006
Relatório da Oficina de Cooperação Técnica aos Municípios/Proesf (25-27/04/2005)
Relatório de Gestão da SAS (2004)
Manual de Implementação da Fase 2 do Proesf – 2008-2011)
Ajuda memória do Proesf – MS/Wodl Bank (2003)
Ajuda memória do Proesf – MS/Wodl Bank (LN7105-BR – 03/2005)
Arquivos do Programa de Formação de Avaliadores da SVS/MS
Arquivos do Programa de Formação de Avaliadores do DAB/SAS/MS
Arquivos dos Cursos de Avaliação em Saúde do GEAS/IMIP

**Tabela 2:** Dimensões conceituais, indicadores e tipos de eventos para análise da sustentabilidade da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, no período de 2003 a 2008.

<i>Categorias Analíticas</i>	<i>QUESTÕES ORIENTADORAS</i>	<i>INDICADORES</i>	<i>TIPOS DE EVENTOS</i>	
<b>MEMÓRIA</b> (Recursos Humanos, financeiros, materiais e outros)	<i>Foram tomadas providências para estabilizar os recursos organizacionais (financeiros, humanos, materiais, de treinamento) necessários às atividades do programa/projeto?</i>	Quantidade adequada de membros qualificados na equipe Treinamento e expertise da equipe Disponibilidade de tempo da equipe Apoio financeiro adequado Recursos materiais adequados e suficientes Estrutura Física Presença de defensores da política Existência de liderança	Investimento de recursos humanos, financeiros e materiais adequados para a execução das atividades	<b>EVENTOS ESPECÍFICOS DA IMPLANTAÇÃO</b>
	<i>A organização assumiu riscos para desenvolver o programa/projeto?</i>	Criação de células ou cargos para o desenvolvimento das atividades de M&A Atividades de M&A perturbam o fluxo operacional de trabalho Promoção de pessoal a posições de maior responsabilidade e poder Trabalho em rede Aumento da capacidade individual Perda de autonomia	Compatibilidade das atividades programáticas com as da instituição Incentivos aos atores organizacionais envolvidos	
<b>ADAPTAÇÃO</b> (Adaptação e barreiras para adequação ao contexto e aos efeitos, etc.)	<i>As pessoas envolvidas foram incentivadas para desempenhar as atividades do programa/projeto?</i>	Ajustamento incremental das atividades de acordo com as necessidades da instituição Rotatividade/mudança de atores-chave Existência de programas concorrentes Reconhecimento de fracasso (não realização das atividades da política em detrimento das atividades tradicionais, cujo êxito é dado como certo)	Adaptação de programas de acordo com a eficácia e necessidades da instituição	<b>EVENTOS MISTOS DE IMPLANTAÇÃO E SUSTENTABILIDADE</b>
	<i>As atividades do programa/projeto foram adaptadas ao contexto local levando em consideração sua efetividade e as necessidades da população?</i>	Integração dos objetivos da política aos valores da instituição e da equipe Reorientação das estratégias da instituição Encontros periódicos entre os atores envolvidos Compartilhamento das atividades realizadas no projeto (relatórios, e-mails, sites) Formalização do grupo de M&A (organograma, portaria)	Adequação aos objetivos da instituição Comunicação transparente entre os atores Compartilhamento de valores, regras e símbolos entre programas e instituição Integração das regras relativas aos programas às regras da instituição	
<b>VALORES</b> (Coerência com os objetivos institucionais, símbolos e rituais da organização, etc.)	<i>Os objetivos da organização foram levados em conta no desenho do programa/projeto?</i>	Apresentações de M&A com a marca da instituição Símbolos de M&A (banners, pôsteres, cartazes, etc) integrados aos eventos da instituição Planejamento das atividades de M&A integrado ao planejamento das atividades tradicionais da instituição Realização das atividades de M&A integrado à realização das atividades tradicionais da instituição Atividades de M&A fazendo parte dos documentos formais da instituição (Plano de Saúde, Relatórios de Gestão, etc)		<b>EVENTOS MISTOS DE IMPLANTAÇÃO E SUSTENTABILIDADE</b>
	<i>Houve comunicação transparente entre as pessoas envolvidas?</i>	Recursos financeiros: Incorporação da atividade financeira do programa ao financiamento central da instituição Recursos humanos da organização / mudança de funcionários Recursos materiais da organização / renovação de recursos materiais quando necessário	Estabilização de recursos organizacionais dedicados aos programas	
<b>REGRAS</b> (Nomeação de pessoa ou grupo responsável pela política, inclusão no planejamento da organização, etc.)	<i>Compartilharam-se valores (artefatos, mitos, símbolos, rituais, linguagens, valores) entre a organização e o programa/projeto?</i>	Estrutura de apoio que faça regularmente a revisão, a reforma e a revenda do programa Uso generalizado das novas atividades (por parte de todos participantes relevantes) Exploração de novas atividades Atores confiantes em levar as novas atividades adiante		<b>EVENTOS ESPECÍFICOS DA SUSTENTABILIDADE</b>
	<i>As regras existentes para o desenvolvimento das atividades da organização foram integradas às regras do projeto ou vice-versa?</i>	<i>Os recursos (financeiros, humanos, materiais e treinamento) disponibilizados pela organização para realizar as atividades do programa eram adequados ?</i>		
	<i>As práticas e técnicas usadas nas atividades do programa eram compatíveis com aquelas da organização (cite a organização) ?</i>			

**Fonte:** adaptado de Pluye et al<sup>10, 18</sup>; World Bank<sup>2, 3</sup>; Felisberto et al<sup>25, 26</sup>.

**Tabela 3:** Caracterização temporal e conceitual dos eventos críticos da Sustentabilidade da PNMAAB por unidades de análise, no período de 2003 a 2008.

EVENTOS	2003-2008		2005-2008		SES	SES
	Gestão Federal		Gestão Estadual		1	2
Eventos específicos da implantação	Investimento de recursos humanos, financeiros e materiais adequados para a execução das atividades	Técnicos e consultores externos suficientes com priorização da qualificação deste quadro por meio de cursos de aperfeiçoamento e especialização (2003-2006)	M	Criação de um Núcleo Coordenador do Projeto de Fortalecimento da SES em Avaliação e de um Núcleo Ampliado composto na sua maioria por profissionais efetivos, que são capacitados pelo Centro Colaborador (2006)	M	M
		Financiamento externo (Banco Mundial) para os projetos integrantes da Política com priorização para o de Fortalecimento da Capacidade Técnica das SES (2005-2006)	M	SES recebe recursos considerados suficientes para a estruturação institucional e qualificação dos profissionais envolvidos (2006)	M	M
		Quantidade e a qualidade dos recursos materiais e equipamentos de informática insatisfatórias no início (2003)	M	Aquisição de computadores, impressoras, veículos, etc (2006)	M	M
		Espaço físico insuficiente para a quantidade de técnicos (2003-2008)	M	O projeto proporcionou a melhoria e reestruturação da estrutura física da Atenção Básica (2006)	M	M
		Política de Avaliação defendida pelos atores-chave do Ministério da Saúde (2003-2006)	V	Tanto o núcleo coordenador, quanto o ampliado percebem a importância da política por meio dos cursos e passam a defender as atividades de Monitoramento e Avaliação (2006)	V	V
	Compatibilidade das atividades da política com as da instituição	Liderança da Coordenação da Política reconhecida pelos pares (2003-2006)	V	Há uma liderança reconhecida na coordenação do Projeto (2006)	V	V
		Reestruturação da CAA com formalização no Organograma do Ministério da Saúde (2003)	A			
		Atividades da Política em consonância com as atribuições institucionais da CAA (2003-2005)	A			
		A coordenadora da CAA passa a ser remunerada por contrato - o cargo é solicitado para outro setor do Departamento de Atenção Básica (2006)	R	Houve formalização dos núcleos ampliado e coordenador de M&A com representantes de diversas áreas para coordenar e sistematizar as atividades (2006)	A	A
		Direção do Departamento da Atenção Básica deixa explícito posição contrária à algumas atividades da Coordenação da Política - a exemplo do fomento a estudos e pesquisas avaliativas (2006)	A			
Eventos mistos da implantação e da sustentabilidade	Incentivos aos atores organizacionais envolvidos	Parcerias com instituições de ensino e pesquisa nacionais e internacionais, bem como com associações profissionais de reconhecido prestígio político e acadêmico (2003-2006)	A	Os integrantes dos núcleos de M&A passaram por um curso de formação promovido pelo Centro Colaborador (2006)	A	A
		Liberação dos técnicos da CAA para realização de cursos de aperfeiçoamento e especialização, além da participação em congressos e outros eventos técnicos e científicos (2003-2006)	A	Técnicos da Atenção Básica foram promovidos a posições de maior relevância pela nova gestão por terem participado das atividades do projeto (2006)		V
		Momento de maior autonomia da Coordenação da Política na realização das atividades programadas (2003-2005)	A			
		Coordenadora de um dos projetos estratégicos da CAA é nomeada Coordenadora da Política de Avaliação (2006)	A	O trabalho com o Centro Colaborador, o envolvimento de outras áreas no projeto e a relação com o Ministério da Saúde possibilitou um trabalho integrado (2006)	V	V
	Adaptação da política às necessidades da instituição	Perda de autonomia da Coordenação da CAA que tem suas prioridades voltadas para funções de controle e regulação da Atenção Básica (2007)	A			
		Mudança na Gestão do Departamento de Atenção Básica com modificação no entendimento sobre o papel da Coordenação de Avaliação (2005)	A	Criou-se um grupo paralelo no Planejamento para monitoramento dos indicadores do Pacto pela Saúde (2007)	A	
		Diminuição no <i>status</i> de alguns projetos estratégicos como o de Fortalecimento das SES a partir da mudança da Gestão do Departamento (2005)	A	Houve o acompanhamento dos indicadores do pacto pela saúde junto aos municípios, além da avaliação da estrutura física das unidades (2006)		R
			A	A solução de continuidade entre a primeira e segunda fase do financiamento externo faz com que os profissionais se envolvessem em outras atividades e outros projetos são priorizados (2007)	A	A
			A	Com a mudança do gestor estadual há uma valorização do projeto, pelo fato da Secretária já conhecer a importância do M&A (2007)	V	
		Mudança na Coordenação da Política com prejuízo na liderança da mesma (2007)	A	Com a mudança do gestor estadual não se consegue colocar a construção coletiva da proposta metodológica em prática, havendo uma frustração dos envolvidos (2007)		V



Eventos mistos da implantação e da sustentabilidade		Eventos específicos da sustentabilidade			
Adequação aos objetivos da instituição	A formulação e implantação da Política de Avaliação da Atenção Básica consideraram os olhares e necessidades de outras instâncias (constituição da Comissão Tripartite de Avaliação da Atenção Básica) (2003) A institucionalização da avaliação numa perspectiva de descentralização deixa de ser objetivo do Departamento da Atenção Básica (2005-2008)	V	As políticas que se integraram ao projeto possuíam objetivos semelhantes ou complementares ao Projeto (2006)	V	V
Comunicação transparente entre os atores	Realização de diversos Encontros/Seminários Nacionais e Regionais com Secretarias Estaduais, Municipais e Centros Colaboradores para socialização de experiências (2003-2006) Produção e distribuição de várias publicações (Informativos, Documentos Oficiais, Publicações Técnicas, Relatórios de Avaliação, etc.) (2003-2006) Construção da <i>home page</i> da CAA no site do Ministério da Saúde para disponibilizar todas as produções (2004)	V	Há reuniões trimestrais do núcleo de M&A, além da realização de seminários e encontros para socialização dos resultados alcançados, com registro em relatórios e divulgação aos envolvidos (2006)	V	
Compartilhamento de valores, regras e símbolos entre o programa e organização	Criação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica no Ministério da Saúde (2003) Todas as apresentações da política recebem a marca do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2003-2008)	V	Não há um cronograma de atividades do núcleo coordenador, com encontros sistemáticos, além da falta de registro dos encontros (2006).		V
Integração das regras do programa às regras da organização	Integração das atividades da Coordenação da Política com outras iniciativas de avaliação do sistema de saúde no âmbito do Ministério da Saúde (2003-2006)	V	Houve formalização do núcleo coordenador e do núcleo ampliado de M&A por meio de Portaria institucional (2006)	R	R
	Demais setores do Ministério da Saúde usam informações do SIAB e do pacto de indicadores da Atenção Básica como praxis no âmbito institucional (2004-2008)	R	O monitoramento dos indicadores do pacto da atenção básica e o monitoramento de indicadores epidemiológicos são atividades rotinizadas e potencializadas com o Projeto de Fortalecimento da SES (2006) Foi criado um instrumento de monitoramento/avaliação/ supervisão integrada (2006)	R	R
Estabilização de recursos organizacionais dedicados aos programas	Constituição de um Grupo Técnico de consultores com larga experiência acadêmica e em gestão de sistemas de saúde, para acompanhar o desenvolvimento da Política (2003) Término da 1ª fase do financiamento externo e redirecionamento de parte dos recursos orçamentários destinados a projetos de avaliação que vão para outros projetos (2006)	R	As atividades de M&A passam a integrar o Plano Estadual 2004-2007, a Agenda Estadual de Saúde 2006 e o Relatório de Gestão 2003-2004 Houve investimento de recursos próprios para contratação de consultoria após o término do financiamento externo (2007) Não houve investimento de recursos próprios, após o término do financiamento externo (2007)	R	R
	Há uma necessidade de investimento e renovação de equipamentos de informática (2006-2008)	R	O núcleo coordenador se mantém, porém o grupo de técnicos que assumiu funções estratégicas na nova gestão tem dificuldade de assimilar a importância das ações de M&A (2007) Apenas 2 técnicos do núcleo de M&A permanecem após a mudança do gestor estadual (2007)	R	R
	Desmobilização dos consultores externos e saída de alguns técnicos da CAA (2007-2008)	A	Desmobilização dos núcleos de M&A em virtude da definição de outras prioridades pela nova gestão (2008) Ações de Cooperação Técnica e Integração com os municípios para a construção de Propostas Metodológicas de M&A (2006)	A	A
Riscos assumidos pela organização em prol do programa	Implantação do Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica das SES em Monitoramento e Avaliação, com alto investimento de recursos financeiros (2003)	R	Proposta Metodológica de M&A construída no âmbito da SES sem envolvimento dos municípios (2006) Adesão à proposta de implantação do Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica em M&A da Atenção Básica (2005) A adesão ao projeto implica na exploração de novas atividades: elaboração do Plano Estadual de M&A, contratação do Centro Colaborador, desenvolvimento da capacidade técnica em M&A (2006) O projeto mudou a visão dos técnicos, a rotina de trabalho, dando mais segurança para chegar aos municípios e discutir com os técnicos (2006) Não houve satisfatória adesão do grupo técnico, as oficinas de capacitação no final foram muito esvaziadas e finalizou com um grupo pequeno (2006)	V	V

**Legenda:** M: memória; V: valores; A: adaptação; R: regras; CAA: Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica do Ministério da Saúde; M&A: Monitoramento e Avaliação; PNMAAB: Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica; SES: Secretaria Estadual de Saúde; SIAB: Sistema de Informações da Atenção Básica.

■ Evento Desfavorável □ Evento Favorável

**Tabela 4:** Número de eventos críticos por categoria analítica e por unidades de observação e nível de sustentabilidade da PNMAAB por unidades de observação, no período de 2003 a 2008.

Categoria Analítica	Nível Federal			Nível Estadual					
				SES 1			SES 2		
	F	D	TOTAL	F	D	TOTAL	F	D	TOTAL
<b>Memória</b>	<b>2</b>	2	4	<b>4</b>	0	4	<b>4</b>	0	4
<b>Valores</b>	<b>8</b>	1	9	<b>7</b>	0	7	<b>5</b>	3	8
<b>Adaptação</b>	<b>6</b>	6	12	<b>2</b>	3	5	<b>2</b>	2	4
<b>Regras</b>	<b>4</b>	3	7	<b>7</b>	1	8	<b>6</b>	3	9
<b>Total</b>	<b>20</b>	12	32	<b>20</b>	4	24	<b>17</b>	8	25
	<b>62,5%</b>	37,5%	100%	<b>83,3%</b>	16,7%	100%	<b>68,0%</b>	32,0%	100%
<b>Nível de Sustentabilidade</b>	<b>Média sustentabilidade</b>			<b>Forte Sustentabilidade</b>			<b>Média sustentabilidade</b>		

**Legenda:** F: Favorável; D: Desfavorável; PNMAAB: Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica; SES: Secretaria Estadual de Saúde.

## 8 DISCUSSÃO

Para que se aprenda com a avaliação, esta deve fazer sentido na perspectiva dos atores envolvidos. Suas interpretações e interações têm papel relevante tanto na produção dos resultados como também no desenvolvimento de processos de aprendizado decorrentes da avaliação (DENIS; CHAMPAGNE, 1997; VAN DER MEER; EDELENBOS, 2006). Assim, o contexto político institucional torna-se um componente central para um melhor conhecimento do objeto a ser estudado.

Segundo Van der Meer e Edelenbos (2006), na avaliação de programas complexos que envolvem uma pluralidade de atores, duas das principais funções da avaliação – a ‘*accountability*’ e o ‘aprendizado coletivo’ – mesmo que combinadas, necessitam ser apoiadas por uma terceira função – a de ‘cooperação’. Para esses autores o processo colaborativo de se fazer política não se encerra com a avaliação, pois esta é apenas um dos elementos que apóia o aprendizado e facilita a cooperação entre os envolvidos.

