



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



CINTHIA KALYNE DE ALMEIDA ALVES

**INSTITUCIONALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO NA
ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO
DO PROGRAMA EM UMA GESTÃO ESTADUAL**

RECIFE
2008

CINTHIA KALYNE DE ALMEIDA ALVES

**INSTITUCIONALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA:
ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA EM UMA GESTÃO ESTADUAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de Mestre Ciências.

Orientador :

Prof. Dr. Eduardo Maia Freese de Carvalho

RECIFE
2008

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

A474i Alves, Cinthia Kalyne de Almeida.

Institucionalização da avaliação na atenção básica: análise da implantação do programa em uma gestão estadual/ Cinthia Kalyne de Almeida Alves. — Recife: C. K. A. Alves, 2008.
176 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.
Orientador: Eduardo Maia Freese de Carvalho.

1. Avaliação em Saúde. 2. Institucionalização. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Gestão em Saúde. I. Carvalho, Eduardo Maia Freese de. II. Título.

CDU 614.2

CINTHIA KALYNE DE ALMEIDA ALVES

**INSTITUCIONALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA:
ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA EM UMA GESTÃO ESTADUAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do grau de Mestre Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Dr. Eduardo Maia Freese de Carvalho
CPqAM/FIOCRUZ

Dr^a Eduarda Ângela Pessoa Cesse
CPqAM/FIOCRUZ

Dr^a Isabella Chagas Samico
IMIP/PE

*Dedico este trabalho a minha filha Maíra Alexandra
que caminhou comigo neste percurso
dentro e fora da minha barriga.*

AGRADECIMENTOS

A todos que se envolveram, foram envolvidos ou se dispuseram a se envolver neste trabalho. Ele não teria saído sem a ajuda que tive de vocês.

Minha eterna gratidão.

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.

RESUMO

Políticas e programas para a institucionalização da avaliação na administração pública foram implantadas em diversos países. No Brasil, ela ganha relevância para a melhoria da gestão em saúde nesta última década. Este estudo analisa a influência do contexto na implantação de um projeto federal de fortalecimento da avaliação da atenção básica em uma Secretaria Estadual de Saúde (SES) do nordeste. Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação. A utilização do triângulo de governo, propor' /sta por Carlos Matus, sustentou a análise da influência do contexto político-institucional sobre o Grau de Implantação, proporcionando um diálogo entre teorias do campo da avaliação e do planejamento. Esse diálogo revelou que o Projeto se encontrava implantado, entretanto, restrições na Capacidade de Governo (CG), pela deficiência nos mecanismos de atração e retenção da equipe de trabalho; e na Governabilidade (GOV), pela insuficiente integração dos setores na SES e dificuldades na relação com a secretaria municipal de saúde da capital, explicaram a implantação parcial da Dimensão Integração deste projeto. Conclui-se que o contexto político-institucional favoreceu a implantação sobretudo pelo Projeto de Governo enfatizar a reorganização da AB, a institucionalização da avaliação e o fortalecimento da funções essenciais da saúde pública; pela perícia pessoal da coordenação do programa (CG) e pela boa relação desta com a alta direção da SES, Gestor Federal e a maioria das Secretarias Municipais (GOV). A existência de reformas administrativas visando o fortalecimento do papel da SES, presente na agenda de discussão, bem como a existência de assessorias técnicas especializadas que orientaram a instalação de espaços coletivos de discussão na gestão (elaboração da agenda estadual, do plano estadual de saúde, e da própria proposta metodológica de monitoramento e avaliação da AB) foram outros elementos da CG que, embora não consolidados enquanto prática rotineira da instituição, contribuíram para a implantação. Recomenda-se o fortalecimento da CP para superação das restrições encontradas, a consolidação de espaços democráticos de discussão orientados pelo fortalecimento do papel da SES na gestão descentralizada do SUS e pelo aprimoramento das práticas articuladas de planejamento e avaliação com ênfase na abordagem estratégica e situacional.

Palavras -chaves : Avaliação em Saúde. Institucionalização. Atenção Primária à Saúde. Gestão em Saúde

ALVES, C. K. A. **Institutionalizing of the evaluation in the primary attention in health**: analyzes of program in a State of Health Department. 2008. Dissertation (Masters in Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

ABSTRACT

Politics and programs for the institutionalizing of the evaluation in the public administration were implanted at several countries. In Brazil, she wins relevance for the improvement of the administration in health on this last decade. This study analyzes the influence of the context in the implantation of a federal project of empowerment of the evaluation of the of the primary attention (APS) in a State of Health Department of the northeast. It is treated of a research evaluative of the type implantation analysis. The use of government's triangle proposed by Carlos Matus (1987) it sustained the analysis of the influence of the political institutional context on the Degree of Implementation, providing a dialogue among theories of the field of the evaluation and of the planning. This dialogue revealed that the Program was implanted, however, restrictions in Government's Capacity (GC), for the deficiency in the attraction mechanisms and retention of the professionals; and in Governability (GOV), for the insufficient integration of the sections in the and difficulties in the relationship with the municipal health department of the capital, they explained Dimension Integration's partial implementation of this. It is ended that the political-institutional context favored the implementation above all for Government's Project to emphasize the reorganization of APS, the institutionalization of the evaluation and the invigoration of the essential functions of the public health; for the personal expertise of the coordination of the program (CG) and for the good relationship of this with the high direction of the state health department, federal manager and most of the municipal health departments. The existence of administrative reforms seeking the invigoration of the paper of the state departments, present in the discussion, the existence of experts that they guided the installation of collective spaces of discussion in the administration (elaboration of the state plan of health, and of the own methodological proposal of monitoring and evaluation of APS. They were other elements of GC that, although no consolidated while routine practice of the institution, they contributed to the implemetation. The strong of CG is recommended to surpass of the found restrictions, the consolidation of democratic spaces of discussion guided by the invigoration of the paper of the in the decentralized administration of SUS and for the improvement of the articulate practices of planning and evaluation with emphasis in the strategic approach and situational.