Os autores assinalam, “[...] em processos de política espacial no que tange a função ‘*accountability*’, a avaliação é complicada pela complexidade, pela descentralização e pela natureza de diversos atores” (VAN DER MEER; EDELENBOS, 2006, p. 207). “[...] nem todos os atores entenderão determinada avaliação como igualmente relevante e utilizável” (VAN DER MEER; EDELENBOS, 2006, p. 209). “Avaliações que são mais válidas do ponto de vista de governos descentralizados podem ser vistas como sendo de pouco valor em nível central. Isto ressalta a necessidade de formas mais participativas de avaliação [...]” (VAN DER MEER; EDELENBOS, 2006, p. 210).

Em outra perspectiva, Van der Knaap (2004, p. 16) refere que “[...] a abordagem baseada em teoria é considerada valiosa para um governo que deseje obter conhecimento porque ela pode vir a reconciliar as abordagens positivista e construtivista [...]”. Com efeito, se tomarmos como ponto de partida as premissas e objetivos de uma política pública, o processo de avaliação, desde sua formulação à sua utilização poderá trazer enormes benefícios aos envolvidos, à organização e ao público alvo.

Nessa direção, a concepção adotada no primeiro artigo desta Tese, considerou a necessidade da construção teórica que servisse de base ao desenho avaliativo proposto, resultando na construção de uma matriz de auto-avaliação para auxiliar os gestores e os profissionais

responsáveis para avaliar a implementação de medidas com o intuito de: (i) identificar problemas; (ii) viabilizar recursos disponíveis para intervir; (iii) caracterizar fatores que impedem ou facilitam a execução de intervenções e; (iv) desenvolver mecanismos para se avaliar e responder a problemas críticos (FELISBERTO et al., 2008a).

Ainda, todos os indicadores propostos foram testados, enfatizando a observação de campo com a aquisição de informações de diferentes níveis, possibilitando o seguimento de um padrão hierárquico capaz de refletir a estrutura administrativa das secretarias de saúde e a ênfase maior na quantidade e qualidade do processo do que nos resultados esperados, pois tem como objetivo a produção de resultados rápidos e úteis para decisões gerenciais na implantação do programa, tendo como perspectiva final sua utilização de forma participativa, auxiliando na identificação daquilo que está sendo alcançado e o que interfere na situação encontrada em diferentes contextos (FELISBERTO et al., 2008a).

A proposta, ao nosso ver, vai de encontro à preocupação explicitada por Tanaka (2006) quando se refere à necessidade de tornar a avaliação “mais racional”, utilizando-se informações mais objetivas na direção do interesse dos sujeitos em sua prática cotidiana.

[...] A possibilidade de tornar mais objetiva e efetiva as decisões permitirá legitimar o processo de avaliação com os interessados e dessa maneira ganhar espaço e confiança dentro da organização. [...] Dessa maneira, a utilização dos instrumentos, a exploração de base de dados disponíveis e a escolha de metodologias poderão se tornar as ferramentas de ação natural dos indivíduos envolvidos na construção dos SUS nos distintos níveis de gestão do sistema. [...] O trabalhar no cotidiano como um caminho ou tática para um aculturação da avaliação poderá ser uma alternativa que permita redirecionar o processo de capacitação e aprimoramento profissional, possibilitando uma legitimação no cotidiano em que prescindir de nova definição de atribuições ou da estrutura organizacional, e possibilite resultados concretos em curto prazo (TANAKA, 2006, p. 571-572).

Nessa mesma direção, Conill (2006) manifesta sua recomendação sobre um dos “princípios que podem ser úteis na implementação da política de monitoramento e avaliação pretendida” (CONILL, 2006, p. 564). Segundo essa autora, o princípio do ‘diálogo’ tem relevância como precaução, do sentimento da passividade que possa acometer os atores envolvidos com o objeto avaliado e, como esforço na direção da utilização de “instrumentos práticos [...] a partir da metodologia de avaliação participativa” (CONILL, 2006 p. 565).

Essas preocupações foram perseguidas na construção da proposta contida no primeiro artigo, na medida em que a teoria foi reconstituída a partir de um modelo lógico construído num processo de interação da equipe de pesquisa com a coordenação do programa (FELISBERTO et al., 2008a). Isto permitiu caminhar na direção da superação da “[...] prevalência de um viés

francamente normativo e/ou uma priorização dos aspectos mais técnicos da avaliação das políticas públicas, bem como da ênfase de seu papel de instrumento gerencial [...]” (FARIA, 2005, p. 98).

Teixeira (2006, p. 573) ressalta:

[...] que a incorporação da avaliação como uma dimensão da gestão dos sistemas e serviços pode contribuir para o aperfeiçoamento do processo de tomada de decisões, planejamento, programação e organização dos serviços, na medida em que estes venham a tomar como referência resultados de pesquisas avaliativas que apontem fragilidades políticas, debilidades organizacionais e lacunas no conhecimento acerca dos problemas que se apresentam em vários níveis e planos da realidade do SUS (TEIXEIRA, 2006).

Nesse sentido, o segundo artigo desta Tese lançou mão de técnicas interpretativas para descrever e entender a complexidade que envolve a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, compreendendo a percepção e representação dos envolvidos sobre o processo vivido, associando-as a um método específico de Análise de Implantação de Programas (FELISBERTO et al., 2009). Valorizando as tensões às quais a intervenção foi submetida em seu processo de implantação, fez uso de uma aliança da ciência e da técnica com a apropriação do objeto na perspectiva dos pesquisadores e pesquisados, proporcionando uma articulação entre conhecimento e práticas (FELISBERTO et al., 2009).

De fato, os “estudos avaliativos apresentam o potencial de gerar conhecimento para a compreensão ampliada e contextualizada do programa, bem como para a análise do processo decisório, gerando condições para sua governabilidade e sustentabilidade” (BODSTEIN et al., 2006, p. 728). Entretanto, é necessário estar atentos para o destaque de Teixeira (2006) de que o “elemento diferenciador da qualidade da gestão, mais do que a perícia técnica é o compromisso ético e político dos sujeitos que compõem a equipe dirigente” (TEIXEIRA, 2006, p. 573).

A utilização do *modelo político e contingente* proposto por Denis e Champagne (1997), para a análise da contribuição da intervenção e do contexto de sua implantação sobre os efeitos produzidos pela Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, permitiu a identificação das diferentes estratégias dos atores envolvidos em função de seus interesses. Ainda, ajudou a reconhecer as características organizacionais que atuaram na direção dessas estratégias. A contribuição dos dispositivos e a influência dos atores na contextualização da produção dos efeitos encontrados decorreu da análise imbricada da intervenção (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Ainda, as conclusões do artigo parecem estar em consonância com as reflexões de Bezzi (2006) quando afirma que “as descobertas da avaliação estão condicionadas pela maneira como foram compreendidas e interpretadas por cada ‘stakeholder’, incluindo o avaliador, de acordo com suas restrições formais, morais e normativas” (BEZZI, 2006, p. 58). Nesse sentido, faz um alerta que achamos deve ser adotado aqui: “[...] se se ignora as complexidades da pesquisa social, é muito provável que se adote (inadvertidamente) uma abordagem operacionalista correndo em direção aos ‘dados’, visto como certos [...]” (BEZZI, 2006, p. 58). O autor resgata a preocupação de Conill (2006), estabelecida anteriormente, sobre o princípio do ‘diálogo’, ao ressaltar: “[...] o ‘desafio’ – rigor metodológico vs. interpretação – pode ser resolvido ao se ligar nosso trabalho avaliativo a contextos, culturas locais, e formas de representação social [...]” (BEZZI, 2006, p. 73).

Por outro lado, não se pode prescindir de estar alerta ao que afirma Hartz (1999, p. 243):

[...] sem um esforço de institucionalização por parte das estruturas político-governamentais, que introduza incentivos técnico-financeiros encorajando uma cultura de avaliação para tomada de decisão e alocação orçamentária dos programas, todo este conhecimento é mero exercício acadêmico, impotente para contribuir na melhoria dos problemas avaliados [...].

A autora enfatiza, ainda, a necessidade da apropriação social dos produtos da avaliação no sentido da redução da deficiência do conhecimento, com vistas à diminuição de desigualdades dos atores envolvidos (HARTZ, 1999).

Chelimsky (1995) já alertava para a importância da avaliação em qualquer sociedade democrática em referência aos benefícios que pode trazer para os que decidem e para os cidadãos que têm de conviver com as decisões, uma vez que tomadas. Em nosso caso, a fundamentação teórica da avaliação realizada poderá influenciar seu uso conforme a perspectiva dos interessados seja na agenda da política nacional de saúde, na formulação de novas diretrizes ou na implantação de programas e ações que tenham como objetivos a institucionalização da avaliação no campo da saúde e a conseqüente qualificação da gestão do SUS (FELISBERTO et al., 2009; CHELIMSKY, 1995).

O terceiro artigo desta Tese traz à tona as limitações e implicações de uma questão central para as políticas públicas, em especial as relacionadas ao setor saúde, conforme ressaltado por Pisco (2006, p. 567):

A questão central hoje em dia não é tanto a questão técnica de como é que se fazem atividades de avaliação e melhoria, mas de como se estabelecem e se mantêm de forma sustentada estas atividades como parte do trabalho de uma organização ou mesmo de um sistema de saúde. Ou seja, como é que se estabelece um plano estruturado para institucionalizar estas atividades, como é que se cria com sucesso um sistema que, de forma coerente e integrada, englobe os múltiplos esforços qualitativos que os profissionais ou as instituições estão a desenvolver de forma a potenciar os benefícios para os doentes.

Conill (2006, p. 565) compartilha da mesma preocupação alertando para a necessidade de “[...] criação de legitimidade com adesão dos profissionais [...]” (CONILL, 2006; PISCO, 2006).

O estudo apresentado no artigo utilizou uma técnica facilitadora no sentido da identificação dos eventos nas falas dos entrevistados e na análise documental. Entretanto, apresentou um limitador representado pelo pouco tempo de implantação da política e, embora o método utilizado no estudo indicasse eventos igualmente importantes, os resultados apontaram para a necessidade de ponderação dos mesmos.

Isso se deu, principalmente, no que diz respeito aos indicadores referentes a ‘investimentos de recursos adequados’; àqueles relacionados à ‘adaptação das atividades às necessidades da instituição’ e; aos que dizem respeito à ‘estabilização de recursos organizacionais’, sendo essa conclusão consoante com os achados de Scheirer (2005) e Shediak-Rizkallah e Bone (1998) (SCHEIRER, 2005; SHEDIAC-RIZKALLAH; BONE, 1998).

Scheirer (2005) ressalta a importância do interesse específico de quem vai executar a política, no sentido de sua continuidade e, que os mesmos fatores organizacionais que fomentam a implementação mais forte de um novo programa provavelmente irão possibilitar a prestação de serviços continuados. Já Shediak-Rizkallah e Bone (1998) propõem pressupostos para a institucionalização das atividades de um programa no nível organizacional que ratificam a análise realizada no estudo: os aspectos do desenho e características do projeto; os fatores próprios da organização e; os fatores do ambiente de implantação (SCHEIRER, 2005).

As avaliações ajudam a identificar se os componentes da política foram incorporados aos processos organizacionais (SCHEIRER, 2005). Assim, os resultados mais importantes no sentido da sustentabilidade apresentados pelo estudo, que também encontram consonância com o estudo de Green (1989) foram: o desenvolvimento da capacidade técnica e os movimentos inovadores gerados pelo projeto, representados pela aproximação das instâncias gestoras com as instituições de ensino e pesquisa; a oportunidade de integração entre as áreas

do nível federal e das Secretarias Estaduais de Saúde; e a construção de uma proposta metodológica específica com a finalidade de monitorar e avaliar a atenção básica (GREEN, 1989).

Porém, ao considerar que a contribuição da rotinização das ações para a perenidade e/ou maior continuidade de projetos e programas sofre influência direta do grau de capacidade técnica e do preparo político dos trabalhadores do sistema, concordamos com Scheirer (2005), quando considera a influência direta dos fatores relacionados ao contexto político-organizacional. Isto se observa ao apontarmos as características contextuais do sistema de saúde brasileiro, tais como: (i) a alternância política nos entes federados que proporcionam mudanças de gestão em descompasso, se considerarmos que esse fato se dá de dois em dois anos em municípios e estados alternadamente; (ii) as freqüentes mudanças nas gerências de programas e projetos em uma mesma gestão, favorecendo a mudanças na condução dos mesmos colocando em perspectiva os diferentes interesses; (iii) a diretriz da gestão tripartite do SUS, preservando a autonomia dos entes federados que pode, eventualmente, contribuir de forma antagônica e; (iv) o lento processo de adaptação das instâncias gestoras a novos instrumentos decorrentes do permanente estágio de ‘aprimoramento’ do SUS (SCHEIRER, 2005).

Essas características contextuais não foram completamente evidenciadas ao se relacionar os eventos críticos encontrados com as categorias analíticas utilizadas (PLUYE et al., 2004), demonstrando uma provável insuficiência das mesmas para a análise de práticas avaliativas. Nesse sentido, possivelmente devemos fazer uso das proposições de Jacob (2005) sobre a análise da natureza dos dispositivos institucionais, no que tange ao seu ‘grau de abertura’ por oferecer mais potencialidade para generalizar o objeto de estudo, ao sintetizar os atributos relativos a esses dispositivos. O autor justifica a possibilidade de se desenhar uma ‘matriz tipo-ideal incompleta’, no caso de países em que políticas de avaliação não tem uma tradição tão sólida, tendo em vista que a multiplicidade de objetivos e de expectativas depositadas na avaliação e a característica de participação é o que tem caracterizado melhor o desenvolvimento de sua prática (JACOB, 2005; PLUYE et al., 2004).

A tipologia que Jacob (2005) propõe para análise dos dispositivos institucionais das práticas avaliativas (corporativista, discursivo, participativo, liberal e reflexivo) poderia ser associadas às categorias analíticas propostas por Pluye et al. (2004) utilizadas nesse estudo (memória, adaptação, valores e regras), potencializando a análise da sustentabilidade “[...] é



confrontando as considerações teóricas com a realidade que se afinam as reflexões sobre os dispositivos institucionais e se enriquece o estudo da sua institucionalização [...]” (JACOB, 2005, p. 64 ).

Assim sendo, poderíamos analisar a institucionalização da avaliação, não apenas pelas características de perenidade das práticas avaliativas, mas por sua natureza participativa, no sentido da apropriação social dos produtos da avaliação. Isso com vistas à redução das desigualdades dos envolvidos, diminuindo a deficiência do conhecimento e alimentando a sua incorporação pelos grupos de controle social.

Em artigo publicado em 2006 (Apêndice A), ao fomentar um debate sobre a formulação da Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica em Saúde no Brasil, afirmávamos:

o maior desafio consiste em teorizar sobre uma estratégia e uma prática ainda em construção e o risco de não aprofundar as diversas dimensões inerentes ao debate macropolítico. Isto é, trata-se aqui de debater uma proposta que pretende extrapolar os limites da atenção básica para ser vista como uma estratégia do próprio SUS, na perspectiva suscitada por Hartz (1999) (FELISBERTO, 2006, p. 554).

Se naquele momento colocávamos em discussão lições preliminares vindas da nossa experiência na gestão de uma política direcionada à institucionalização da avaliação em saúde, acreditamos que os três artigos integrantes desta Tese vêm contribuir com reflexões sobre estratégias importantes que devem permanecer em discussão na direção da institucionalização: a auto-avaliação, a análise de implantação e a análise de sustentabilidade de programas (FELISBERTO, 2006).

## 9 CONCLUSÕES

- A Intervenção, objeto deste estudo, embora tenha sido considerada implantada no período avaliado, teve um momento de clara expansão desde 2003 até meados de 2005, quando mudanças no cenário político institucional passam a limitá-la, configurando um período de retração do processo de implantação. A partir de então passa a haver um direcionamento voltado para a finalidade do controle gerencial visando à legitimação da política da atenção básica com base na Estratégia Saúde da Família.
- A política implantada foi caracterizada por um franco esforço com vistas à integração das ações no âmbito institucional e à descentralização das ações de avaliação. Neste sentido, duas características tornam-se marcantes: o desenvolvimento de capacidade técnica, por meio de processos avaliativos formativos e, o foco no fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde.
- É, ainda, importante registrar a intensidade de efeitos não-intencionais encontrados em decorrência da pluralidade e da interação de dispositivos utilizados para a sua implantação.
- Os resultados apresentados indicam que os eventos de implantação e de sustentabilidade não acontecem em estágios, e sim em concomitância. Eventos específicos da implantação podem ocorrer anos após o seu lançamento, bem como eventos específicos da sustentabilidade podem ocorrer no período de sua implantação.
- A Técnica do Incidente Crítico mostrou-se adequada ao estudo pela facilidade de identificação dos eventos.
- O pouco tempo de existência da política favoreceu a classificação encontrada na análise da sustentabilidade.
- Os resultados da análise de sustentabilidade apontam para uma necessidade de ponderação dos indicadores utilizados, na medida em que pelo menos três deles mostraram ter forte influência sobre os outros.

- Podemos considerar como os resultados mais importantes no sentido da sustentabilidade: o desenvolvimento da capacidade técnica e os movimentos inovadores gerados pelo projeto, a exemplo da aproximação das instâncias gestoras com as instituições de ensino e pesquisa; da oportunidade de integração entre as áreas do nível federal e das SES; e a construção de uma proposta metodológica específica com a finalidade de monitorar e avaliar a atenção básica.
  
- Ainda, é importante considerar que normas e regras rotinizadas ou padronizadas podem contribuir para a perenidade e/ou maior continuidade de projetos e programas, mas isso sofre influência direta do grau de capacidade técnica e de preparo político dos trabalhadores do sistema. Além, do grau de participação que pode ser revelado ao se explorar melhor a análise da natureza dos dispositivos institucionais de avaliação.

*“Os ambientes políticos são passageiros, o poder muda de mão, e a avaliação precisa ser defensável, não somente através de todo o espectro de misturas políticas, mas também através do tempo, à medida que estas misturas mudam”*  
*(Eleonor Chelimsky, 1995).*

---

## REFERÊNCIAS

ALKIN, M. C. **Evaluation roots: tracing theorists' views and influences**. Thousand Oaks: Sage, 2004. 424 p.

ALMEIDA, C. M. Reforma do estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1727-1742, 2008.

ALVES, C. K. A. **Institucionalização da avaliação na atenção básica: análise do programa em uma gestão estadual**. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

BARON, G.; MONNIER, E. Une approche pluraliste et participative: coproduire l'évaluation avec la société civile. **Informations Sociales**, Paris, n. 110, p. 120-129, 2003.

BEZZI, C. Evaluation pragmatics. **Evaluation: The International Journal of Theory, Research and Practice**, Newbury Park, CA, v. 12, p. 56-76, 2006.

BODSTEIN, R. et al. C. Estudos de linha de base do projeto de expansão e consolidação do saúde da família: considerações sobre seu acompanhamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 725-731, 2006.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência: estudos de política social**. São Paulo: Cebes: Hucitec, 1981. 226 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF, 2005a. 35p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 1, p. 113-125, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil**: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002. Brasília, DF, 2004. 140 p.

\_\_\_\_\_. Pacto de indicadores da atenção básica: instrumento de negociação qualificador do processo de gestão do SUS. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 2, p. 221-224, 2003b.

\_\_\_\_\_. Fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 4, p. 449-459, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais: pactos pela vida, em defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, DF, 2007. 80 p.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **O controle externo e a nova administração pública**: uma visão comparativa. Brasília, DF, 2002. 102 p.

\_\_\_\_\_. **Prêmio Serzedello Corrêa 2003**: monografias vencedoras, avaliação de programas públicos no Brasil: o papel do Tribunal de Contas da União. Brasília, DF, TCU, Instituto Serzedello Corrêa, 2005. 167 p.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I. S.; POTYARA, A. P. (Org.). **Política social e democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002. p. 173-215.

BRESSER-PEREIRA, L. C. **Reforma do estado para a cidadania**. São Paulo: Ed. 34; Brasília, DF: Enap, 1998a. 363 p.

\_\_\_\_\_. A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. **Lua Nova**, São Paulo, n. 45, p. 49-95, 1998b.

CANADIAN HEALTH SERVICES RESEARCH FOUNDATION. The 'evidence' issue. **Link**, Ottawa, v. 8, n. 3, p. 4-6, 2005. Disponível em: <[http://www.chsrf.ca/other\\_documents/newsletter/pdf/v8n3\\_e.pdf](http://www.chsrf.ca/other_documents/newsletter/pdf/v8n3_e.pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2007.

CARACELLI, V. J.; PRESKILL, H. (Ed.). **The expanding scope of evaluation use**. San Francisco: Jossey-Bass, 2000. p. 99-111. (New directions for evaluation, n. 88).

CHELIMSKY, E. The political environment of evaluation and what it means for the development of the field. *American journal of evaluation*, Fairhaven, MA, v. 16, n. 3, p. 215-225, 1995.

CHEN, H. T. **Theory-driven evaluations**. Newbury CA: Sage, 1990. 326 p.

CINQ-MARS, M.; FORTIN, D. Perspectives épistémologiques et cadre conceptuel pour l'évaluation de l'implantation d'une action concertée. **Revue Canadienne d'Évaluation de Programme**, Ottawa, v. 14, n. 2, p. 57-83, 1999.

CONILL, E. M. Sobre a importância da parcimônia, do diálogo e da continuidade para a institucionalização da avaliação da atenção básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 564-566, 2006.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Atenção primária e promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2007. 232 p.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.705-711, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. **Revue d'Épidémiologie et Santé Publique**, Paris, v. 48, n. 6, p. 517-539, 2000

COSTA, F. L.; CASTANHAR, J. C. Avaliação de programas públicos: desafios conceituais e metodológicos. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 969-992, 2003.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. p. 49-88.

DINIZ, E. Uma perspectiva analítica para a reforma do Estado. **Lua Nova**, São Paulo, n. 45, p. 29-47, 1998.

DUPAS, G. A lógica econômica global e a revisão do *welfare state*: a urgência de um novo pacto. In: BRESSER-PEREIRA, L. C.; WILHEIM, J.; SOLA, L. (Org.). **Sociedade e estado em transformação**. São Paulo: Unesp; Brasília, DF, Imesp, 1999. 456 p.

FARIA, C. A. P. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 97-110, 2005.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006.

\_\_\_\_\_. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, 2004.

FELISBERTO, E. et al. Uso da avaliação e formação profissional: impulsionando a prática da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G. M. R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: ABRASCO, 2008. p. 59-72.

\_\_\_\_\_. Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 9, n. 3, p. 339-357, 2009.

\_\_\_\_\_. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, 2091-2102, 2008a.

\_\_\_\_\_. Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância no Programa Saúde da Família, no Estado de Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p.1737-1745, 2002.

FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G.; NAVARRO, L. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: SAMICO, I.; FELISBERTO, E.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Recife: Medbook, 2009. No prelo.

FLANAGAN, J. C. A técnica dos incidentes críticos. **Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 99-141, 1973.

FREY, K. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, DF, n. 21, p. 212-258, 2000.

GERSCHMAN, S.; SANTOS, M. A. B. O Sistema Único de Saúde como Desdobramento das Políticas de Saúde do Século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 21, n. 61, p. 177-227, 2006.



GREEN L. W. Comment: is institutionalization the proper goal of grantmaking? **American Journal of Health Promotion**, Troy, MI, v. 44,n. 3, p. 44, 1989.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage, 1989.

HANNEY, S. et al. The utilization of health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. **Health Research Policy and Systems**, London, v. 1, n. 2, 2003. Disponível em: <<http://www.health-policy-systems.com/content/1/1/2>>. Acesso em: 15 jul. 2007.

HARTZ, Z. M. A. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine international e over fast food and sur mesure over ready-made. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 229-259, 1999.

\_\_\_\_\_. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 29-35, 2000.

HARTZ, Z. M. A.; SANTOS, E. M.; MATIDA, A. Promovendo e analisando o uso e a influência das pesquisas avaliativas: desafios e oportunidades ao se institucionalizar a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; FELISBERTO, E.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org). **Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 325-340.

HENRY, G. T. Why not use? **New Directions for Evaluation**, Fairhaven, MA, v. 2000, n. 88, p. 85-98, 2000.

HENRY, G. T.; MARK, M. M. Beyond use: understanding evaluation's influence on attitudes and actions Gary Henry. **American Journal of Evaluation**, *Thousand Oaks, CA*, v. 24, n. 3, p. 293–314, 2003.

HONADLE, G.; VANSANT, J. **Implementation for Sustainability: Lessons from Integrated Rural Development**. West Hartford: Kumarian, 1985.

JACOB, S. Réflexions autour d'une typologie des dispositifs institutionnels d'évaluation. **The Canadian Journal of Program Evaluation**, Ottawa, v. 20, n. 2, p. 49-68, 2005.

KETTL, D. A revolução global: reforma da administração do setor público. In: BRESSER PEREIRA, L. C.; SPINK, P. K. **Reforma do estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: FGV, 2001. p. 75-121.

KHAN, M. A. Evaluation capacity building: an overview of current *status*, issues and options. **Evaluation: the International Journal of Theory, Research and Practice**, London, v. 4, n. 3, p. 310-328, 1998.

KIRKHART, K. E. Reconceptualizing evaluation use: an integrated theory of influence. **New Directions for Evaluation**, Fairhaven, MA, v. 2000, n. 88, p. 5-23, 2004.

LENNI, E. J. An evaluation capacity-building process for sustainable community initiatives empowering and disempowering impacts. **Evaluation: the International Journal of Theory, Research and Practice**, London, v. 11, n. 4, p. 390-414, 2005.

LIMA, N. T.; SANTANA, J. P. (Org.). **Saúde coletiva como compromisso: a trajetória da Abrasco**. 2006. Disponível em: <<http://www.abrasco.org.br>>. Acesso em: 17 set. 2009.

MARK, M. M.; HENRY, G. T. The mechanisms and outcomes of evaluation influence. **Evaluation: the International Journal of Theory, Research and Practice**, London, v. 10, n. 1, p. 35-57, 2004.

MCLAUGHLIN, J. A.; JORDAN, G. B. Logic models: a tool for telling your program's performance story. **Evaluation and Program Planning**, Amsterdam, v. 22, n. 1, 1999.

MCNALL, M.; FOSTER-FISHMAN, PG. Methods of rapid evaluation, assessment, and appraisal. **American Journal of Evaluation**, Fairhaven, MA, v. 28, n. 2, p. 151-168, 2007.

MORIN, E. Por uma Reforma do Pensamento. In: PENA-VEGA, A.; NASCIMENTO, E. P. (Org.). **O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 1999. p. 27.

NATAL, S. et al. A implementação do Projeto Estratégico de Fortalecimento da Capacidade Técnica em Monitoramento e Avaliação das Secretarias de Saúde: avaliação formativa e auto-avaliação. In: HARTZ, Z. M. A.; FELISBERTO, E.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). **Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. p. 341-368.

OLIVEIRA, J. A. A.; TEIXEIRA, S. M. F. **(Im)Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1985. 380 p.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (Paris). **Working party on aid evaluation. glossary of key terms in evaluation and results based**

**management**. Paris: Development Co-Operation Directorate, 2002. Disponível em: <[www.oecd.org/dac/evaluation](http://www.oecd.org/dac/evaluation)>. Acesso em: 15 jun. 2007.

PACHECO, R. S. Reformando a administração pública no Brasil: eficiência e *accountability* democrática. In: MELO, M. (Org.). **Reforma do Estado e mudança institucional**. Recife, Massangana, 1999. p. 223-39.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAIROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 587-603.

\_\_\_\_\_. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para compreensão e crítica. 2007. 300 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PATTON, M. Q. A microcosm of the global challenges facing the field: comentary on HIV/AIDS monitoring and evaluation. **New Directions for Evaluation**, Fairhaven, MA, v. 2003, n. 103, p. 163-171, 2004.

\_\_\_\_\_. The evaluator responsibility for utilization. **Evaluation Practice**, [S. l.], v. 9, n. 2, p. 5-24, 1988.

\_\_\_\_\_. **Utilization-focused evaluation**: the new century text. 3<sup>rd</sup> ed. Thousand Oaks: Sage, 1997. 431 p.

PICCIOTTO, R. The logic of mainstreaming: a development evaluation perspective. **Evaluation**: the International Journal of Theory, Research and Practice, London, v. 8, n. 3, p. 322-339, 2002.

PIMENTA, C. C. A reforma gerencial do Estado brasileiro no contexto das grandes tendências mundiais. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p. 173-199, 1998.

PISCO, L. A. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 566-568, 2006.

PLUYE, P.; POTVIN, L.; DENIS, J. L. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. **Evaluation and Program Planning**, Amsterdam, v. 27, n. 2, p. 121-133, 2004.

PLUYE, P. et al. Program sustainability: focus on organizational routines. **Health Promotion International**, Oxford, v. 19, n. 4, p. 489-498, 2004.

\_\_\_\_\_. Program sustainability begins with the first events. **Evaluation and Program Planning**, Amsterdam, v. 28, p. 123-137, 2005.

POLLITT, C. Performance management in practice: a comparative study of executive agencies. **Journal of Public Administration Research and Theory**, Lawrence, KA, v. 16, n. 1, p. 25-44, 2006.

POTVIN, L.; GERDRON, S. Programação e avaliação em saúde. In: SEMINÁRIO AVANÇADO: PROGRAMAÇÃO E AVALIAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2006, Recife. Recife: Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira: Agence Canadienne de Développement International, 2004. 36 p. 2004. (Apostila).

PRESKILL, H.; TORRES, R. T. The learning dimensions of evaluation use. **New Directions for Evaluation**, Fairhaven, v. 2000, n. 88, p. 25-38, 2000.

RIDDE, V.; PLUYE, P., QUEUILLE, L. Évaluer la pérennité des programmes de santé publique: un outil et son application en Haïti. **Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique**, Amsterdam, v. 2006, n. 54, p. 421-431, 2006.

ROSSI, P.; FREEMAN, H. **Evaluation: a systematic approach**. Thousand Oaks: Sage, 1982. 470 p.

ROSSMAN, G. B.; RALLIS, S. F. Critical inquiry and use as action. **New Directions for Evaluation**, Fairhaven, MA, v. 2000, n. 88, p. 55-70, 2000.

SANDERS, J. R. Mainstreaming evaluation. **New Directions for Evaluation**, Fairhaven, MA, v. 2003, n. 99, p. 3-6, 2003.

SCHEIRER, M. A. Is sustainability possible? A review and commentary on empirical studies of program sustainability. **American Journal of Evaluation**, Fairhaven, MA, v. 26, n. 3, p. 320-347, 2005.

SHEDIAC-RIZKALAH, M. C.; BONE, L. R. Planning for the sustainability of community-based health programs: conceptual frameworks and future directions for research, practice and policy. **Health Education Research**, Oxford, UK, v. 13, n. 1, p. 87-108, 1998.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Health evaluation: problems and perspectives. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994.

SOUZA, H. M. O PSF como indutor da institucionalização da avaliação na atenção básica. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, Brasília, DF, v. 5, n. 6, p. 10-15, 2002a.

SOUZA, L. E. P. F. Anvisa: um modelo da nova gestão pública? In: DESAFIOS À GESTÃO DE AGÊNCIAS REGULADORAS, SEMINÁRIO TEMÁTICO DA ANVISA, 19., 2002, Brasília, DF. Disponível em: <[www.anvisa.gov.br/Institucional/snvs](http://www.anvisa.gov.br/Institucional/snvs)>. Acesso em: 17 set. 2009.

STAKE, R. E. The countenance of educational evaluation. **Teachers College Record**, New York, v. 68, n. 7, p. 523-540, 1967.

TANAKA, O. Y. Caminhos alternativos para a institucionalização da avaliação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 571-572, 2006.

TEIXEIRA, C. F. Institucionalizando a prática de avaliação em saúde: significado e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 572-574, 2006.

TYLER, R. W. General statement on evaluation. **Journal of Educational Research**, Washington, DC, v. 35, p. 492-501, 1942.

VALADEZ, J.; BAMBERGER, M. Monitoring and Evaluating Project Sustainability. In: VALADEZ, J.; BAMBERGER, M. **Monitoring and evaluating social programs in developing countries: A handbook for policymakers, managers, and researchers**. Washington DC: World Bank, 1994. p. 183-208.

VAN DER KNAAP, P. Theory-based evaluation and learning: possibilities and challenges. **Evaluation: the International Journal of Theory, Research and Practice**, London, v. 10, n. 1, p. 16-34. 2004.

VAN DER MEER, F-B.; EDELENBOS, J. Evaluation in multi-actor policy processes: accountability, learning and co-operation. **Evaluation: the International Journal of Theory, Research and Practice**, London, v.12, n. 2, p. 201-218, 2006.

VIACAVA, F. et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 711-724, 2004.

VIANA, A. L. D'A. et al. Pesquisa para a tomada de decisão: um estudo de caso no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, Supl , p. S57-S67, 2006.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; Salvador: UFBA, 2005. p. 15-39

WEISS, C. H. Evaluation for decision: is anybody there? Does anybody care? **Evaluation Practice**, [S.l.], v. 9, n. 3, p. 5-19, 1988.

\_\_\_\_\_. Have we learned anything new about the use of evaluation? **American Journal of Evaluation**, Fairhaven, MA, v. 19, n. 1, p. 21-34, 1998.

\_\_\_\_\_. The interface between evaluation and public policy. **Evaluation: the International Journal of Theory, Research and Practice**, London, v. 5, n. 4, p. 468-486, 1999.

WEISS, C. H.; MURPHY-GRAHAM, E.; BIRKELAND, S. An alternate route to policy influence: how evaluations affect DARE. **American Journal of Epidemiology**, Baltimore, MD, v. 26, n. 1, p. 12-30, 2005.

WORLD BANK. The Independent Evaluation Group. **Sourcebook for Evaluating Global and Regional Partnership Programs. Indicative principles and standards**. 2007. Disponível em: <<http://www.worldbank.org/ieg/grpp>>. Acesso em: 15 mar. 2007.

WORTHEN, B. R. Some observations about the institutionalization of evaluation. **Evaluation Practice**, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 29-36, 1995.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005. 212 p.