Keywords: Evaluation in Healt. Institutionalizing. Primary Attention in Health. Health Management.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 O Papel das Secretarias Estaduais de Saúde na Gestão do Sistema Único de Saúde	10
1.2 A Institucionalização da Avaliação	17
1.3 O Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica das SES em Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica	21
2 REFERENCIAL TEÓRICO	24
3 JUSTIFICATIVA	35
4 OBJETIVOS	36
5 MÉTODO	37
5.1 Desenho da pesquisa	37
5.2 Seleção/Caracterização do caso e Período de referência do estudo	37
5.3 Coleta de dados e fontes de informação	40
5.4 A Qualidade dos Instrumentos de Coleta de Dados	41
5.5 A análise dos Dados	53
5.6 Preparando a Generalização dos Resultados a Teorias	55
5.7 Aspectos éticos	56
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
6.1 O Grau de Implantação do Programa	58
6.2 O Contexto Político-Institucional da Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe	62
6.2.1 O Projeto de Governo.....	62
6.3 Capacidade de Governo	68
6.3.1 O Desenho Organizativo	69
6.3.2 Perícia Pessoal do Dirigente e da Coordenação do Programa	72
6.3.3 Os Micros processos das relações entre Dirigente e Equipe Técnica.....	76
6.3.4 O Uso de Tecnologias de Gestão	83
6.3.5 A Estrutura Física, Simbólica e de Valores da Atenção Básica na SES	89
6.4 A Governabilidade	90
6.4.1 O Histórico de Implantação do Programa como elemento da Governabilidade	103

6.5 A Influência do Contexto sobre o Grau de Implantação	108
6.6 Efeitos do Programa sobre o Contexto Político- institucional.....	115
7 DISCUSSÃO	118
7.1 A influência do contexto sobre as dimensões do Programa	118
7.2 A influência do contexto sobre os propósitos do Programa	123
7.2.1 A influência do Projeto de Governo	123
7.2.2 A influência da Capacidade de Governo sobre os propósitos	125
7.2.3 A influência da Governabilidade	130
7.3 A pertinência do referencial teórico-metodológico	135
7.4 Os efeitos e a institucionalização da avaliação	136
8 CONCLUSÃO	139
9 RECOMENDAÇÕES	141
REFERÊNCIAS	142
APÊNDICES	151

1 INTRODUÇÃO

1.1 O Papel das Secretarias Estaduais de Saúde na Gestão do Sistema Único de Saúde

A Constituição Federal de 1988 elevou à condição de entes federados autônomos os governos federal, dos estados e municípios e com esta decisão a diretriz da descentralização das ações passou a nortear a relação destes entes. O processo de Reforma Sanitária foi o grande responsável pela forma como a descentralização ocorreu no setor saúde. E, embora os princípios defendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) andem na contramão das Reformas Liberalizantes, implementadas também no Brasil nos anos 90, eles não se tornaram problemas para esta diretriz, uma vez que a descentralização das ações é um princípio comum aos dois processos: reforma sanitária e reformas liberalizantes. No primeiro, com o objetivo de atingir a universalidade, a equidade e a participação social; no segundo, com vistas à melhoria da eficiência da gestão, impulsão à adoção de políticas focalizadas e à promoção da parceria entre Estados e iniciativa privada (BARRETO JÚNIOR; SILVA, 2004).

Na saúde, a descentralização se propõe à transferência de responsabilidades, atribuições e recursos financeiros e humanos do nível federal para estados e municípios e à elaboração de mecanismos de negociação e relacionamento entre gestores para implementação e definição de políticas (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Para regulação do processo de descentralização do SUS, foram criadas as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOBS) (BRASIL, 1991, 1992, 1993, 1996) e as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) (BRASIL, 2001, 2002) em fóruns triparte. Este também foi o caso do Pacto de Gestão publicado em 2006, última norma a orientar este processo na atualidade (BRASIL, 2006a). Estas normas se constituíram em mecanismos regulatórios do Ministério da Saúde para colocar a Lei Orgânica de Saúde em prática. Regulamentaram a divisão de responsabilidades entre a União, estados e municípios, definiram processos de habilitação de estados e municípios em condições de gestão; os mecanismos de financiamento, incluindo critérios e fluxos de repasse de recursos. Com o Pacto de

Gestão o foco desta regulação passa às metas e aos resultados nas condições de saúde, em favor da autonomia e responsabilidade de cada um deles na elaboração de seus programas.

É importante reconhecer que desde a elaboração da lei nº 8.080/90 foram definidas competências de cada esfera de governo. Aos estados cabe promover a descentralização dos serviços e ações de saúde, prestando apoio técnico e financeiro aos municípios; e apenas, supletivamente, executando ações de saúde (artigo 17, XV). O seu papel refere-se mais ao acompanhamento, ao controle e à avaliação das redes hierarquizadas do SUS e à gestão da alta complexidade, das referências regional e estadual (BARRETO JÚNIOR; SILVA, 2004).

Em que pese todo o arcabouço normativo, efeitos não desejados e pontos críticos na reformulação dos modelos assistenciais em saúde tornam-se alvo de debates na sociedade brasileira, em busca da consolidação do SUS. A disputa de poder, de influência, estruturas e recursos constituem o cerne do processo de descentralização. Ele acabou se caracterizando por relações intergovernamentais conflituosas por recursos (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001; VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002), centralização excessiva do governo federal, frágil capacidade reguladora, baixa participação da sociedade civil organizada (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002) e; imprecisão e pouca clareza na definição do papel do gestor estadual, gerando riscos à fragmentação do sistema (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Tal processo foi muito mais impulsionado pelo interesse de repasse de estruturas, tanto federal como estadual, do que propostas de organização de um modelo local de atenção à saúde (O'DWYER, 2004).

O debate sobre o papel do gestor estadual ganha força, por um lado diante de um cenário inicial de descentralização municipalista e, por outro lado, pelo grande poder concentrado nas mãos da gestão federal. O gestor federal acaba imprimindo o rumo da política de saúde no país devido ao forte poder de financiamento de intervenções nas esferas estaduais e municipais (ARRETCHE, 2001; ELIAS, 2005). Além do mais, foi o gestor estadual aquele que sofreu o maior impacto com a descentralização, pois teve seu papel modificado de executor e contratante de ações para coordenador, apoiador e regulamentador do sistema estadual de saúde (SOUZA, 2001).

De uma maneira geral no Brasil, a perda de autonomia dos estados, em razão dos seus níveis crescentes de endividamento, contribuiu para que a experiência da

descentralização ocorresse com períodos de recentralização de recursos no governo federal, especialmente nos anos 90 do século passado (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002). Por esse fato, a maioria dos estados não conseguiu ampliar os investimentos em saúde nesse período, nem criar incentivos financeiros, ficando sem exercer o papel de coordenação e indução de políticas estaduais (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2004a). A Emenda Constitucional nº 29 de 2000 surge como mais um elemento normativo que convoca os estados a assumirem sua responsabilidade no financiamento tripartite da Saúde, em que pese todo este déficit de recursos financeiros. Esta discussão volta à tona recentemente com o fim da Contribuição Permanente sobre a Movimentação Financeira (CPMF) devido à falta de clareza normativa sobre a origem das receitas que devem ser vinculadas ao financiamento da saúde pública brasileira (CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS E SAÚDE, 2007).

Para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2004b), o enfraquecimento da relação dos estados com os municípios torna-se claro pelo estabelecimento da relação direta entre o ministério da saúde e as secretarias municipais de saúde, especialmente com a implantação dos repasses fundo-a-fundo. Pode-se dizer que houve secundarização do papel do estado e, nesta fase, uma verdadeira crise de identidade das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), tanto do ponto de vista organizacional (pela verticalização, fragmentação, concentração de ações e serviços e fraco exercício da função de regulação), quanto dos aspectos de financiamento (pouco investimento de recursos próprios na saúde, pouca participação no financiamento dos sistemas estaduais, pouca participação na divisão dos tributos nacionais). Ainda há quem considere a descentralização realizada como concentradora por favorecer as capitais e as cidades pólos no recebimento de um volume maior de recursos (RAGGIO, 2004).

O que se percebe é que a descentralização das ações de saúde toma o rumo inicial da municipalização (NOB 93 e 96) e depois, retoma um esforço no sentido da regionalização (NOAS 2001/2002 e Pacto de Gestão 2006). A esfera estadual ganha poder na coordenação e acompanhamento do sistema de saúde, na gerência dos serviços de referência estadual, restando à União a coordenação geral e regulação do SUS. Ao município, caberia o papel de gerenciador e principal produtor de serviços de saúde, sobretudo na Atenção Básica (AB). De um modo geral, o conteúdo das normas deixa claro que a função das secretarias estaduais de saúde é

de coordenação do sistema de referência intermunicipal. Esta percepção, também é reiterada por Viana, Lima e Oliveira (2002) e Elias (2005).

Vale destacar que, ao longo do processo de municipalização, houve uma diminuição do quadro do pessoal qualificado nas SES que migrou para os municípios (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2004b). Assim, o fortalecimento das capacidades gestoras também foi objeto da NOAS 2001/2002, apoiando-se na urgência de qualificar e reorientar o papel do gestor estadual da execução para: formulação de políticas, e planejamento/programação estadual; coordenação e regulamentação intermunicipal; controle e avaliação sistêmicas, capacitação e apoio técnico aos municípios (SOUZA, 2001).

Faltou, no entanto, a provisão de recursos e incentivos financeiros adequados ao fortalecimento dessas novas funções, uma vez que o financiamento permanecia vinculado à oferta de serviços fazendo com que os estados quisessem sair em disputa com os municípios (VIANA; LIMA; OLIVEIRA, 2002). Embora, para alguns, as normas operacionais tenham sido necessárias ao processo (O'DWYER, 2004; SEIXAS, 2004), para outros (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2004b), o excesso de normatização torna-se um problema e advém da forte tradição normativa do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Tal excesso fez com que se constituíssem muito mais processos de desconcentração (onde se delegam competências e responsabilidades executivas, sem respectiva transferência de poder) do que processos de descentralização (numa perspectiva democrática de divisão de poder), fazendo com que os gestores se preocupassem muito mais em cumprir as exigências ministeriais do que em construir políticas próprias.