**APÊNDICE A – Artigo publicado na Revista Ciência & Saúde Coletiva**

553

DEBATE DEBATE

**Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate**

From the theory to the formulation of a National Policy of Evaluation in Health: reopening the debate

Eronildo Felisberto <sup>1</sup>

**Abstract** *This article proposes a theoretical and operational reflection, to be enriched by the invited debaters, about the significance of institutionalizing evaluation from the perspective of public management, by introducing a “culture” of evaluation in the routine of primary care as guiding element for a health care policy. The discussion is oriented by a summary revision of the literature contextualizing two previous debates that focalized the Institutionalization of Evaluation in Health and Primary Care. The article defends the principle that evaluation only aggregates value when the knowledge and information it produced come to generate institutional and professional improvement. Furthermore, it approaches the need for a broad range of tools including political-institutional decision-making, financial resources, technical mechanisms and organizational strategies for the qualification of human resources, adapted to the specific needs arising from the decentralization process of the primary health care management and other directives and principles of the Unified Health System-SUS.*

**Key words** *Evaluation in health, Institutionalization of the evaluation, Primary health care, Evaluation in primary health care*

**Resumo** *O artigo propõe uma reflexão teórica e operacional, a ser enriquecida pelos debatedores convidados, sobre o significado de institucionalizar a avaliação a partir da perspectiva do gestor federal em induzir um “aculturamento” da avaliação, na rotina da atenção básica, considerada ação norteadora de uma política de saúde. A discussão se orienta por uma revisão sumária da literatura contextualizando dois debates anteriores que focalizaram a Institucionalização da Avaliação em Saúde e a Atenção Básica. Defende-se o princípio de que o ato de avaliar só agrega valor quando o conhecimento e o uso das informações produzidas geram aprimoramento institucional e profissional. Aborda-se ainda a necessidade de uma ampla ordem de ferramentas como: decisão político-institucional, recursos financeiros, mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos, adaptados às necessidades específicas decorrentes do processo de descentralização da gestão da atenção básica, demais diretrizes e princípios do SUS.*

**Palavras-chave** *Avaliação em saúde, Institucionalização da avaliação, Atenção básica em saúde, Avaliação na atenção básica em saúde*

<sup>1</sup> Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, Instituto Materno Infantil de Pernambuco, Rua dos Coelhos, 300, Boa Vista, 50070-550 Recife PE. eronildo@imip.org.br

### Introdução

Nas últimas décadas, diversas iniciativas voltadas para avaliação em saúde vêm sendo desenvolvidas de forma progressiva no Brasil<sup>1</sup>. Desde a realização de pesquisas acadêmicas, com vistas à avaliação de serviços de saúde, até a incorporação, pelo Ministério da Saúde, da necessidade de pesquisas avaliativas com vistas a subsidiar a elaboração de políticas e programas setoriais e a difusão de seus resultados.

Entretanto, os avanços, na maior parte dos casos, constituíram-se em iniciativas pontuais, mediante pesquisas específicas, estudos de casos ou produção regular de dados sem a equivalente regularidade de análise dos mesmos, orientada para as necessidades da gestão. O próprio Ministério da Saúde identifica alguns dos limites dessas iniciativas: 1) *a ausência ou insuficiência da explicitação das diretrizes políticas e da definição estratégica que orientam a avaliação*; 2) *a fragmentação e a decorrente diversidade de orientações que presidem os processos de avaliação, impedindo que possam ser úteis a uma ação coordenada*; 3) *a ênfase em variáveis relacionadas a processo e*; 4) *avaliações de resultados pontuais e/ou especialmente restritas*<sup>2</sup>.

Nos últimos anos, porém, vem se delineando uma política de institucionalização da avaliação da atenção básica a partir do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde que busca superar seus limites organizacionais propondo a institucionalização da avaliação no sistema de saúde. A institucionalização é entendida como uma estratégia presente em diversas ações/atividades, projetos e políticas, com o objetivo explícito de incorporar a avaliação no cotidiano de gestores e profissionais, partindo de uma visão abrangente dos processos avaliativos. Trata-se de uma compreensão da avaliação que vai muito além da obrigação de prestar contas a organismos financiadores ou da simples medição de resultados para satisfação de agentes formuladores de programas e/ou políticas setoriais, como destaca Worthen<sup>3</sup>.

Neste artigo, propõe-se uma reflexão teórica e operacional, a ser enriquecida pelos debatedores convidados, sobre o significado de institucionalizar a avaliação a partir do processo de indução pelo gestor federal de uma estratégia chamada de “aculturamento” da avaliação. Tal estratégia consiste, em grande parte, na inclusão da avaliação na rotina da atenção básica, que, por sua vez, é considerada ação norteador-

ra da política de saúde. A discussão se orienta por uma revisão sumária da literatura, contextualizando dois debates anteriores que focalizaram a institucionalização da Avaliação em Saúde e a Atenção Básica<sup>4,5</sup>.

Defende-se o princípio de que o ato de avaliar só agrega valor quando o conhecimento e o uso das informações produzidas geram aprimoramento institucional e profissional. Aborda-se também a necessidade de se utilizar um conjunto de ferramentas tais como a decisão político-institucional, recursos financeiros, mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos<sup>6</sup>, adaptado às necessidades específicas decorrentes do processo de descentralização da gestão da atenção básica *vis-à-vis* as demais diretrizes e princípios do SUS.

O maior desafio consiste em teorizar sobre uma estratégia e uma prática ainda em construção e o risco de não aprofundar as diversas dimensões inerentes ao debate macropolítico. Isto é, trata-se aqui de debater uma proposta que pretende extrapolar os limites da atenção básica para ser vista como uma estratégia do próprio SUS, na perspectiva suscitada por Hartz<sup>4</sup>. O que está em discussão, portanto, é uma proposta de compartilhar lições preliminares vindas da nossa experiência na gestão dessa iniciativa, cujo propósito maior é contribuir para a institucionalização da Avaliação em Saúde.

### Contextualizando o(s) debate(s)

Em 1999, importante debate sobre Institucionalização da Avaliação foi divulgado nos *Cadernos de Saúde Pública* com base na experiência da avaliação de programas e políticas públicas na França. Ao estabelecer a relação dos marcos cronológicos desta implantação com outras experiências internacionais e ao trazer para a discussão a reflexão sobre caminhos que pudessem ser adaptados ou evitados para uma política de avaliação do setor saúde no Brasil, Zulfira Hartz enfatiza o questionamento de Pouvourville<sup>7</sup> quando este interroga sobre a possibilidade de se aprender com as experiências dos outros: *temos que fazer o mesmo caminho, para ficarmos convencidos pela própria experiência do que é certo ou errado, mesmo que alguém já tenha nos contado, ou podemos pular etapas e ir direto aos pontos que parecem corretos?*<sup>4,7</sup>

A preocupação externada por Campos<sup>8</sup> no debate do artigo de Hartz<sup>4</sup>, referindo-se à sus-



peição de qualquer Sistema de Avaliação e ao lembrar que *a transparência da informação é apenas um aspecto desta democratização necessária*, apesar de pertinente, é menos inquietante se pensarmos na institucionalização da avaliação como uma política permanente de governo e com diretrizes claras. A descentralização no âmbito da atenção básica no Brasil reflete, sem dúvida, a fertilidade com que o processo de democratização se desenvolve no País, tanto no que diz respeito à necessária diversidade de enfoques e métodos, quanto à adequação destes aos contextos em que estão inseridos: políticos; organizacionais; locais; advindos do programa ou política específica; ou, ainda, das respostas sociais ao que está sendo proposto.

O zelo pelo bom desempenho e melhor qualidade de uma determinada prática deveria ser uma preocupação de cada um em sua atividade profissional. Nem sempre isso é verdadeiro, mas a satisfação com o que se faz parece constituir um atributo inerente ao ser humano. Com este pressuposto, queremos crer que o interesse de avaliar sua própria prática é algo que, se minimamente despertado, pode transformar o fazer, fortalecendo a dedicação e a vontade de acertar inerente àqueles que no seu cotidiano dedicam-se à função pública. Esta, por ofício, serviria ao interesse do conjunto da sociedade, seja de iniciativa das organizações de direito público ou privado.

Ao se posicionar como debatedor do artigo de Hartz<sup>4</sup>, Contandriopoulos<sup>9</sup> levanta outros questionamentos que valem a pena ser retomados neste momento: 1) *a institucionalização da avaliação é suficiente para generalizar a prática da avaliação, i.e., para que uma “cultura da avaliação” surja na sociedade?* 2) *a institucionalização da avaliação não cria o risco de limitar os debates e inovações, consagrando desta maneira a dominação da abordagem técnico-científica em decisões coletivas, em detrimento de outros três tipos de lógica reguladora utilizada no sistema de saúde (lógica profissional, lógica econômica e lógica democrática)?* As pistas e respostas para essas perguntas, exploradas pelo autor, reforçam nossa argumentação precedente. O autor conclui seus comentários com a assertiva de que *a institucionalização da avaliação favorece o aparecimento de uma cultura autenticamente democrática quando promove a subordinação de grupos de interesse revestidos de poder aos de indivíduos que constituem a sociedade coletivamente.*

Apesar de concordarmos com o qualificativo de “audacioso” dado por Hartz às conside-

rações de Contandriopoulos, gostaríamos de articulá-las aos comentários de Vieira-da-Silva<sup>10, 11</sup>, quando evoca as referências de Bourdieu<sup>12</sup> e Bourdieu & Wacquant<sup>13</sup> no sentido que dá ao conceito de “campo” em relação à avaliação. Segundo esta autora, o conceito de campo pode contribuir para uma concepção da avaliação muito mais abrangente do que aquela restrita à dimensão racional da ação, ajustando o conceito de “intervenção” ao de “práticas sociais”, onde estariam de modo particular as “práticas de saúde”.

Outros autores como Pouvourville<sup>7</sup> e Novaes<sup>14</sup> reforçam a convicção de que *institucionalizar a avaliação* corresponde a implantar políticas de avaliação de políticas e programas e, para tal, devem contemplar a necessidade da regulação, regulamentação, melhoria dos programas, garantia de qualidade dos processos e produtos, poder de comparabilidade, cobrança de compromissos e desempenho, perseguição de metas no sentido da melhoria da qualidade de vida e do bom estado de saúde da população, de desenvolvimento institucional e pessoal no sentido do bem-estar dos profissionais envolvidos. Devem também contemplar a participação de avaliadores externos, com vistas à realização de pesquisas avaliativas envolvendo enfoques e métodos diversos ou para a necessidade de avaliações formativas voltadas ao aprimoramento dos programas e projetos propostos.

É extremamente relevante a questão levantada por Chen<sup>15</sup> em relação à natureza da teoria do programa, ao entender que *a construção da teoria do programa é uma atividade carregada de valor, (idéias ou sentido do “que deve ser”) que precisa incorporar tanto os saberes científicos como os saberes práticos dos grupos implicados na avaliação.* Igualmente relevantes são os conceitos de macro e microteoria que relacionam o conteúdo do programa ao contexto de sua implantação<sup>16</sup> e o “modelo político e contingente” para análise de programas, proposto por Denis & Champagne<sup>17</sup> ao abordar os diferentes modelos e processos de implantação das intervenções. A tentativa desta articulação de conceitos com as posições anteriormente discutidas sinaliza para a idéia de entender a *institucionalização da avaliação* como um movimento flexível e aberto às peculiaridades do sistema de saúde brasileiro.

O outro debate nacional, publicado em 2002 neste mesmo periódico, que também tem inspirado nossa atuação, se deu a partir do artigo de Regina Bodstein<sup>5</sup> – *Atenção Básica na Agen-*

da da Saúde – em que os autores/debatedores terminam por enfatizar a avaliação como fator qualificador do processo de gestão, tomando como referência a descentralização do sistema de saúde e as estratégias de organização da atenção básica<sup>5</sup>.

No artigo citado, a autora, ao destacar em sua argumentação a importância do fortalecimento e da reorganização da atenção básica para o aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS), e procurando enfatizar os princípios que o apóiam, traz como elemento o que chama de “desafios metodológicos”. Em suas conclusões, aponta para a necessidade de se investir na avaliação, tomando em consideração as mudanças provocadas pelas iniciativas de indução por parte do gestor federal do SUS e a capacidade de resposta evidenciada pelos municípios em diferentes contextos específicos, ressaltando a necessidade da análise de desempenho institucional como visto por Putnam<sup>18</sup>, *apud* Bodstein<sup>5</sup>, em que o que está em jogo são os princípios e concepções programáticas do processo de implementação, e não somente a avaliação de resultados e impacto das ações<sup>5</sup>.

É esse ponto que se destaca nas considerações dos seis debatedores do artigo da autora, refletindo suas vivências profissionais: o recorte trabalhado por Ribeiro<sup>19</sup> quando sugere a inclusão na agenda setorial de um *esforço analítico* para o que se deseja estudar e avaliar sobre a atenção básica, diante das características peculiares ao sistema de saúde brasileiro; a identificação das *pistas metodológicas à avaliação do processo de implementação* feita por Canesqui<sup>20</sup>, que ressalta ainda o potencial que tal caminho traz ao aperfeiçoamento da gestão desde que tal interesse esteja presente; a clara percepção que nos oferece Cordoni Júnior<sup>21</sup> sobre a potencialidade da contribuição que a avaliação da atenção básica pode dar para a compreensão, análise e ajuste das estratégias escolhidas no processo de construção do SUS; os desafios que enfrenta a avaliação de programas e sistemas de saúde, apontados por Conill<sup>22</sup>, que evidencia a necessidade do que chama de *análise estratégica ou pesquisa avaliativa que visa determinar a pertinência da intervenção ao seu contexto*; a contribuição teórica ressaltada por Teixeira<sup>23</sup>, que *amplia a perspectiva de análise do processo de gestão do SUS*; e a contribuição de Hartz<sup>24</sup> que nos permite intermediar um diálogo entre aquele e este debate, ressaltando como prioritárias a qualificação e a institucionalização da avaliação no SUS.

A constatação final de Bodstein<sup>5</sup> destaca o papel que pode desempenhar a avaliação em saúde no sentido de resgatar o necessário compromisso entre a academia e os serviços, entre a pesquisa e a gestão, removendo obstáculos a essa aproximação e contribuindo para o desenvolvimento de uma cultura organizacional no sistema de saúde brasileiro que tenha a avaliação como *atividade intrínseca e inseparável do planejamento e da gestão*.

Travassos<sup>25</sup> lembra que institucionalizar a avaliação requer, além de melhorar a interação entre avaliar e tomar decisões, estratégias e recursos com vistas à produção de conhecimento e o treinamento de pessoal especializado. Vai além, quando traz à discussão o conceito de qualidade em saúde e encontra na abordagem de Hartz<sup>4</sup> a valorização de *estratégias menos coercivas (e, portanto, mais participativas)*, além de *criar estruturas de avaliação descentralizadas e flexíveis*.

Esses comentários encontram eco na referência de Putnam<sup>18</sup> quando deixa claro outra visão sobre “o avaliar”, lembrando que *é de extrema importância, quando se trata de caracterizar o desempenho institucional, trabalhar com indicadores de adesão e compromisso do poder público, por um lado, e co-responsabilização da população, por outro, antes de se avaliarem resultados e impactos finais*.

Isto é, a visão do autor pressupõe a superação de uma perspectiva restrita que atrela a discussão da avaliação ao conceito e à necessidade de medidas de desempenho. Nesta visão restrita, medidas de desempenho são entendidas como eficiência de um setor, de um projeto ou de determinadas atividades em atingir suas metas com o menor custo possível. O conceito de efetividade, por sua vez, é entendido como a atividade de cumprir com objetivos propostos.

Mackay<sup>26</sup>, expressando uma visão institucional do Banco Interamericano para a Reconstrução e o Desenvolvimento (Bird/Banco Mundial), afirma que há vários tipos de instrumentos de avaliação e todos eles se destinam à medição do desempenho. Estejam eles a serviço do monitoramento de indicadores, sendo utilizados para a avaliação de projetos ou programas proporcionando análise de custo-benefício ou, ainda, promovendo funções de auditoria.

Em resumo, as questões e ponderações aqui levantadas e discutidas brevemente nos trazem a percepção de que para o processo de institucionalização da avaliação a diretriz da descentralização deve ser condição essencial e eixo cen-

tral, de tal forma que a pluralidade metodológica precisa ser incentivada com vistas à qualificação dos processos avaliativos.

### Caminhos da institucionalização

Se, por um lado, o debate sobre avaliação de programas e políticas públicas tem sido uma prioridade, por outro, existem fortes indícios e evidências sobre a necessidade de se investir na sua institucionalização, como tem sido enfatizado por vários autores nacionais e internacionais<sup>4, 5, 6, 10, 24, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35</sup>.

À luz dessa discussão, cabe trazer como referência específica as diretrizes políticas e o esforço que vem sendo feito para desenvolver uma cultura avaliativa na tomada de decisão e (re)direcionamento de prioridades, na descentralização dos processos avaliativos da atenção básica em saúde.

No Brasil, a avaliação em saúde apresenta-se, ainda, por intermédio de processos incipientes, pouco incorporados às práticas, possuindo, quase sempre, um caráter mais prescritivo e burocrático. Não faz parte da cultura institucional, aparecendo de maneira pouco sistemática e sistematizada, e nem sempre contribuindo com o processo decisório e com a formação dos profissionais, necessitando, portanto, de investimentos de ordem técnica e política por parte da administração pública setorial<sup>36</sup>.

A institucionalização da avaliação possui aqui um objetivo indissociado do desafio de consolidação do SUS através da qualificação das práticas, orientada pelo princípio da integralidade, possibilitando a organização de um modelo de atenção básica de saúde com maior resolutividade. O objetivo vem a ser o de qualificar a atenção básica segundo os princípios do SUS, contribuindo para a estruturação e sistematização dos processos em todos os níveis da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico<sup>35</sup>.

O fortalecimento de uma política específica para a atenção básica que vem ocorrendo no País, já explicitado por Bodstein<sup>5</sup>, definindo a esfera municipal como responsável pela sua execução, estabelece novos papéis para os gestores das secretarias estaduais e do Ministério da Saúde que passaram a assumir, cada vez mais, atribuições normativas e reguladoras, ressaltando-se a função de avaliação do sistema de saúde.

Movimentos direcionados à institucionalização da avaliação, como uma prática inerente

às ações e às organizações de saúde, visando à qualificação dos processos de reorganização da atenção básica, são cada vez mais necessários, apesar da diversidade de concepções e do intenso debate técnico-científico que acompanha o tema<sup>37</sup>. Nesse sentido, Hartz<sup>24, 33</sup> enfatiza a exigência da definição de uma “política de avaliação para a avaliação de políticas” com um mínimo de diretrizes: os propósitos e recursos atribuídos à avaliação (estrutura); a localização e abordagens metodológicas da(s) instância(s) de avaliação (prática), as relações estabelecidas com a gestão e a tomada de decisão (utilização).

O Ministério da Saúde, por intermédio da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação do Departamento de Atenção Básica, vem, a partir de 2003, desenvolvendo diversas ações com vistas à implantação de uma política de avaliação para a atenção básica, calcada em algumas diretrizes: 1) *Parcerias com instituições de ensino e pesquisa nacionais e internacionais, bem como com associações profissionais de reconhecido prestígio político e acadêmico*; 2) *Mobilização de atores institucionais por intermédio de processos amplamente participativos, que buscam não apenas o estabelecimento de alianças no desenvolvimento de projetos, mas que permitiram, sobretudo, a adesão e incorporação de propostas de forma mais coerente com as múltiplas necessidades do sistema de saúde*; 3) *Identificação de fontes de financiamento e garantia de recursos orçamentários para os projetos*; 4) *Definição de estratégias organizacionais para qualificação de profissionais no campo da avaliação*<sup>36</sup>.

A figura 1 apresenta o modelo lógico desta Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica em Saúde, conduzida em nível federal, cujo detalhamento pode ser consultado no documento técnico “Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização”, publicado pelo Ministério da Saúde<sup>36</sup> e disponibilizado em [www.saude.gov.br/caadab](http://www.saude.gov.br/caadab). São quatro focos bem definidos de atuação (Figura 2) e direcionamento das ações: municipal – Secretarias Municipais de Saúde; estadual – Secretarias Estaduais de Saúde; federal – Departamento de Atenção Básica e outros setores de interface no Ministério da Saúde e; instituições de ensino e pesquisa – centros colaboradores das secretarias estaduais e outras envolvidas na realização de pesquisas avaliativas, em cooperação técnica e em consultorias especializadas.

Procurando estabelecer vínculos e ao mesmo tempo distinção entre as ações de monitoramento e avaliação, alguns projetos e ativida-

**Figura 1**  
Modelo lógico da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica.  
Ministério da Saúde, 2005.



**Figura 2**  
Caracterização dos focos de intervenção das ações da Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica.

Quatro Focos	
Municipal	Pesquisas Avaliativas sobre Atenção Básica (Estudos de Linha de Base do Proesf) Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) Monitoramento de Indicadores Municipais da Atenção Básica
Estadual	Fortalecimento das SES em M&A
Federal	Mobilização Interna Articulação intra e intersetorial Qualificação da Equipe
Instituições de Ensino e Pesquisa	Pesquisas Avaliativas Rede de Centros Colaboradores Indução de Estudos e Pesquisas

des trazem definidas características de suporte à capacitação das pessoas envolvidas, ao mesmo tempo em que são fortemente indutoras de uma cultura avaliativa no exercer das práticas em saúde, estejam elas no âmbito do cuidado, da vigilância, da gerência de serviços ou da gestão em quaisquer de seus níveis.

É nesse sentido que estão sendo conduzidos os movimentos voltados à superação dos problemas relacionados ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), conforme apontados por Conill<sup>22</sup> e Hartz<sup>24,33</sup>, e ao Pacto de Indicadores da Atenção Básica levando em consideração as reflexões críticas dos atores envolvidos. Deve ser considerado, ainda, o processo de definição de indicadores para o acompanhamento de intervenções prioritárias, a exemplo do Componente I do Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (Proesf) – intervenção em curso nos municípios brasileiros acima de cem mil habitantes, que tem como objetivos o aumento da cobertura e o fortalecimento do sistema municipal de saúde por intermédio da Estratégia Saúde da Família<sup>38</sup>. O acompanhamento desses indicadores é conduzido de maneira formativa, articulando as três instâncias gestoras<sup>36</sup>.

Da mesma forma, esses projetos trazem em seu bojo conceitos conjugados como o de qualidade associado ao potencial que a avaliação tem a oferecer, seja ao disponibilizar instrumentos de auto-avaliação da Estratégia Saúde da Família (ESF), facilitando a focalização de intervenções para sua qualificação, ou no cuidado ao manusear os sistemas de informação com vistas a atribuir à ESF indícios de sua forte influência na evolução positiva de indicadores de saúde.

Os estudos e pesquisas desenvolvidos ou em desenvolvimento, a exemplo dos selecionados pelo edital nº 049/2005 do CNPq, foram mediados por estratégias de superação da simples ação de indução e conduzidos articulados pela ação de gestão, por intermédio da constituição de grupos de acompanhamento. Estes grupos vêm contribuindo para a aproximação dos pesquisadores e instituições às quais estão ligados e com as instâncias gestoras dos locais e regiões onde os mesmos são desenvolvidos, buscando a apreensão, por parte destes últimos, das metodologias e resultados intermediários. Da mesma forma, os estudos avaliativos realizados nos municípios com população acima de cem mil habitantes articulam-se às iniciativas de capacitação técnica dos profissionais das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde.

Um componente específico e apoiado financeiramente pelo Banco Mundial por intermédio do Componente III do Proesf<sup>38</sup> é o de fortalecimento da capacidade técnica em avaliação com ações voltadas para os gestores, com ênfase para os municípios e Estados. Projeto estruturante da função da avaliação nas Secretarias Estaduais de Saúde envolvendo importante volume de recursos – o equivalente a 17 milhões de dólares –, acompanhamento técnico de profissionais especializados e o apoio de instituições de ensino e pesquisa que ocupam função de destaque no assessoramento contínuo ao desenvolvimento e execução de proposições metodológicas e operacionais que dão corpo à tarefa do monitoramento e da avaliação e, ainda, ao requerido suporte que os municípios, em sua maioria, necessitam do gestor estadual.

A idéia presente é o fomento de uma mobilização permanente em torno da temática da avaliação, a partir de possibilidades concretas de realização de ações voltadas para os quatro focos definidos, que constituam atividades estruturantes de uma prática qualificada; contribuam com o “aculturamento” do uso da avaliação como parte da gestão; sirvam de suporte para o (re)direcionamento de práticas; permitam avaliar o desempenho institucional e de seus profissionais; constituam-se em instrumentos para a produção e utilização do conhecimento; contribuam com a formação e satisfação das pessoas e, assim, qualifiquem a atenção básica em saúde no Brasil.

Por outro lado, a constatação já anteriormente referida, sobre a necessidade de fomentar a produção de conhecimento na área e capacitar, também, os profissionais já especializados<sup>39</sup> deve ser vista como uma estratégia que além de superar *uma importante lacuna relacionada com a incorporação do conhecimento produzido no plano da investigação pelos profissionais de saúde e pelos gestores*<sup>11</sup>, incentiva a pluralidade metodológica. Tal iniciativa originou a proposta formulada à Abrasco para a constituição de um GT de Avaliação com a finalidade de promover a cooperação técnico-científica permanente entre as instituições envolvidas na proposta em curso, constituindo uma rede colaborativa em avaliação. E, ainda, o desenvolvimento de um programa integrado de educação a distância, envolvendo instituições nacionais e internacionais de reconhecida qualificação na área, direcionado aos gestores da atenção básica das três instâncias de gestão, assim como dos centros colaboradores das Secretarias

Estaduais de Saúde. Para Barnette & Wallis<sup>40</sup>, *treinamentos em avaliação devem ser constantes e deveriam permear todos os níveis de uma organização [...] os avaliadores treinados estarão prontos a formar parcerias importantes de aprendizagem, melhorando desta maneira as perspectivas de mainstreaming evaluation.*

Completam o escopo dessa política composta por ações conjugadas, articuladas e com direcionamento claro dos caminhos a serem percorridos, ainda que sempre abertos ao aprimoramento pelo debate democrático de seus atores: 1) a articulação sistemática e necessária com outros setores afins no Ministério da Saúde e a indução dessa prática nas secretarias estaduais; 2) a cooperação técnica permanente com instituições de referência na área da avaliação; 3) a viabilização de consultorias especializadas para dar suporte ao *status* técnico institucional; 4) a publicização dos projetos, termos de referência, experiências exitosas e a facilitação do acesso ao material técnico produzido e à literatura na área.

*Os componentes e projetos que conjuntamente são implementados podem se alterar em função de contextos e problemas específicos. Entretanto, a diversidade das ações deve estar orientada sempre por uma perspectiva de institucionalização, que associa avaliação e gestão, que confere peso e especificidade às ações de avaliação, que pressupõe incorporação como cultura, mas que prevê a definição de espaços de expertise e sistematização constitutivos do campo da avaliação<sup>36</sup>.*

Ainda, com o intuito de ajudar a compreender a focalização de alguns desses projetos, a figura 3 ressalta a importância que tem a gestão estadual da saúde no processo de institucionalização da avaliação da atenção básica no momento de consolidação da descentralização vivida no País.

### Limitações e perspectivas em debate

Sob o aspecto de princípio de precaução é importante considerar os diversos fatores de ordem teórica e prática que podem influenciar a implantação de uma política ou programa, a reprodutibilidade operacional de uma intervenção, ou, ainda, a sustentabilidade necessária à sua permanência e manutenção<sup>41, 42</sup>. Assim é que reputamos como imprescindível a devida atenção ao contexto político-institucional nas três instâncias gestoras, à mobilização necessá-

ria em busca do alcance das metas estabelecidas e à viabilização dos recursos técnicos e financeiros necessários.

Segundo Sanders<sup>43</sup>, algumas razões são mais frequentes para a não incorporação da avaliação como prática cotidiana: 1) a incerteza quanto a seus benefícios; 2) a não visualização de resultados positivos como decorrência da prática da avaliação; 3) a possibilidade do aumento nos custos e a pouca evidência sobre a relação custo-benefício; 4) a pouca disponibilidade de avaliadores ou profissionais treinados para fazer avaliações; 5) a pouca evidência de efeitos positivos no trabalho dos profissionais avaliados.

Com o conjunto de projetos e atividades relacionados à área e atualmente em curso no âmbito da atenção básica no Brasil, tentamos contornar essas dificuldades aumentando sua utilidade potencial. Uma das primeiras convicções explicitadas na condução da gestão é a de que não se deve esperar pelas condições ideais para superação de problemas estruturais que insistem em dificultar o aprimoramento e a qualificação da atenção básica e do SUS.

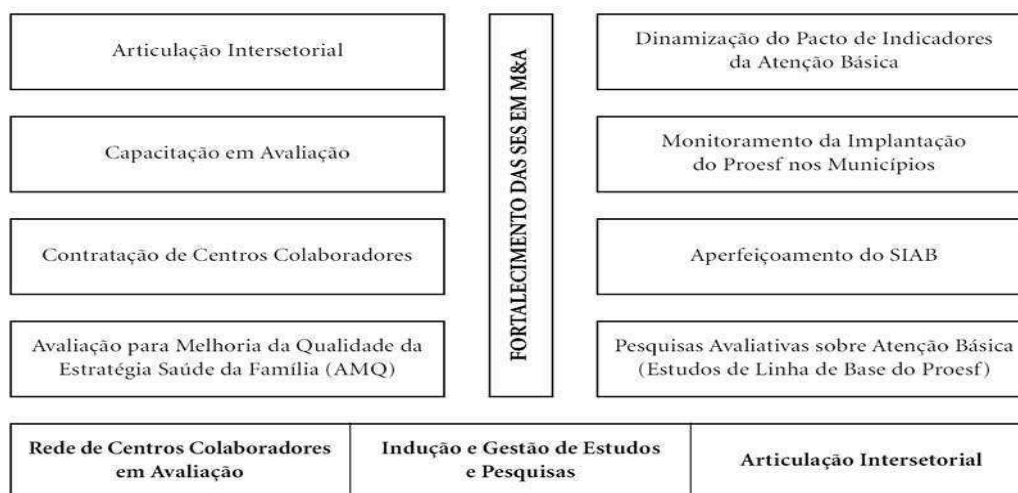
Tentativas de “institucionalizar” a avaliação no SUS a partir da criação de “Departamentos” em Secretarias do Ministério da Saúde ou em outras instâncias organizacionais, como referidas por Yunes<sup>44</sup>, parecem, por si só, não lograrem êxito, haja vista a criação do Departamento de Avaliação na então Secretaria de Políticas de Saúde em 1998. Não que desconsideremos a importância e necessidade desses *locus* organizacionais. Acreditamos, porém, na condição essencial que é ter a avaliação como prática “introjetada” ou “vivenciada” pelos atores institucionais.

Este é o desafio que a gestão federal do SUS vem enfrentando mais recentemente com a criação de instâncias como o Núcleo Coordenador de Avaliação de Desempenho do SUS em 2004 e o Departamento de Monitoramento e Avaliação ligado à Secretaria de Gestão Participativa em 2005, além dos exitosos esforços desenvolvidos pela Secretaria de Vigilância em Saúde com a instituição do Departamento de Análise de Situação de Saúde em 2003 e com a criação da Assessoria de Monitoramento e Avaliação em 2004, pelo Programa Nacional de DST/AIDS. Iniciativas recentes que desejamos sejam conduzidas à luz de lições aprendidas não só com as experiências de outros, mas também com as nossas.

A completa institucionalização da avaliação seria, segundo Worthen<sup>3</sup>, o resultado da total

**Figura 3**

Demonstrativo da articulação das ações da Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica em torno do Projeto de Fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação.



aceitação e do uso contínuo da avaliação. Ou, na lógica de Picciotto<sup>45</sup>, de *mainstreaming evaluation*, da disseminação de uma nova cultura com todos os riscos inerentes às mudanças daí decorrentes. Sanders<sup>43</sup> define *mainstreaming* como o processo de fazer a avaliação uma parte integral das operações diárias de uma organização. Para o autor, *avaliação como mainstreaming seria parte integrante da ética do trabalho, da cultura e das responsabilidades do trabalho em todos os níveis*.

Institucionalizar a avaliação adquire, para nós, um sentido de incorporação à rotina das organizações de saúde, sendo entendida como uma demanda interna de acompanhamento de todo o processo de planejamento e gestão das políticas e/ou programas. O fomento da “cultura avaliativa” requer a qualificação da capacidade técnica, nos diversos níveis do sistema de saúde, viabilizando uma efetiva associação das ações de monitoramento e avaliação como subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e à gestão, dando suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos<sup>35</sup>.

À guisa de conclusão, abrindo o espaço para a opinião dos debatedores convidados, gostaríamos de colocar em perspectiva a visão de

Trochim<sup>46</sup>, por nós compartilhada, quando apresenta seu pensamento sobre uma cultura avaliativa “ideal” a ser perseguida no século 21. Para este autor, a cultura de avaliação 1) *acolherá uma perspectiva orientada para ação* [...] encorajando abordagens inovadoras com a busca ativa de soluções baseadas na análise dos processos e dos resultados; 2) *será acessível, orientada para ensino* [...] enfatizando a unidade de avaliação formal e o pensamento oriundo do fazer cotidiano, devendo encorajar todos de uma organização a avaliar sua prática diária, assim como os *experts* a ensinarem sobre os aspectos teórico-metodológicos de suas reflexões e estudos; 3) *será diversa, inclusiva, participativa, responsiva e fundamentalmente não hierárquica* [...] enfatizando além das habilidades técnicas, as de negociação e de construção de consensos; 4) *será humilde e autocrítica* [...] prevenindo o reconhecimento das limitações e do aprendizado permanente; 5) *necessitará ser interdisciplinar* [...] enxergando os limites das disciplinas específicas na busca de fomentar uma visão mais ampla do fenômeno estudado; 6) *será também honesta, procurando a verdade* [...] enfatizando a responsabilidade e credibilidade científica; 7) *será prospectiva e com o olhar à frente* [...] na perspectiva da construção de

avaliações simples, de baixo custo com a consciência dos tempos possíveis e necessários, sem esperar as condições ideais para sua realização; 8) *finalmente, a cultura de avaliação será aquela que enfatizará processos justos, abertos, éticos e democráticos* [...] afastando as visões de uso

exclusivo de dados, proporcionando acesso a todos os grupos interessados *permitindo análises secundárias independentes mais extensivas e oportunidades para replicação ou refutação dos resultados originais.*

### Referências

1. Paim JS. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: ZMA Hartz & LM Vieira-da-Silva, organizadores. Avaliação em saúde. Dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Salvador: EDUFBA; 2005. p. 9-10.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Nota Técnica. Considerações sobre a instituição de um processo de monitoramento e avaliação do SUS. Brasília: MS; 2005.
3. Worthen BR. Some observations about the institutionalization of evaluation. *Eval Pract* 1995; 16(1): 29-36.
4. Hartz ZMA. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over ready-made. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(2):229-59.
5. Bodstein R. Atenção Básica na agenda da saúde. *Rev C S Col* 2002; 7(3):401-12.
6. Stevenson JF, Florin P, Mills DS & Andrade M. Building evaluation capacity in human service organizations: a case study. *Eval Program Plann* 2002; 25:233-43.
7. Pouvoirville G. Evaluation: the French chefs are still searching for "la nouvelle cuisine". *Cad Saúde Pública* 1999; 15(2):248-50.
8. Campos GWS. Evaluation: from soliloquy to dialogue. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(2):257-8.
9. Contandriopoulos AP. Is the institutionalization of evaluation sufficient to guarantee its practice? *Cad Saúde Pública* 1999; 15(2):253-6.
10. Vieira-da-Silva LM. The field of evaluation and the "sur mesure" strategy. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(2):247-8.
11. Vieira-da-Silva LM. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: ZMA Hartz & LM Vieira-da-Silva, organizadores. Avaliação em saúde. Dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Salvador: EDUFBA; 2005. p. 15-39.
12. Bordieu P. La distinction. Critique social du jugement. Paris: Minuit; 1979.
13. Bordieu P & Wacquant LJD. *Repouces. Pour une anthropologie réflexive.* Paris: Seuil; 1992.
14. Novaes HMD. Debate sobre o artigo de Zulmira M. A. Hartz. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(2):250-1.
15. Chen HT. Theory-driven evaluations. Newbury Park: Sage Publications; 1990.
16. Hartz ZMA, Champagne F, Contandriopoulos AP & Leal MC. Avaliação do Programa Materno-Infantil: análise de implantação em sistemas locais de saúde no Nordeste do Brasil. In: ZMA Hartz, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 89-131.
17. Denis JL & Champagne F. Análise da implantação. In: ZMA Hartz (org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 49-88.
18. Putnam R. Comunidade e democracia (A experiência da Itália moderna). Rio de Janeiro: FGV; 1996.
19. Ribeiro JM. Atenção básica em saúde e a busca por uma conceitualização. *Rev C S Col* 2002; 7(3):413-5.