O lançamento do Pacto pela Saúde traz uma inovação na forma de financiamento e de pactuação de metas numa perspectiva de uma gestão compartilhada. O Pacto pela Saúde é fruto de intensa discussão na Comissão Intergestores Tripartite realizada nos anos de 2004 a 2005 sobre as responsabilidades dos três gestores. O objetivo foi buscar a superação da fragmentação de políticas e programas. As habilitações dos estados e municípios pela NOB 96 e NOAS 2001/2002 são extintas, e em seu lugar, ocorre à adesão ao Pacto pela Saúde mediante assinatura do Termo de Compromisso de Gestão. Este termo contém metas a serem alcançadas. O Pacto foi publicado através da portaria

GM/MS no. 399, de 22 de fevereiro de 2006, contemplando três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (BRASIL, 2006a).

Dessa forma, o planejamento de ações de qualificação da gestão, sinalizada pela NOAS/2002, para fortalecer a capacidade de gestão dos estados, só alcança a provisão de recursos financeiros recentemente com o Pacto de Gestão e com a publicação da portaria 204/GM de 29 de janeiro de 2007, que se propõe a alterar o financiamento do SUS. A transferência dos recursos federais passa a ocorrer na forma de blocos de financiamento (BRASIL, 2006a).

O financiamento do Bloco Gestão do SUS é constituído por dois componentes: Qualificação da Gestão e Implantação das Ações e serviços. O componente Qualificação da Gestão abrange previsão de investimento em regulação, controle, avaliação, auditoria e monitoramento; planejamento e orçamento; programação; regionalização; gestão do trabalho; educação em saúde; incentivo à participação e ao controle social; informação e informática em saúde; estruturação e organização das ações de assistência farmacêutica; e outros que vierem a se constituir por atos normativos; obedecendo, assim, às ações de qualificação da gestão já previstas no Pacto de Gestão (BRASIL, 2006a).

No Pacto pela Saúde pode ser observado o detalhamento do papel das Secretarias Estaduais de Saúde, a descentralização compartilhada e o fortalecimento da regionalização como eixo estruturante. Envolve ações de financiamento tripartite e responsabilização solidária pela atenção integral à saúde da população; coordenação, planejamento, regulação, programação, acompanhamento, monitoramento e avaliação (M&A); cooperação técnica com os municípios; execução permanente de algumas ações de vigilância em saúde; supervisão; normatização; elaboração e formulação de políticas; gestão e gerência de hemonúcleos e hemocentros (BRASIL, 2006a).

Todo esse processo favoreceu a discussão sobre a necessidade de investimento em avaliação, uma vez que a avaliação do sistema é uma área que pouco se avançou nas SES (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004; BRASIL, 2004). Os estados devem, além de ampliar o co-financiamento para garantir a integralidade da assistência, buscar a equidade como orientadora das políticas que formular, dando mais aos que precisam de mais, avançando na função da avaliação (BARATA; TANAKA; MENDES, 2004). A avaliação é vista então, como instrumento que corrobora para o alcance da equidade no SUS.

Em se tratando das ações de monitoramento e avaliação, o Pacto de Gestão insere na agenda das secretarias estaduais as prioridades contidas no quadro 1 a seguir, dando ênfase a avaliação dos processos de regionalização, articulação intermunicipal e os pactos na saúde.

Planejamento no SUS e Regulação da Atenção
<p>4.2.g. apoiar e participar da avaliação periódica relativa à situação de saúde da população e ao funcionamento do SUS, provendo os gestores de informações que permitam o se aperfeiçoamento e/ou redirecionamento.</p> <p>4.2.k monitorar e avaliar o processo de planejamento, as ações implementadas e os resultados alcançados, de modo a fortalecer o planejamento e contribuir para a transparência do processo de gestão do SUS.</p> <p>6.1.a avaliação da atenção à saúde como ações de regulação da atenção à saúde; especialmente, a regulação intermunicipal</p>
Gestão do SUS
<p>1.2.d coordenar, acompanhar e avaliar, no âmbito estadual, a implementação dos Pactos Pela Vida e de Gestão e seu Termo de Compromisso;</p> <p>1.2 f apoiar técnica, política e financeiramente a gestão da atenção básica nos municípios, incluindo o monitoramento e avaliação;</p> <p>1.2.k realizar o acompanhamento e a avaliação da atenção básica no âmbito do território estadual</p>
Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria
<p>v. estabelecer e monitorar a programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde sob sua gestão; observar as normas vigentes de solicitação e autorização de procedimentos hospitalares e ambulatoriais, monitorando e fiscalizando a sua execução por meio de ações de controle, avaliação e auditoria;</p> <p>w. monitorar e avaliar o funcionamento dos Consórcios Intermunicipais de Saúde;</p> <p>x. monitorar e avaliar o desempenho das redes regionais hierarquizadas estaduais;</p> <p>y. implementar a avaliação das ações de saúde, nos estabelecimentos, por meio de análise dos dados e indicadores e verificação de padrões de conformidade;</p> <p>z. monitorar e avaliar as ações de vigilância em saúde, realizadas pelos municípios e gestor estadual;</p> <p>cc. Avaliar e auditar os Sistemas Municipais de Saúde.</p>
Monitoramento e Controle
<p>b. Monitorar a aplicação de recursos financeiros recebidos por meio de transferência regular e automática (fundo-a-fundo e por convênios);</p> <p>c. Monitorar e fiscalizar a aplicação de recursos financeiros transferidos a fundos municipais</p> <p>n. Monitorar a implementação e operacionalização das centrais de regulação;</p> <p>p. monitorar e fiscalizar o contrato com prestadores contratados e conveniados, bem como das unidades públicas;</p> <p>q. fiscalizar e monitorar o cumprimento dos critérios estaduais e nacionais de credenciamento de prestadores;</p> <p>t. monitorar o cumprimento, pelos municípios, das programações físico-financeiras definidas na programação pactuada e integrada da atenção à saúde;</p> <p>u. fiscalizar e monitorar, o cumprimento, pelos municípios, das normas de solicitação e autorização das internações e procedimentos ambulatoriais especializados.</p>

Quadro 1 - Prioridades para Avaliação e Monitoramento nas SES segundo o Pacto de Gestão.

Fonte: Brasil (2006a).

Nesse elenco de temas, pode-se perceber que a Avaliação da Atenção Básica aparece como uma função específica das Secretarias Estaduais de Saúde. Neste sentido, a Política Nacional da Atenção Básica especifica as atribuições das três esferas de gestão em relação à Atenção Básica. O responsável pela organização e execução das ações básica de saúde em seu território é o município, mas ela deve estar dentro das prioridades do Plano de Saúde das SES e do Ministério da Saúde, sendo os três responsáveis pelo seu financiamento. A

compreensão deve ser de que ela pode ser a base para reorientação do modelo (hospitalocêntrico) de atenção à saúde vigente (BRASIL, 2006b).

De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica, cabe às Secretarias Estaduais, além da qualificação, educação permanente das equipes, discussão da organização do modelo a partir da reorganização da atenção básica na Biparte, e do compromisso com a qualidade dos sistemas de informação sob sua responsabilidade, desenvolvendo competências como:

- Financiamento tripartite;
- Assessoria aos municípios no processo de qualificação da ABS;
- Elaboração de metodologias e instrumentos de M&A na esfera estadual;
- Desenvolvimento de capacidade técnica dos recursos humanos para monitoramento e avaliação da Atenção Básica;
- Definição de estratégias de articulação com as gestões municipais do SUS com vistas à institucionalização da avaliação da Atenção Básica;
- Estabelecimento, monitoramento e avaliação dos indicadores do Pacto da Atenção Básica no território estadual, divulgando anualmente os resultados alcançados;
- Estabelecimento de outros mecanismos de controle e regulação, monitoramento e avaliação das ações da Atenção Básica e estratégia de Saúde da Família no âmbito estadual;

No âmbito do controle:

- Ser co-responsável, junto ao Ministério da Saúde, pelo monitoramento da utilização dos recursos da Atenção Básica transferidos aos municípios e ao Distrito Federal;

No monitoramento:

- Assessorar o município para implantação dos sistemas de informação da Atenção Básica; como instrumento de monitoramento;
- Analisar os dados de interesse estadual, gerados pelos sistemas de informação, divulgar os resultados obtidos e utilizá-los no planejamento;
- Assessorar na análise e gestão dos sistemas de informação, com vistas ao fortalecimento da capacidade de planejamento municipal (BRASIL, 2006b).

Ainda, as SES devem se responsabilizar perante o Ministério da Saúde pela identificação de irregularidades na execução dos pisos de atenção básica pelo monitoramento, controle e a avaliação da utilização dos recursos de incentivo da Saúde da Família transferidos aos municípios no território estadual; acompanhando, monitorando e avaliando o desenvolvimento da estratégia saúde da família, identificando situações em desacordo com a regulamentação para garantir suporte às adequações necessárias (BRASIL, 2006b).

Vale destacar, que o debate sobre a atribuição das Secretarias Estaduais de Saúde na Atenção Básica já havia sido colocado em pauta pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde em 2004. Os secretários pactuaram como sendo as principais responsabilidades da esfera estadual do SUS na Atenção Primária em Saúde (APS): a Formulação Política; a Cooperação Técnica; o Planejamento e a

Programação; Co-financiamento; o Desenvolvimento de Recursos Humanos; o Monitoramento e Avaliação. Eles concebem a APS como eixo fundamental do modelo para mudança do modelo assistencial; e sugerem, ao Ministério da Saúde, um plano de qualificação das equipes das SES para melhorarem a cooperação técnica com os municípios e o estabelecimento de linhas de financiamento para cooperação técnica na área de acompanhamento, avaliação e gestão (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2004a). Destaca ainda que é inequívoco o papel dos estados no M&A da APS e solicita a legitimação do papel dos estados no M&A da APS em regulamentação específica, registrando a necessidade dos estados resgatarem suas funções no M&A e na qualificação das equipes próprias das SES (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2004b).

Neste sentido, o reconhecimento da necessidade de investir na função de monitoramento e avaliação da atenção básica pelo Ministério da Saúde, através do Pacto de Gestão e da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica também coincide com as inquietações do Conass. Investir na institucionalização da avaliação passa a ser questão central para os dois entes.

1.2 A Institucionalização da Avaliação

Políticas e programas destinados à institucionalização da avaliação têm sido considerados fundamentais entre gestores e estudiosos. O entendimento é de que a avaliação pode ser uma ferramenta poderosa para melhoria dos programas sociais; para a gestão dos recursos públicos e para prestação de contas à sociedade; bem como, para produção de conhecimentos (MOREIRA, 2006; VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

Olhar a avaliação enquanto ferramenta para tomada de decisão assume relevância diante da crise pela qual passam os sistemas de saúde no mundo inteiro. O fato é que os gestores são cada vez mais exigidos a equacionarem necessidades crescentes da população aos novos conhecimentos e técnicas disponíveis. A provisão de novas tecnologias pode elevar os custos das intervenções em saúde, num cenário de escassez de recursos financeiros para atender a essas demandas

(CONTANDRIOPOULOS, 2006; SOUZA, 2003). A institucionalização da avaliação, ou seja, o fortalecimento de uma cultura avaliativa é então colocada em evidência.