20. Canesqui AM. Sobre a avaliação da atenção básica. *Rev C S Col* 2002; 7(3):415-7.
21. Cordoní Júnior L. Uma agenda para a análise do SUS. *Rev C S Col* 2002; 7(3):417-8.
22. Conill EM. Complementando a discussão sobre a atenção básica: podem o acesso, a integralidade e o controle social se constituírem em temáticas de consenso para a avaliação da reforma brasileira? *Rev C S Col* 2002; 7(3):421-3.
23. Teixeira CF. Descentralização do SUS: múltiplos efeitos, múltiplos olhares. *Rev C S Col* 2002; 7(3):423-6.
24. Hartz ZMA. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Rev C S Col* 2002; 7(3):419-21.
25. Travassos C. Debate sobre o artigo de Zulmira M.A. Hartz. *Cad Saúde Pública* 1999; 15(2):246-7.
26. Mackay K. Fortalecimiento de la capacidad de evaluación – Guía para el diagnóstico y marco para la acción. Washington DC: Banco Mundial; 2000.
27. Mayne J. Institutionalizing program evaluation in action-oriented evaluation in organizations. In: J Hudson, J Mayne & R Thomlison, editores. *Action oriented evaluation in organizations*. Toronto: Wall & Emerson Inc.; 1992. p. 21-7.
28. Perret B. Principes et objectifs généraux de l'évaluation de politiques publiques. *Santé Publique et Territoires*. Nancy: CNFPT/ENSP/SFSP; 1995.
29. Schraiber LB, Peduzzi M, Sala A, Nemes MIB, Castanheira ERL & Kon R 1999. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Rev C S Col* 1999; 4(2):221-42.
30. Medina MG, Aquino R & Carvalho ALB. Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS. *Divulg Saúde Debate* 2000; 21:15-28.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família no Brasil – Linhas Estratégicas para o Quadrênio 1999/2002. Brasília: MS; 2000.
32. Scriven M. Evaluation: future tense. *Am J Eval* 2001; 22(3):301-7.
33. Hartz ZMA. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. *Divulg Saúde Debate* 2000; 21: 29-35.
34. Souza HM. O PSF como indutor da institucionalização da avaliação na atenção básica. *Rev Bra Saúde Família* 2002; 6:10-5.
35. Felisberto E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev Bra Saúde Materno-Infantil* 2004; 4(3):317-21.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília: MS; 2005.
37. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saude Pub* 2000; 34(5): 547-59.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (Proesf) [acessado em 20/02/2006]. Disponível em <http://www.saude.gov.br/proesf>.
39. Figueiró AC, Frias PG, Felisberto E & Samico I. A avaliação no contexto das mudanças na organização e nas práticas de saúde. In: E Freese, organizador. *Municípios: a gestão da mudança em saúde*. Recife: Editora Universitária/UFPE; 2004. p. 127-42.
40. Barnette JJ & Wallis AB. Helping evaluators swim with the current: training evaluators to support mainstreaming. *New Directions for Evaluation* 2003; 99: 51-61.
41. Pluye P, Potvin L & Denis JL. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Eval Program Plann* 2004; 27:121-33.
42. Scheirer MA. Is sustainability possible? A review and commentary on empirical studies of program sustainability. *Am J Eval* 2005; 26(3):320-47.
43. Sanders JR. Mainstreaming evaluation. *New Directions for Evaluation* 2003; 99:3-6.
44. Yunes J. Debate sobre o artigo de Zulmira MA Hartz. *Cad Saúde Pública* 1999; 15 (2):251-2.
45. Picciotto R. The logic of mainstreaming – a development evaluation perspective. *Evaluation* 2002; 8(3): 322-39.
46. Trochim WMK. Evaluation culture 2002 [acessado em 9/01/2006]. Disponível em <http://www.atomic-dog.com/trochim>.

Artigo apresentado em 27/02/2006

Aprovado em 31/03/2006

Versão final apresentada em 17/04/2006

## **ANEXO A – Roteiro de Entrevista Diretoria do Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde**

### **Roteiro de Entrevista para avaliação da implantação, uso e sustentabilidade da PNMAAB**

#### **Diretoria do Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde – DAB/MS**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Tempo do exercício da função: \_\_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_

Pós-graduação: \_\_\_\_\_

Em relação ao Monitoramento de Avaliação da AB considere os seguintes eventos relacionados à **IMPLANTAÇÃO**:

#### **Aperfeiçoamento do SIAB**

1. Como se deu a reformulação do SIAB?
2. O DAB contou com a estrutura necessária para reformulação do SIAB? (equipamentos de informática, software, pessoal qualificado)?
3. A reformulação do SIAB se deu de forma articulada com os demais SIS?
4. Todas as áreas técnicas da AB foram envolvidas na reformulação? De que forma? (reuniões, seminários, oficinas)
5. Os técnicos do DAB foram capacitados para manusear o novo sistema?
6. Que estratégias a CAA utilizou para a implantação do novo SIAB nas SES e nas SMS?

#### **Dinamização do Pacto de Indicadores**

1. Como ficou o processo de pactuação dos indicadores da AB, no contexto do Pacto pela Saúde?
2. O processo de pactuação conta com a participação efetiva das três instâncias de gestão do SUS? De que forma?
3. O processo de pactuação tem incentivado o diálogo entre os gestores?
4. A pactuação tem sido um processo crítico-reflexivo dos gestores?

5. O pacto da AB está articulado com outros instrumentos de programação e pactuação?
6. Vocês dispõem de relatórios gerenciais com a situação dos indicadores?
7. Os relatórios gerenciais são publicizados? De que forma?
8. Há disponibilização de passagens aéreas e diárias para viagem dos técnicos do DAB às SES e SMS?

### **Monitoramento do Componente I do PROESF**

1. Foi definido um cronograma para acompanhamento dos municípios?
2. Foram disponibilizadas passagens e diárias aos técnicos do DAB para acompanhamento dos municípios?
3. Os municípios têm realizado ações com vistas ao alcance dos indicadores do PROESF?
4. Foram criadas estratégias para sensibilização dos gestores? Quais?
5. Foi estabelecida uma metodologia de análise dos indicadores do componente I do PROESF? Qual?
6. Têm escrito relatórios gerenciais com a situação dos indicadores do PROESF?
7. Estes relatórios gerenciais têm sido disponibilizados aos gestores? De que forma?

### **Construção do MonitorAB**

1. O monitorab foi implantado?
2. Há um acompanhamento da utilização deste sistema pelos estados e municípios?
3. Os dados estão sendo editados anualmente pelos estados/municípios?

### **Estudos de Linha de Base**

1. Como se deu a participação do DAB nos estudos de linha de base?
2. As metodologias de análise das práticas do PSF foram desenvolvidas considerando as especificidades regionais?
3. As metodologias adotadas foram socializadas entre os grupos participantes do estudo?
4. Os resultados parciais da pesquisa foram compartilhados com as SES e SMS?
5. Houve interlocução do DAB com representantes e pesquisadores dos estados e dos municípios?

### **AMQ**

1. O AMQ tem dado o retorno esperado pelo DAB? Detalhe

2. Os instrumentos elaborados no AMQ são passíveis de utilização em todo território nacional?
3. Os gestores municipais foram sensibilizados para a implantação do AMQ? Que estratégias foram utilizadas?
4. O AMQ tem contribuído com os gestores para reprogramar as ações da AB?
5. Houve algum treinamento específico para os profissionais das SMS no manuseio do sistema informatizado?

### **Fortalecimento da capacidade técnica das SES**

1. Como se deu a participação do DAB no Projeto de fortalecimento da capacidade técnica das SES em M&A?
2. Os CC apresentaram propostas de trabalho condizentes com os pressupostos das SES?
3. Você tem conhecimento de ações de M&A que tenham sido desenvolvidas pelas SES resultantes do projeto de fortalecimento da capacidade técnica das SES? (U/I)
4. Quais são os resultados positivos deste processo de integração ensino-serviço? (U/I)
5. É feita divulgação das experiências de integração ensino-serviço? (U/I)
6. Você acha que este projeto possibilita a institucionalização da avaliação nas SES? (S)
7. O projeto atendeu às expectativas do DAB? (S)
8. Como se deu a relação do DAB com as SES neste processo? (S)

### **ARTICULAÇÃO SISTEMÁTICA E INTEGRAÇÃO DAS AÇÕES**

#### **Articulação e integração das ações no âmbito do MS**

1. As secretarias do MS desenvolvem ações de M&A em consonância com a PNMAAB? Que secretarias?
2. Que avaliações já foram realizadas em outras secretarias com o apoio da CAA?

### **COOPERAÇÃO TÉCNICA E ARTICULAÇÃO INTERINSTITUCIONAL**

#### **Cooperação técnica com instituições de referência em avaliação**

1. Foi firmada cooperação com instituições/organizações de referência em avaliação? Quais?
2. Que atividades foram subsidiadas por estas instituições/organizações?

### **INDUÇÃO E GESTÃO DE ESTUDOS E PESQUISAS**

#### **Financiamento e gestão de estudos e pesquisas avaliativas sobre AB**

1. O DAB tem financiado estudos e pesquisas na área de avaliação? De que forma?

## **PRODUÇÃO DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO**

### **Publicações impressas**

1. Há publicação impressa sobre os principais projetos/programas desenvolvidos pela CAA?  
Quais?
2. Há publicação impressa sobre os resultados das pesquisas realizadas pela CAA?  
Quais?

### **Comunicação em eventos técnicos e científicos**

1. Foi realizada divulgação dos projetos estratégicos, metodologias e resultados produzidos pela CAA em eventos como: congressos, conferências, cursos, seminários, reuniões técnicas? Que eventos? Quais os objetos da divulgação?

Em relação ao Monitoramento de Avaliação da AB considere os seguintes eventos relacionados à **SUSTENTABILIDADE**:

1. Foram tomadas providências para estabilizar os recursos organizacionais (financeiros, humanos, materiais, de treinamento) necessários às atividades de M&A?

Como isso aconteceu?

O que levou a isso? Por quê?

O que foi particularmente positivo ou negativo em relação às atividades de M&A?

Como as partes envolvidas se sentiram a respeito?

Como as partes interessadas reagiram?

2. A SES assumiu riscos para desenvolver as atividades de M&A?

Como isso aconteceu?

O que levou a isto?

Por quê?

O que foi particularmente positivo ou negativo em relação às atividades de M&A?

Como as partes envolvidas se sentiram a respeito?

Como as partes interessadas reagiram?

Quais foram as conseqüências?

3. As pessoas envolvidas foram incentivadas para desempenhar as atividades de M&A?

Como isso aconteceu?

O que levou a este evento?

O que foi particularmente positivo ou negativo em relação às atividades de M&A?

Como as partes envolvidas se sentiram a respeito?

Como as partes interessadas reagiram?

Quais foram as conseqüências?

4. As atividades de M&A foram adaptadas ao contexto local levando em consideração sua efetividade e as necessidades da população?

Como isso aconteceu?

5. Os objetivos da SES são levados em conta no desenho do M&A?

Por quê?

O que foi particularmente positivo ou negativo em relação às atividades de M&A?

Como as partes envolvidas se sentiram a respeito?

Que estratégias foram usadas?

Com que efeitos?

Quais foram as conseqüências?

6. Há comunicação transparente entre as pessoas envolvidas (cite-as)?

Como isso aconteceu?

O que foi particularmente positivo ou negativo em relação às atividades de M&A?

Como as partes envolvidas se sentiram a respeito?

Como as partes interessadas reagiram?

Com que efeitos?

7. Compartilham-se valores (artefatos, mitos, símbolos, rituais, linguagens, valores) entre a SES e o M&A?

Como isso aconteceu? O que levou a isso?

O que foi particularmente positivo ou negativo em relação às atividades de M&A?

Como as partes envolvidas se sentiram a respeito?

Como as partes interessadas reagiram?

Com que efeitos?

8. As regras existentes para o desenvolvimento das atividades da SES são integradas às regras do M&A ou vice-versa?

Como isso acontece?

O que levou a este evento?

Por que?

O que foi particularmente positivo ou negativo em relação às atividades de M&A?

Como as partes envolvidas se sentiram a respeito?

Como as partes interessadas reagiram?

9. Os recursos (financeiros, humanos, materiais e treinamento) disponibilizados pela SES para realizar as atividades de M&A são adequados?

Por quê?

10. As práticas e técnicas usadas nas atividades de M&A são compatíveis com aquelas da SES ?

Como isso acontece?

Em relação ao Monitoramento de Avaliação da AB considere os seguintes eventos relacionados ao **USO/INFLUÊNCIA**:

1. Que **conseqüências** você espera que os processos avaliativos deflagrados pela PNMAAB tragam para o MS, Estados e Municípios?
2. A PNMAAB influencia na **elaboração da agenda nacional** de saúde?
3. A PNMAAB influencia na **implementação da política da AB**?
4. Houve **mudanças no MS** influenciadas pela PNMAAB? (ganhos concretos em relação à saúde, equidade e benefícios econômicos e sociais)
5. As **prioridades para investimento** de recursos são definidas considerando as avaliações realizadas?
6. As informações produzidas pelos processos avaliativos são utilizadas para a **tomada de decisão** (redirecionamento de ações/readequação de estratégia)?
7. Os processos avaliativos têm **revelado os principais problemas/fragilidades** dos programas avaliados?
8. Na sua opinião, os **gestores estão preparados** para utilizar os resultados das avaliações realizadas?

9. Que **tipos de avaliação** demonstraram ser mais úteis?
10. Os processos avaliativos e/ou resultados das avaliações são **divulgados**? Como?
11. O foco das avaliações está concentrado nos problemas mais críticos da política nacional de saúde? Detalhe (problemas com base no perfil epidemiológico, interesse do gabinete retratado nas avaliações, necessidades dos demandantes)
12. Que fatores poderiam tornar os formuladores de políticas (gestores, conselheiros...) mais receptivos à avaliação?
13. Você considera que o MS hoje possui uma cultura de avaliação?
14. Você considera que as avaliações realizadas ocasionaram mudanças nos pensamentos ou nas ações dos profissionais envolvidos? Exemplifique
15. Você percebe que as pessoas envolvidas nos processos de avaliação tentam influenciar outros profissionais que não participaram para utilização das informações geradas pelos estudos realizados?



## **ANEXO B– Roteiro de Entrevista Diretoria da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica**

### **Roteiro de Entrevista para avaliação da implantação, uso e sustentabilidade da PNMAAB**

#### **Diretoria da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica – CAA/DAB**

Nome: \_\_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_

Titulação: \_\_\_\_\_

Tempo que ocupa o cargo: \_\_\_\_\_

Entrevistadora: \_\_\_\_\_

Data e local: \_\_\_\_\_

Em relação ao Monitoramento de Avaliação da AB considere os seguintes eventos relacionados à **IMPLANTAÇÃO**:

#### **Dinamização do Pacto de Indicadores**

1. Como ficou o processo de pactuação dos indicadores da AB, no contexto do Pacto pela Saúde?
2. O processo de pactuação conta com a participação efetiva das três instâncias de gestão do SUS? De que forma?
3. Vocês dispõem de relatórios gerenciais com a situação dos indicadores?
4. Os relatórios gerenciais são publicizados? De que forma?

#### **Monitoramento do Componente I do PROESF**

1. Na sua opinião, o componente I do PROESF atendeu as expectativas do DAB? (cumpru sua missão?)

#### **Estudos de Linha de Base**

1. Na sua opinião, os estudos de linha de base atenderam as expectativas do DAB? (cumpru sua missão?)

#### **AMQ**

1. O AMQ tem dado o retorno esperado pelo DAB? Detalhe
2. Os instrumentos elaborados no AMQ são passíveis de utilização em todo território nacional?

### **Fortalecimento da capacidade técnica das SES**

1. Na sua opinião, o projeto de fortalecimento atendeu as expectativas do DAB? (cumpriu sua missão?)

Em relação ao Monitoramento de Avaliação da AB considere os seguintes eventos relacionados à **SUSTENTABILIDADE**:

1. Foram tomadas providências para estabilizar os recursos organizacionais (financeiros, humanos, materiais, de treinamento) necessários às atividades de M&A?

Como isso aconteceu?

O que levou a isso? Por quê?

O que foi particularmente positivo ou negativo em relação às atividades de M&A?

Como as partes envolvidas se sentiram a respeito?

Como as partes interessadas reagiram?

2. A SES assumiu riscos para desenvolver as atividades de M&A?

Como isso aconteceu?

O que levou a isto?

Por quê?

3. As pessoas envolvidas foram incentivadas para desempenhar as atividades de M&A?

Como isso aconteceu?

O que levou a este evento?

O que foi particularmente positivo ou negativo em relação às atividades de M&A?

Como as partes envolvidas se sentiram a respeito?

Como as partes interessadas reagiram?

Quais foram as conseqüências?

4. As atividades de M&A foram adaptadas ao contexto local levando em consideração sua efetividade e as necessidades da população?

Como isso aconteceu?

5. Os objetivos da SES são levados em conta no desenho do M&A?

Por quê?

6. Há comunicação transparente entre as pessoas envolvidas (cite-as)?

Como isso aconteceu?

O que foi particularmente positivo ou negativo em relação às atividades de M&A?

Como as partes envolvidas se sentiram a respeito?

Como as partes interessadas reagiram?

Com que efeitos?