O ato de constituir sistemas sociais para realizar avaliações é capaz de auxiliar os atores, responsáveis e envolvidos na implementação de intervenções, a aumentarem sua capacidade de refletirem sobre suas próprias decisões. Isso aumenta a Capacidade de Governo e a Governabilidades das ações, uma vez que o uso da avaliação pode se constituir em instrumento de atualização das estratégias dos atores (POTVIN; GENDRON, 2006). Diante deste entendimento, de que a avaliação pode contribuir com a qualidade dos sistemas de saúde e com a eficiência dos investimentos públicos (CONTANDRIOPOULOS, 2006), iniciativas são financiadas em muitos países visando a disseminação de uma cultura avaliativa (HARTZ, 1999).

Partindo do entendimento da institucionalização da avaliação enquanto prática nas estruturas governamentais, tal prática vem se configurando num interesse comum entre financiadores e organismos nacionais e internacionais (TOLEDO, 2005a).

Na literatura internacional são observados relatos de que institucionalização da avaliação ocorreu em países como Suíça, Suécia, Reino Unido, Bélgica, Estados Unidos, Inglaterra, Canadá e França (VARONE; JACOB; WINTER, 2005). A Suécia, a Alemanha e o Reino Unido são considerados os primeiros países europeus a estabelecer uma cultura de avaliação. A Escandinávia também pode ser citada como possuidora de uma cultura de avaliação mais completa (WIDMER; NEUENSCHWANDER, 2004). Nos Estados Unidos e Canadá existem inclusive associações de profissionais em avaliação, bem como inúmeros periódicos e publicações específicas sobre o tema (STENZEL, 1996).

A respeito do Grau de Institucionalização e Maturidade da Avaliação, Varone et al. (2005), publicaram um estudo em Democracias, utilizando como critérios de avaliação: existência de avaliação no executivo, no parlamento, no sistema de auditoria; e em relação à comunidade acadêmica se haviam padrões de qualidade, revista científica e sociedade nacional. Identificaram a Austrália e a Suíça como países de grande maturidade. Para eles, além da Alemanha e da Suécia, a Bélgica também pode ser considerada exemplo do desenvolvimento de uma cultura avaliativa (VARONE; JACOB; WINTER, 2005).

No Brasil, tal iniciativa vem sendo defendida por instituições como o Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas (IPEA). Este foi responsável pela coordenação do projeto “Fortalecimento da Função da Avaliação nos Países da América do Sul” com o apoio financeiro do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) em 2001.

No âmbito dos poderes executivo, legislativo e judiciário, foi criado o Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE) para adequar toda ação de controle interno aos objetivos da então reforma gerencial do Estado. Esta iniciativa pode ser considerada mais um impulso para o desenvolvimento de uma cultura avaliativa no país (TOLEDO, 2005a). No entanto, ainda havia necessidade de promover a institucionalização da avaliação na estrutura do governo como um todo, pois embora os acompanhamentos propostos na época da criação do MARE, as iniciativas nacionais se dispersaram no tempo, no território e se fecharam sobre setores ou instituições em particular, nunca tendo alcançado uma sistematização mais ampla, nem se capilarizado em toda a administração pública (TOLEDO, 2005b).

Em 2004, o Tribunal de Contas da União, inicia o investimento na formação de avaliadores e realiza avaliações de programas constantes no Plano Pluri Anual (PPA), como o Programa de Volta para Casa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007). Parece que o país começa a seguir algumas tendências internacionais de aproximações dos sistemas de auditoria com os de avaliação, onde auditores foram capacitados para realizar avaliações, a exemplo da Austrália, Bélgica, Canadá, Itália, Noruega, Suécia, Suíça (KHAN, 1998; VARONE; JACOB; WINTER, 2005).

Em 2005, o Banco Mundial - Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) apresenta ao Governo Federal uma proposta de implantação do Programa Brasil Avaliação (BRAVA). Tratava-se de um programa plurianual (2005-2008), não de empréstimo, mas de assistência técnica, com o objetivo de auxiliar o governo a promover uma cultura de Monitoramento e Avaliação no país. A proposta focalizava a avaliação de desempenho com vistas à investigação sobre a efetividade dos programas de governo. A estratégia era envolver Controladoria Geral da União, Tribunal de Contas da União, Senado, Câmara, Ministérios e Instituições relacionadas ao exemplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (MATSUDA; LINDERT, 2005). O entendimento que

justificava o programa era que havia um baixo grau de institucionalização da avaliação no país.

Uma das causas desse baixo grau de institucionalização da avaliação para Stenzel (1996) relaciona-se ao padrão clientelista e autoritário, que historicamente tem caracterizado a atuação do Estado brasileiro, gerando fortes resistências políticas à avaliação dentro do setor público. Por isso, na opinião de Toledo (2005b), a institucionalização deve ocorrer com uma cultura de baixo para cima, englobando os sistemas de desempenho social e gerencial, orçamentário/financeiro com apoio de instrumentos legais eficazes.

No setor saúde, a criação do SUS constituiu um fator impulsionante do desenvolvimento do campo da avaliação no Brasil, pois alguns conceitos como "acesso", "integralidade", "qualidade", objetivos de luta do Movimento da Reforma Sanitária, que se tornaram diretrizes da Lei Orgânica de Saúde (LOS), tornam-se também objeto de interesse do campo da avaliação (STENZEL, 1996). A partir de 2003, o Ministério da Saúde cria departamentos e coordenações de avaliação em todas as secretarias (FELISBERTO, 2006). E é na Atenção Básica de Saúde, em especial através das iniciativas do Programa de Saúde da Família, que a indução da institucionalização da avaliação vem ganhando força (FELISBERTO, 2004).

A Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, proposta pela Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica/Departamento de Atenção Básica (CAA/DAB) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), assume oficialmente a institucionalização da avaliação como imagem objetivo dos seus projetos, perseguindo a construção do desenho de uma política para avaliação de políticas e programas (BRASIL, 2005). 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 o gestor estadual no processo de acompanhamento e avaliação da atenção básica, descentralizando mais uma ação (a de avaliar).

A expansão do acesso aos serviços e a melhoria da qualidade da atenção viram prioridades de governo. Tal prioridade, na Atenção Básica, passa a ser implementada com a decisão da implantação do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf). O objetivo do Proesf é expandir a cobertura do PSF para municípios acima de 100.000 habitantes, consolidando-o como proposta reorientadora dos serviços de atenção básica do SUS Este projeto é

financiado com recursos do Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD)- Banco Mundial- para fortalecer o PSF que passa a ser reafirmado como estratégia prioritária para reorganização da ABS (BRASIL, 2003).

No Proesf a avaliação passa a ser percebida como um importante recurso para o fortalecimento da gestão do SUS. O componente III do Proesf é todo voltado para o seu monitoramento e avaliação, sendo o ninho no qual surge uma proposta para os estados: o Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica das SES em Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica.

1.3 O Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica das SES em Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica

Para o Ministério da Saúde, o Proesf passa a configurar um instrumento importante na ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, organizando-os e qualificando-os a partir da atenção básica (BRASIL, 2003, 2004). Apresenta-se estruturado em três componentes: I - Conversão e Expansão Municipal do PSF; II- Desenvolvimento de Recursos Humanos do PSF e III- Monitoramento e Avaliação.

O componente III é o responsável por grande parte do financiamento da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (BRASIL, 2004, 2005), agregando recursos na ordem de 17 milhões de dólares, em 2004, para investimento no desenvolvimento de uma cultura avaliativa estadual, através do Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (PFCT-SES-M&A-AB) (BRASIL, 2004).

Guiado pela *imagem-objetivo* da institucionalização da avaliação da atenção básica, o projeto tem a finalidade:

Fortalecer o papel das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) no que se refere a avaliação da atenção básica, desenvolvendo as capacidades técnicas e operativas das SES. O intento maior é priorizar as atribuições de formulação, planejamento, coordenação, controle e avaliação da gestão estadual como importante estratégia para o aprimoramento do SUS, tendo por suposto seus princípios e diretrizes (BRASIL, 2004).

Considerado pelo gestor federal o núcleo central de toda a política nacional de monitoramento e avaliação da atenção básica (BRASIL, 2005), ele retoma duas questões importantes no contexto da descentralização das ações de saúde: a descentralização de mais uma ação (avaliar) e o debate sobre as funções das Secretarias Estaduais de Saúde nesse processo, em especial, na Atenção básica.

Ele pretendeu financiar os Planos Estaduais de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica e a contratação de Centros Colaboradores para Avaliação da Atenção Básica.

Os Planos Estaduais de M&A se constituiriam em ferramenta de planejamento e gestão, elaborados de maneira integrada, flexível e adaptável às mudanças requeridas pela realidade com o objetivo reforçar os processos avaliativos das Secretarias Estaduais de Saúde, com ênfase na atenção básica. Recomendou-se que os mesmos fossem elaborados para serem implementados em três momentos: Inicial, Desenvolvimento e Processual-Finalístico. Deveriam pautar-se na integração dos distintos processos de trabalho da SES, no entendimento do saúde da família como estratégia prioritária para a organização das práticas e serviços de atenção básica e na prioridade do fortalecimento da infra-estrutura física, de equipamentos e pessoal das SES, em nível central e nas regionais de saúde, como forma de potencializar a capacidade executora de processos avaliativos da atenção básica. Os objetivos de cada momento encontram-se no quadro 2 a seguir.

MOMENTO INICIAL (MI)- Desenvolvimento de Capacidade Técnica (6 primeiros meses após a assinatura da Carta de Compromisso)
OBJETIVOS: -(Re)Estruturar equipe de trabalho que desenvolverá as atividades de monitoramento e avaliação no estado; - Fortalecer os processos de trabalho e o desenvolvimento da capacidade técnica da equipe, com assessoria dos <i>Centros Colaboradores em Atenção Básica</i> ; -(Re)Elaborar, com assessoria dos <i>Centros Colaboradores em Avaliação da atenção Básica, Proposta Metodológica para Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica</i> do estado; - Realizar um momento processual-finalístico (MPF) pautado em avaliações formativas interna e externamente à SES
MOMENTO DE DESENVOLVIMENTO (MD)
OBJETIVOS: -Executar as ações previstas na Proposta Metodológica Para Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica aprovada pelo DAB/MS; -Realizar um momento processual-finalístico (MPF) pautado em avaliações formativas interna e externamente à SES.
MOMENTO PROCESSUAL-FINALÍSTICO (MPF)
OBJETIVOS: - Institucionalizar da avaliação da atenção básica como uma atividade sistemática e contínua no cotidiano da SES, fortalecendo o planejamento e a gestão do SUS.

Quadro 2- Momentos de execução do Plano Estadual de Monitoramento e Avaliação da AB.

Os Centros Colaboradores (CC) são instituições de ensino e pesquisa (IEP), contratadas pelas SES, para assessorá-las no fortalecimento da capacidade técnica e operacional do corpo de servidores e profissionais. Elas são responsáveis pelo suporte conceitual e metodológico necessário ao desenvolvimento das estratégias traçadas no **Plano Estadual**, estando voltadas ao apoio técnico e consultivo.

Em 2006, o Ministério da Saúde preocupado com a implantação do Projeto e reconhecendo a necessidade de investir na melhoria do mesmo, realiza, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e com o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), uma avaliação formativa. O objetivo desta avaliação foi estimar o grau de Implantação do projeto em 24 unidades federadas mediante análise documental propondo-se ainda, num segundo momento, aprofundar o estudo em três estados (Santa Catarina, Mato Grosso do Sul e Sergipe) que obtiveram sucesso na implantação. Como desdobramento da Avaliação Formativa, esta dissertação ficou, então, com a incumbência de desenvolver uma análise de implantação considerando a influência do contexto sobre o grau de implantação mediante realização de um estudo de caso.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Dedicar-se a analisar a Implantação do Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (PFCT-SES-M&A-AB) requer assumir determinados referenciais teóricos, uma vez que o campo da avaliação traz diversificadas possibilidades teórico-metodológicas. Assim, é necessário definir à luz de quem será realizado este estudo.

Analisar a implantação de um programa, ou um projeto, é particularmente importante quando a intervenção analisada é complexa e composta de elementos seqüenciais sobre os quais o contexto pode interagir de diferentes modos (CONTANDRIOPOULOS apud DENIS; CHAMPAGNE, 1990). Este tipo de análise é pertinente quando observamos uma grande variabilidade nos resultados obtidos por intervenções semelhantes implantadas em contextos diferentes, onde devemos questionar se esta variabilidade pode ser explicada por diferenças existentes nos contextos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997). Para Denis e Champagne (1990), concretamente, a análise de implantação se interessa por três questões básicas:

1. Qual é a influência do contexto sobre o grau de implantação da intervenção? (componente 1);
2. Em que medida as variações nos graus de implantação, influenciam os efeitos observáveis? (componente 2);
3. Qual é a influência do grau de implantação e do contexto nos efeitos observáveis? (componente 3).

Os componentes 2 e 3 visam explicar os efeitos observáveis à luz da introdução da intervenção. O componente 1 se detém à análise da influência do contexto na integridade/fidelidade da proposta em relação ao plano original e sobre o grau de implantação de uma intervenção-componente 1 (DENIS; CHAMPAGNE, 1990).

Uma Intervenção, nesta perspectiva, é um sistema organizado de ação visando, dentro de um determinado contexto e período de tempo, modificar o curso previsível de um fenômeno, a fim de atuar sobre uma situação problemática (CONTANDRIOPOULOS, 2000). Ela pode ser uma técnica; um medicamento; um tratamento; um protocolo de cuidados de saúde; uma organização; um programa;

uma política; um sistema complexo ou um dispositivo de avaliação (CHAMPAGNE; CONTANDRIOPOULOS, 2005).

Um dispositivo de avaliação pode ser entendido como intervenção não só por fazer parte dos componentes de um programa, mas por também ser constituída pelo conjunto de meios (financeiros, físicos, humanos e simbólicos) organizados para produzir bens ou serviços num contexto específico (CONTANDRIOPOULOS, 2006) como um programa.

Tradicionalmente, um Programa vem sendo entendido como “conjunto de atividades ou serviços coordenados, organizados segundo uma seqüência temporal particular, empregando recursos voltados ao alcance de um objetivo específico, em resposta a uma situação julgada problemática que afeta certa população” (POTVIN; GENDRON, 2006, p. 66).

O ato de constituir sistemas de ação para realizar avaliações, lideradas por avaliadores internos e externos, constituído de estruturas, finalidades e atividades, poder ser considerado como uma intervenção programática para Melhoria da Gestão. Este sistema pode auxiliar os atores, responsáveis e envolvidos na implementação de intervenções a melhorarem os Sistemas de Saúde a partir do conhecimento gerado (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

De acordo com o programa de formação de avaliadores de impacto (URQUIETA, 2005), os programas ou projetos têm implícita ou explicitamente:

- a) Objetivos;
- b) População- alvo;
- c) Critérios de seleção dos participantes;
- d) Mecanismo de implementação;
- e) Resultados esperados;
- f) Um modelo teórico que visa justificar o programa (também chamado de hipótese de desenvolvimento);
- g) Um modelo lógico, relativo à implementação do programa;
- h) Um Pressuposto: a intervenção tem efeitos positivos e é necessária.

Por todas as características que o Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica possui, em relação a estes postulados, ele será considerado um Programa. Ainda será entendido como forma de ação social, uma vez que a avaliação em saúde também vem sendo considerada uma intervenção programática (HARTZ, 2005).

Esta concepção de programa, como forma de ação e de intervenção se espalhou na área social, mas se distingue de outras modalidades de ação social. As definições anteriores, embora apontem componentes importantes do programa, não revelam que existem relações dinâmicas, e que evoluem no tempo, entre estes componentes, o programa e os contextos, e os diferentes atores que interagem por meio dos seus processos (POTVIN; GENDRON, 2006).

As práticas ou as condutas dos atores são simultaneamente constitutivas da intervenção e, influenciadas pela estrutura destes tornando-se interdependentes (POTVIN; GENDRON, 2006). Os atores se caracterizam por seus projetos, suas concepções do mundo e suas convicções, os recursos que têm ou que controlam e suas disposições para agir. Interagem, dentro de um jogo permanente de cooperação e concorrência, para aumentar seu controle sobre os recursos críticos do sistema de ação: dinheiro, poder, influência, compromissos contrários às normas sociais (CHAMPAGNE; CONTANDRIOPOULOS, 2005).

No modelo de programa proposto por Champagne e Contandriopoulos (2005), a estrutura é constituída de três componentes: uma estrutura física