7. Compartilham-se valores (artefatos, mitos, símbolos, rituais, linguagens, valores) entre a SES e o M&A?

Como isso aconteceu? O que levou a isso?

8. As regras existentes para o desenvolvimento das atividades da SES são integradas às regras do M&A ou vice-versa?

Como isso acontece?

O que levou a este evento?

Por que?

9. Os recursos (financeiros, humanos, materiais e treinamento) disponibilizados pela SES para realizar as atividades de M&A são adequados?

Por quê?

10. As práticas e técnicas usadas nas atividades de M&A são compatíveis com aquelas da SES ?

Como isso acontece?

Em relação ao Monitoramento de Avaliação da AB considere os seguintes eventos relacionados ao **USO/INFLUÊNCIA**:

1. A PNMAAB influencia na **implementação da política da AB**?

2. Houve **mudanças no MS** influenciadas pela PNMAAB? (ganhos concretos em relação à saúde, equidade e benefícios econômicos e sociais)

3. As **prioridades para investimento** de recursos são definidas considerando as avaliações realizadas?
4. As informações produzidas pelos processos avaliativos são utilizadas para a **tomada de decisão** (redirecionamento de ações/readequação de estratégia)?
5. Os processos avaliativos têm **revelado os principais problemas/fragilidades** dos programas avaliados?
6. Na sua opinião, os **gestores estão preparados** para utilizar os resultados das avaliações realizadas?
7. Que fatores poderiam tornar os formuladores de políticas (gestores, conselheiros...) mais receptivos à avaliação?
8. Que **tipos de avaliação** demonstraram ser mais úteis?
9. Os processos avaliativos e/ou resultados das avaliações são **divulgados**? Como?
10. O foco das avaliações está concentrado nos problemas mais críticos da política nacional de saúde? Detalhe (problemas com base no perfil epidemiológico, interesse do gabinete retratado nas avaliações, necessidades dos demandantes)
11. Você considera que as avaliações realizadas ocasionaram mudanças nos pensamentos ou nas ações dos profissionais envolvidos? Exemplifique
12. Você percebe que as pessoas envolvidas nos processos de avaliação tentam influenciar outros profissionais que não participaram para utilização das informações geradas pelos estudos realizados?
13. Você considera que o MS hoje possui uma cultura de avaliação?
14. O que mais voce gostaria de falar a respeito da PNMAAB?

**ANEXO C – Roteiro de Entrevista PROESF****Roteiro de Entrevista para avaliação da implantação, uso e sustentabilidade da PNMAAB****Responsável PROESF**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Tempo do exercício da função: \_\_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_

Pós-graduação: \_\_\_\_\_

Em relação ao Monitoramento de Avaliação da AB considere os seguintes eventos relacionados à **IMPLANTAÇÃO**:

1. Você considera concluída a avaliação da fase 1 do PROESF? Por que?
2. O que está sendo pensado para avaliar a segunda fase?
3. Haverá uma continuidade dos estudos de linha de base?

Em relação ao Monitoramento de Avaliação da AB considere os seguintes eventos relacionados à **SUSTENTABILIDADE**:

1. Foram tomadas providências para estabilizar os recursos organizacionais (financeiros, humanos, materiais, de treinamento) necessários às atividades de M&A?

Como isso aconteceu?

O que levou a isso? Por quê?

O que foi particularmente positivo ou negativo em relação às atividades de M&A?

Como as partes envolvidas se sentiram a respeito?

Como as partes interessadas reagiram?

2. A SES assumiu riscos para desenvolver as atividades de M&A?

Como isso aconteceu?

O que levou a isto?

Por quê?

3. As pessoas envolvidas foram incentivadas para desempenhar as atividades de M&A?

Como isso aconteceu?

O que levou a este evento?

O que foi particularmente positivo ou negativo em relação às atividades de M&A?

Como as partes envolvidas se sentiram a respeito?

Como as partes interessadas reagiram?

Quais foram as conseqüências?

4. As atividades de M&A foram adaptadas ao contexto local levando em consideração sua efetividade e as necessidades da população?

Como isso aconteceu?

5. Os objetivos da SES são levados em conta no desenho do M&A?

Por quê?

6. Há comunicação transparente entre as pessoas envolvidas (cite-as)?

Como isso aconteceu?

O que foi particularmente positivo ou negativo em relação às atividades de M&A?

Como as partes envolvidas se sentiram a respeito?

Como as partes interessadas reagiram?

Com que efeitos?

7. Compartilham-se valores (artefatos, mitos, símbolos, rituais, linguagens, valores) entre a SES e o M&A?

Como isso aconteceu? O que levou a isso?

8. As regras existentes para o desenvolvimento das atividades da SES são integradas às regras do M&A ou vice-versa?

Como isso acontece?

O que levou a este evento?

Por que?

9. Os recursos (financeiros, humanos, materiais e treinamento) disponibilizados pela SES para realizar as atividades de M&A são adequados?

Por quê?

10. As práticas e técnicas usadas nas atividades de M&A são compatíveis com aquelas da SES ?

Como isso acontece?

Em relação ao Monitoramento de Avaliação da AB considere os seguintes eventos relacionados ao **USO/INFLUÊNCIA**:

15. A PNMAAB influencia na **implementação da política da AB**?

16. Houve **mudanças no MS** influenciadas pela PNMAAB? (ganhos concretos em relação à saúde, equidade e benefícios econômicos e sociais)

17. As **prioridades para investimento** de recursos são definidas considerando as avaliações realizadas?

18. As informações produzidas pelos processos avaliativos são utilizadas para a **tomada de decisão** (redirecionamento de ações/readequação de estratégia)?

19. Os processos avaliativos têm **revelado os principais problemas/fragilidades** dos programas avaliados?

20. Na sua opinião, os **gestores estão preparados** para utilizar os resultados das avaliações realizadas?

21. Que fatores poderiam tornar os formuladores de políticas (gestores, conselheiros...) mais receptivos à avaliação?

22. Que **tipos de avaliação** demonstraram ser mais úteis?

23. Os processos avaliativos e/ou resultados das avaliações são **divulgados**? Como?

24. O foco das avaliações está concentrado nos problemas mais críticos da política nacional de saúde? Detalhe (problemas com base no perfil epidemiológico, interesse do gabinete retratado nas avaliações, necessidades dos demandantes)

25. Você considera que as avaliações realizadas ocasionaram mudanças nos pensamentos ou nas ações dos profissionais envolvidos? Exemplifique
  
26. Você percebe que as pessoas envolvidas nos processos de avaliação tentam influenciar outros profissionais que não participaram para utilização das informações geradas pelos estudos realizados?
  
27. Você considera que o MS hoje possui uma cultura de avaliação?
  
28. O que mais voce gostaria de falar a respeito da PNMAAB?



## ANEXO D – Roteiro de Entrevista Conass

### Roteiro de Entrevista para avaliação da implantação, uso e sustentabilidade da PNMAAB

#### Entrevista Conass

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Tempo do exercício da função: \_\_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_

Pós-graduação: \_\_\_\_\_

Em relação ao Monitoramento de Avaliação da AB considere os seguintes eventos relacionados à **IMPLANTAÇÃO**:

1. O que você conhece sobre os projetos de institucionalização da avaliação da AB?
2. Como o Ministério da Saúde vem atuando em relação à institucionalização da Avaliação?
3. Ele envolveu os estados? De que forma?
4. Você acha que existe uma política de M&A da AB?
5. Você acha que houve investimento suficiente de recursos financeiros para implantação da PNMAAB em comparação com os custos da PAB?
6. Em relação ao apoio em prol da institucionalização da AVAB, como você vê o apoio do Conass? Você acha que o Conass apóia a Institucionalização da Avaliação?

#### Dinamização do Pacto

1. No âmbito do monitoramento, o processo do pacto da AB envolveu os gestores?
2. O Pacto está articulado aos instrumentos de programação da AB?
3. O processo de pactuação das metas e análise dos indicadores conta com a participação efetiva das três instâncias de gestão do SUS?
4. O processo de pactuação das metas e análise dos indicadores da AB tem incentivado o diálogo entre os gestores?
5. Os relatórios gerenciais são publicizados a todos os interessados?

#### Fortalecimento da capacidade técnica das SES

1. O que você sabe sobre os projetos de fortalecimento da capacidade técnica das SES?
2. A PNMAAB subsidiou as SES na elaboração dos Planos Estaduais para fortalecimento das ações de M&A?
3. Os CC contratados têm reconhecida experiência em pesquisa na área de avaliação ou áreas afins para subsidiar as ações de M&A das SES?
4. Os CC apresentaram propostas de trabalho condizentes com os pressupostos das SES?
5. Que ações de M&A foram desenvolvidas pelas SES resultantes do projeto de fortalecimento da capacidade técnica das SES?
6. As SES estão demandando/realizando estudos avaliativos de acordo com sua necessidade?

#### AMQ

1. O que você acha do AMQ?
2. Os instrumentos elaborados são passíveis de utilização em todo território nacional?
3. Os gestores municipais/estaduais foram sensibilizados para a implantação do AMQ? Que estratégias foram utilizadas?
4. O AMQ tem contribuído com os gestores na elaboração de planos de intervenção e ações para melhoria da qualidade?
5. Houve algum treinamento específico para os profissionais das SES/SMS no manuseio do sistema informatizado?

Em relação ao Monitoramento de Avaliação da AB considere os seguintes eventos relacionados à **SUSTENTABILIDADE**:

1. Foram tomadas providências para estabilizar os recursos organizacionais (financeiros, humanos, materiais, de treinamento) necessários às atividades de M&A?

Como isso aconteceu?

O que levou a isso? Por quê?

O que foi particularmente positivo ou negativo em relação às atividades de M&A?

Como as partes envolvidas se sentiram a respeito?

Como as partes interessadas reagiram?

2. A SES assumiu riscos para desenvolver as atividades de M&A?

Como isso aconteceu?

O que levou a isto?

Por quê?

3. As atividades de M&A foram adaptadas ao contexto local levando em consideração sua efetividade e as necessidades da população?

4. O que você acha que tem sido feito para sustentabilidade da PNMAAB?

Em relação ao Monitoramento de Avaliação da AB considere os seguintes eventos relacionados ao **USO/INFLUÊNCIA**:

1. As informações produzidas pelos processos avaliativos são utilizadas para a **tomada de decisão** no MS e nas SES (redirecionamento de ações/readequação de estratégia)?
2. Os processos avaliativos têm **revelado os principais problemas/fragilidades** do PROESF?
3. Na sua opinião, os **gestores estão preparados** para utilizar os resultados das avaliações realizadas?
4. Quais as principais conseqüências dos projetos e estratégias da PNMAAB nas SES e MS?
5. Os processos avaliativos e/ou resultados das avaliações do PROESF são **divulgados**? Como?
6. Que fatores poderiam tornar os formuladores de políticas (gestores, conselheiros...) mais receptivos à avaliação?
7. Você considera que o MS e as SES hoje possuem uma cultura de avaliação?
8. Existe algo que o Sr. gostaria de falar sobre a PNMAAB e que não lhe foi perguntado?

**ANEXO E– Roteiro de Entrevista Conasems****Roteiro de Entrevista para avaliação da implantação, uso e sustentabilidade da  
PNMAAB****Entrevista Conasems**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Tempo do exercício da função: \_\_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_

Pós-graduação: \_\_\_\_\_

Em relação ao Monitoramento de Avaliação da AB considere os seguintes eventos relacionados à **IMPLANTAÇÃO**:

1. O que você conhece sobre os projetos de institucionalização da avaliação da AB?
2. Como o Ministério da Saúde vem atuando em relação à institucionalização da Avaliação?
3. Ele envolveu os estados? De que forma?
4. Você acha que existe uma política de M&A da AB?
5. Você acha que houve investimento suficiente de recursos financeiros para implantação da PNMAAB em comparação com os custos da PAB?
6. Em relação ao apoio em prol da institucionalização da AVAB, como você vê o apoio do Conass? Conasems? Você acha que o Conass apóia a Institucionalização da Avaliação?

**Dinamização do Pacto**

1. No âmbito do monitoramento, o processo do pacto da AB envolveu os gestores?
2. O Pacto está articulado aos instrumentos de programação da AB?
3. O processo de pactuação das metas e análise dos indicadores conta com a participação efetiva das três instâncias de gestão do SUS?
4. O processo de pactuação das metas e análise dos indicadores da AB tem incentivado o diálogo entre os gestores?
5. Os relatórios gerenciais são publicizados a todos os interessados?

**Fortalecimento da capacidade técnica das SES**

1. O que você sabe sobre os projetos de fortalecimento da capacidade técnica das SES?
2. A PNMAAB subsidiou as SES na elaboração dos Planos Estaduais para fortalecimento das ações de M&A?
3. Os CC contratados têm reconhecida experiência em pesquisa na área de avaliação ou áreas afins para subsidiar as ações de M&A das SES?
4. Os CC apresentaram propostas de trabalho condizentes com os pressupostos das SES?
5. Que ações de M&A foram desenvolvidas pelas SES resultantes do projeto de fortalecimento da capacidade técnica das SES?
6. As SES estão demandando/realizando estudos avaliativos de acordo com sua necessidade?

#### AMQ

1. O que você acha do AMQ?
2. Os instrumentos elaborados são passíveis de utilização em todo território nacional?
3. Os gestores municipais/estaduais foram sensibilizados para a implantação do AMQ? Que estratégias foram utilizadas?
4. O AMQ tem contribuído com os gestores na elaboração de planos de intervenção e ações para melhoria da qualidade?
5. Houve algum treinamento específico para os profissionais das SES/SMS no manuseio do sistema informatizado?

Em relação ao Monitoramento de Avaliação da AB considere os seguintes eventos relacionados à **SUSTENTABILIDADE**:

1. O que você acha que tem sido feito para sustentabilidade da PNMAAB?
2. Você acha que com o término dos recursos do PROESF o MS e as SES têm condições de dar continuidade à PNMAAB?
3. Você acha que a DAB assumiu riscos ao investir recursos na PNMAAB?
4. A PNMAAB esta integrada a estrutura organizacional do MS?

Em relação ao Monitoramento de Avaliação da AB considere os seguintes eventos relacionados ao **USO/INFLUÊNCIA**:

1. As informações produzidas pelos processos avaliativos são utilizadas para a **tomada de decisão** no MS e nas SES (redirecionamento de ações/readequação de estratégia)?
2. Os processos avaliativos têm **revelado os principais problemas/fragilidades** do PROESF?
3. Na sua opinião, os **gestores estão preparados** para utilizar os resultados das avaliações realizadas?
4. Quais as principais conseqüências dos projetos e estratégias da PNMAAB nas SES e MS?
5. Os processos avaliativos e/ou resultados das avaliações do PROESF são **divulgados**? Como?
6. Que fatores poderiam tornar os formuladores de políticas (gestores, conselheiros...) mais receptivos à avaliação?
7. Você considera que o MS e as SES hoje possuem uma cultura de avaliação?
8. Existe algo que o Sr. gostaria de falar sobre a PNMAAB e que não lhe foi perguntado?

## ANEXO F– Roteiro de Entrevista Banco Mundial

### Roteiro de Entrevista para avaliação da implantação, uso e sustentabilidade da PNMAAB

#### Entrevista Banco Mundial

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Tempo do exercício da função: \_\_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_

Pós-graduação: \_\_\_\_\_

Qual a sua função no Banco Mundial ?

Há quanto tempo?

Qual foi a historia do Projeto de Fortalecimento do Monitoramento e Avaliação nas Secretarias Estaduais? Como foi que ele nasceu?

Quem pensou na estratégia de implantação do Projeto?

O Sr(a). Participou da elaboração do projeto?

Por que o Banco Mundial decidiu investir no Projeto?

E em relação ao Projeto de Fortalecimento das SES em M&A, houve problema na implantação?

Se sim, foi feito algo para ajudar na superação destes problemas?

E o que facilitou a implantação do Projeto?

O projeto em si, ele tem mais gerado consenso ou conflitos?

E neste projeto, quais os atores mais interessados?

O Sr(a). acha que as SES tem capacidade para operacionalizar o projeto?

O que o Sr(a). acha de mais importante no Projeto, nos estados?

Então o que o Sr(a). considera os maiores problemas do Projeto de Fortalecimento?

E como o Sr(a). percebe a participação dos Centros Colaboradores?

Numa escala de 1 a 10 que valor o Sr(a). diria que o projeto possui para o DAB?

E para a CAA/DAB?

E para o Banco Mundial em relação que valor teria este projeto em relação aos demais?

O Sr(a). percebe alguma restrição organizacional para dar continuidade ao projeto?

De forma geral quais são suas maiores expectativas em relação ao projeto?

## ANEXO G– Roteiro de Entrevista Coordenação/Gerência da Atenção Básica da SES

### Roteiro de Entrevista para avaliação da implantação, uso e sustentabilidade da PNMAAB

#### Coordenação/Gerência da Atenção Básica Secretaria Estadual de Saúde

NOME: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

TEMPO DO EXERCÍCIO DA FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

FORMAÇÃO: \_\_\_\_\_

PÓS-GRADUAÇÃO: \_\_\_\_\_

Em relação ao Monitoramento de Avaliação da AB considere os seguintes eventos relacionados à **IMPLANTAÇÃO**:

#### Gestão do M&A 1

1. Como são divididas as atividades de M&A entre os integrantes da equipe da política da AB?

#### Estrutura Geral

2. Há recurso específico destinado às atividades de M&A no orçamento da Atenção Básica? Quanto? Qual a fonte destes recursos?

3. Se sim, o orçamento é adequado às necessidades das atividades de M&A?

4. São pensadas estratégias de reserva orçamentária?

5. Há uma equipe formalizada na SES para o desenvolvimento das ações de M&A? Há quanto tempo?

6. Quantas pessoas compõem esta equipe?

7. Qual o tipo de vínculo das pessoas que compõem o núcleo de M&A da SES?

8. Há estrutura física na AB específica para as ações de M&A?

9. Há equipamentos/insumos suficientes/adequados para a realização das atividades de M&A?

11. Há manutenção periódica dos equipamentos existentes?



**Aperfeiçoamento do SIAB**

12. O novo SIAB foi implantado na AB da SES?
13. Se sim, a SES contou com a estrutura necessária para a implantação do novo SIAB (equipamentos de informática, software, pessoal qualificado)? O que faltou?
14. Os técnicos foram capacitados para manusear o novo sistema?
15. Os novos indicadores do SIAB estão sendo utilizados, no sentido de viabilizar o processo de M&A da Atenção Básica, e não só do PACS/PSF?
16. Que estratégias a SES está utilizando para análise dos dados do novo SIAB?

**Dinamização do Pacto**

17. O processo de pactuação das metas e análise dos indicadores conta com a participação efetiva das três instâncias de gestão do SUS?
18. O processo de pactuação das metas e análise dos indicadores da AB tem incentivado o diálogo entre os gestores?
19. Qual a estratégia utilizada para o envolvimento dos atores?
20. A pactuação das metas tem sido um processo crítico-reflexivo dos gestores?
21. Qual o método utilizado para a análise dos dados?
22. O pacto da AB está articulado com outros instrumentos de programação e pactuação? Quais?
23. Os relatórios gerenciais são publicizados a todos os interessados? De que forma?

**Monitoramento do Componente I do PROESF**

24. Foram criadas estratégias para sensibilização dos gestores para o M&A do Proesf? Quais?
25. Foi definido cronograma de acompanhamento dos municípios?
26. Foi estabelecida uma metodologia de análise dos indicadores do componente I do PROESF? Qual?
27. Os gestores foram incentivados a implementarem ações com vistas a alcançar os indicadores do PROESF?
28. Foram realizadas visitas *in loco* para verificação do desempenho das ações desenvolvidas no PROESF?
29. Os relatórios gerenciais têm sido disponibilizados aos gestores? Qual a periodicidade?

30. Os relatórios de monitoramento têm subsidiado o processo de gestão por resultados nas 3 esferas de governo?

### **Construção do MonitorAB**

31. O monitorAB foi implantado?
32. A SES utiliza este sistema? De que forma?
31. A SES acompanham a utilização deste sistema pelos municípios? De que forma?
32. Os dados estão sendo editados anualmente pela SES?
33. O banco de dados do monitorAB subsidia a elaboração de algum documento (relatório, informe, boletim) da AB?

### **Estudos de Linha de Base**

34. Houve envolvimento das SES nos ELB? De que forma?
35. Quantos e quais municípios foram selecionados para os ELB?
36. Os diversos atores envolvidos dos municípios e estados foram incentivados a participarem dos ELB?
37. Foram desenvolvidas metodologias de análise das práticas do PSF considerando as especificidades regionais
38. As diferentes metodologias adotadas foram socializadas entre os grupos participantes do estudo?
39. Os resultados parciais da pesquisa foram compartilhados com as SES? De que forma?
40. Os resultados das pesquisas estão subsidiando a atenção e a gestão da AB? De que forma?
41. Houve apropriação dos métodos utilizados pela SES?

### **AMQ**

42. Foram estabelecidos padrões de qualidade para a Estratégia Saúde da Família?
43. Foram desenvolvidos instrumentos de auto-avaliação do PSF?
44. Os instrumentos elaborados são passíveis de utilização em todo território nacional?
45. As SES utilizam estes instrumentos? Quais?
46. Como está o processo de implantação do AMQ na SES (adesão dos municípios, contribuição do AMQ para as SES e municípios, dificuldades do processo de implantação)?
47. Quantos municípios estão cadastrados no AMQ?
48. Quantas ESF estão cadastradas no AMQ?

49. Quantas ESF atualizam periodicamente seus dados?
50. Os gestores municipais foram sensibilizados para a implantação do AMQ? Que estratégias foram utilizadas?
51. O AMQ tem contribuído com os gestores na elaboração de planos de intervenção e ações para melhoria da qualidade?
52. Houve algum treinamento específico para os profissionais das SMS no manuseio do sistema informatizado?

### **Análise de indicadores**

53. A SES tomou conhecimento do estudo realizado pela CAA sobre a análise dos indicadores de saúde segundo grau de cobertura do PSF? De que forma?

### **Fortalecimento da capacidade técnica das SES**

54. Que experiências a SES teve em atividades de M&A antes da implantação da PNMAAB? E depois?
55. Foram desenvolvidas metodologias nas SES para fomentar o processo de M&A?
56. Foram capacitados profissionais das SES em M&A? Quantos?
57. Quantos técnicos envolvidos com as ações de M&A são do quadro da SES?
58. A PNMAAB subsidiou as SES na elaboração dos Planos Estaduais para fortalecimento das ações de M&A?
59. Outros setores das SES, além da AB, foram envolvidos no processo? De que forma se deu este envolvimento?
60. Que ações de M&A foram desenvolvidas pelas SES resultantes do projeto de fortalecimento da capacidade técnica das SES?
61. As SES estão demandando/realizando estudos avaliativos de acordo com sua necessidade?
62. A equipe técnica da AB possui habilidades desenvolvidas para a coleta e análise dos dados de M&A?
63. As fontes de coleta das informações são confiáveis?
64. De que forma é feita a retroalimentação das informações para as áreas que subsidiam a política da AB?

### **Gestão do M&A 2**

65. Como é realizado o acompanhamento das atividades de M&A?

**Comunicação em eventos técnicos e científicos**

66. Há publicação das ações, projetos, estratégias de M&A e seus resultados? Quais? De que forma (impresa, congressos, conferencias, cursos, seminários, reuniões técnicas)?

Em relação ao Monitoramento de Avaliação da AB considere os seguintes eventos relacionados à **SUSTENTABILIDADE**:

1. Foram tomadas providências para estabilizar os recursos organizacionais (financeiros, humanos, materiais, de treinamento) necessários às atividades de M&A?

Como isso aconteceu?

O que levou a isso? Por quê?

O que foi particularmente positivo ou negativo em relação às atividades de M&A?

Como as partes envolvidas se sentiram a respeito?

Como as partes interessadas reagiram?

2. A SES assumiu riscos para desenvolver as atividades de M&A?

Como isso aconteceu?

O que levou a isto?

Por quê?

O que foi particularmente positivo ou negativo em relação às atividades de M&A?

Como as partes envolvidas se sentiram a respeito?

Como as partes interessadas reagiram?

Quais foram as conseqüências?

3. As pessoas envolvidas foram incentivadas para desempenhar as atividades de M&A?

Como isso aconteceu?

O que levou a este evento?

O que foi particularmente positivo ou negativo em relação às atividades de M&A?

Como as partes envolvidas se sentiram a respeito?

Como as partes interessadas reagiram?

Quais foram as conseqüências?

4. As atividades de M&A foram adaptadas ao contexto local levando em consideração sua efetividade e as necessidades da população?

Como isso aconteceu?

5. Os objetivos da SES são levados em conta no desenho do M&A?

Por quê?

O que foi particularmente positivo ou negativo em relação às atividades de M&A?

Como as partes envolvidas se sentiram a respeito?

Que estratégias foram usadas?

Com que efeitos?

Quais foram as conseqüências?

6. Há comunicação transparente entre as pessoas envolvidas (cite-as)?

Como isso aconteceu?

O que foi particularmente positivo ou negativo em relação às atividades de M&A?

Como as partes envolvidas se sentiram a respeito?

Como as partes interessadas reagiram?

Com que efeitos?

7. Compartilham-se valores (artefatos, mitos, símbolos, rituais, linguagens, valores) entre a SES e o M&A?

Como isso aconteceu? O que levou a isso?

O que foi particularmente positivo ou negativo em relação às atividades de M&A?

Como as partes envolvidas se sentiram a respeito?

Como as partes interessadas reagiram?

Com que efeitos?

8. As regras existentes para o desenvolvimento das atividades da SES são integradas às regras do M&A ou vice-versa?

Como isso acontece?

O que levou a este evento?

Por que?

O que foi particularmente positivo ou negativo em relação às atividades de M&A?

Como as partes envolvidas se sentiram a respeito?

Como as partes interessadas reagiram?

9. Os recursos (financeiros, humanos, materiais e treinamento) disponibilizados pela SES para realizar as atividades de M&A são adequados?

Por quê?

10. As práticas e técnicas usadas nas atividades de M&A são compatíveis com aquelas da SES ?

Como isso acontece?

Em relação ao Monitoramento de Avaliação da AB considere os seguintes eventos relacionados ao **USO/INFLUÊNCIA**:

1. Os processos avaliativos desenvolvidos até o momento (ELB, Fortalecimento das SES, capacitação, AMQ) trouxeram benefícios para a SES?
2. Os processos avaliativos desenvolvidos até o momento (ELB, Fortalecimento das SES, capacitação, AMQ) provocaram mudanças na SES?
3. As prioridades para investimento na Atenção Básica são definidas, levando em consideração as informações de M&A? Exemplifique.
4. Houve mudança de estratégias de ação na SES causadas pelas informações produzidas pelas ações de M&A? Exemplifique
5. Os resultados das ações de M&A têm tido, na prática, relevância na tomada de decisão da organização?
6. As ações de M&A têm respondido aos principais questionamentos dos membros da organização e sanado suas preocupações?
7. A avaliação revelou a existência/extensão de problemas/fragilidades em algum programa da atenção básica?
8. Você percebe correlação entre a política de AB e os resultados da avaliação nesta área?
9. Houve preparo para os gestores das SES (receberam treinamento, sensibilização) para absorver resultados das avaliações? Qual?
10. No processo de formulação da política da AB como um todo, que tipos de avaliação provaram ser as mais úteis?

**ANEXO H– Roteiro de Entrevista Gabinete da SES****Roteiro de Entrevista para avaliação da implantação, uso e sustentabilidade da PNMAAB****Representante do Gabinete da Secretaria Estadual de Saúde**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_

Pós-graduação: \_\_\_\_\_

Em relação ao Monitoramento de Avaliação da AB considere os seguintes eventos relacionados à **IMPLANTAÇÃO**:

**Pacto de Indicadores:**

9. O processo de pactuação das metas e análise dos indicadores conta com a participação efetiva da SES? Como se dá esta participação?
10. O processo de pactuação das metas e análise dos indicadores da AB tem incentivado o diálogo entre os gestores?
11. O pacto da AB está articulado com outros instrumentos de programação e pactuação? Quais?

Em relação ao Monitoramento de Avaliação da AB considere os seguintes eventos relacionados à **SUSTENTABILIDADE**:

1) Que estratégias são utilizadas pela AB para mobilizar recursos financeiros para as atividades de M&A? São pensadas estratégias de reserva orçamentária para as ações de M&A?

O que levou a isto?

Por quê?

2) A SES assumiu riscos para desenvolvimento das ações de M&A?

Como isso aconteceu?

O que levou a isto?

Por quê?

O que foi particularmente positivo ou negativo em relação às atividades de M&A?

Como as partes envolvidas se sentiram a respeito?

Como as partes interessadas reagiram?

Quais foram as conseqüências?

Em relação ao Monitoramento de Avaliação da AB considere os seguintes eventos relacionados ao **USO/INFLUÊNCIA**:

1. Na sua opinião, até que ponto a implementação da política de atenção básica resultou em ganhos concretos em relação à saúde, equidade e benefícios econômicos e sociais?
2. De que forma os resultados das avaliações chegam aos atores interessados?
3. Que nível de correlação você percebe entre a política de AB/ saúde e os resultados da avaliação nesta área?
4. A avaliação da atenção básica se concentrou nos aspectos mais críticos da política estadual de saúde?
5. Os resultados da avaliação da atenção básica ajudaram a escolher o melhor caminho para implementar a política de atenção básica desta secretaria e serviram de base para qualquer tomada de decisão no seu processo de implementação?
6. Os resultados das avaliações da atenção básica foram tão decisivos que estimularam redirecionamento e/ou inserção de novas ações na SES?
7. Uma vez formulada a política de atenção básica de saúde do estado/do governo federal, os resultados das avaliações ajudaram na divulgação da política ou para apoiá-la em termos de recursos financeiros, comprometimento político e opinião pública?
8. Foram propostos estudos/pesquisas de avaliação, de acordo com interesse do gabinete?
9. Os serviços prestados pela avaliação da AB correspondem às necessidades dos demandantes e aos recursos investidos?
10. Qual foi o preparo que os gestores das SES receberam (treinamento, sensibilização) para absorver resultados das avaliações?
11. No processo de formulação da política como um todo, que tipos de avaliação provaram ser as mais úteis?
12. Quais fatores, na sua opinião, poderiam tornar os formuladores de políticas (gestores, conselheiros...) mais receptivos à avaliação?
13. O gestor acha que hoje sua equipe tem mais habilidade e competência para coleta e análise de dados?
14. Considera que hoje existe uma cultura de avaliação na AB?



**ANEXO I– Roteiro de Entrevista com coordenador ou técnico de um programa da AB  
que foi avaliado da SES**

**Roteiro de Entrevista para avaliação da implantação e uso da PNMAAB  
Coordenador ou técnico de um programa da AB que foi avaliado / Secretaria  
Estadual de Saúde**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Tempo do exercício da função: \_\_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_

Pós-graduação: \_\_\_\_\_

Em relação ao Monitoramento de Avaliação da AB considere os seguintes eventos  
relacionados à **IMPLANTAÇÃO**:

1. Como tem se dado a sua participação na avaliação da AB?
2. Foram propostos estudos/pesquisas de avaliação, de acordo com interesse da gerência?
3. Em que momentos da implementação do M&A, os interessados externos têm participação?

Em relação ao Monitoramento de Avaliação da AB considere os seguintes eventos  
relacionados ao **USO/INFLUÊNCIA**:

4. Como acontece o processo de disseminação e uso dos resultados das pesquisas financiadas?
5. Os processos avaliativos desenvolvidos até o momento (ELB, Fortalecimento das SES, capacitação, AMQ) trouxeram benefícios para a sua coordenação?
6. As prioridades para investimento no seu setor, levam em consideração as informações de M&A? Exemplifique.
7. Houve mudança de estratégias de ação no seu setor causadas pelas informações produzidas pelas ações de M&A? Exemplifique

8. Os resultados das ações de M&A têm tido, na prática, relevância na tomada de decisão no seu setor?
9. As ações de M&A têm respondido aos principais questionamentos do seu setor e sanado suas preocupações?
10. A avaliação revelou a existência/extensão de um problema em alguma intervenção do seu setor?
11. As informações trabalhadas primam pela credibilidade dos julgamentos das intervenções? Como?
12. Você percebe correlação entre a política de AB e os resultados da avaliação nesta área?
13. Houve preparo para os gestores das SES (receberam treinamento, sensibilização) para absorver resultados das avaliações? Qual?
14. No processo de formulação da política como um todo, que tipos de avaliação provaram ser as mais úteis?
15. Considera que hoje existe uma cultura de avaliação na AB?

**ANEXO J– Roteiro de Entrevista com técnico representante de uma Política com interface com a Atenção Básica/SES**

**Roteiro de Entrevista para avaliação da implantação e uso da PNMAAB  
Técnico representante de uma política com interface com a Atenção Básica /  
Secretaria Estadual de Saúde**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Tempo do exercício da função: \_\_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_

Pós-graduação: \_\_\_\_\_

Em relação ao Monitoramento de Avaliação da AB considere os seguintes eventos relacionados à **IMPLANTAÇÃO**:

1. Como tem se dado a sua participação na avaliação da AB?
2. Foram propostos estudos/pesquisas de avaliação, de acordo com interesse da gerência?
3. Em que momentos da implementação do M&A, os interessados externos têm participação?

Em relação ao Monitoramento de Avaliação da AB considere os seguintes eventos relacionados ao **USO/INFLUÊNCIA**:

4. Como acontece o processo de disseminação e uso dos resultados das pesquisas financiadas?
5. Os processos avaliativos desenvolvidos até o momento (ELB, Fortalecimento das SES, capacitação, AMQ) trouxeram benefícios para a sua coordenação?
6. As prioridades para investimento no seu setor, levam em consideração as informações de M&A? Exemplifique.
7. Houve mudança de estratégias de ação no seu setor causadas pelas informações produzidas pelas ações de M&A? Exemplifique

8. Os resultados das ações de M&A têm tido, na prática, relevância na tomada de decisão no seu setor?
9. As ações de M&A têm respondido aos principais questionamentos do seu setor e sanado suas preocupações?
10. A avaliação revelou a existência/extensão de um problema em alguma intervenção do seu setor?
11. As informações trabalhadas primam pela credibilidade dos julgamentos das intervenções? Como?
12. Você percebe correlação entre a política de AB e os resultados da avaliação nesta área?
13. Houve preparo para os gestores das SES (receberam treinamento, sensibilização) para absorver resultados das avaliações? Qual?
14. No processo de formulação da política como um todo, que tipos de avaliação provaram ser as mais úteis?
15. Considera que hoje existe uma cultura de avaliação na AB?

## ANEXO L – Parecer do Comitê de Ética


Instituto Materno Infantil  
Prof. Fernando Figueira  
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil  
Instituição Civil Filantrópica



### DECLARAÇÃO

Declaro que o Projeto de pesquisa nº 1168, intitulado “Análise da implantação e da sustentabilidade da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica em Saúde no Brasil, no período de 2005 a 2008”, apresentado pelo Pesquisador **Eronildo Felisberto** foi APROVADO pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira – IMIP, em reunião ordinária de 08 de maio de 2008.

Recife, 09 de maio de 2008.

  
**Dr. José Eulálio Cabral Filho**  
Coordenador do Comitê de Ética  
em Pesquisa em Seres Humanos do  
Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira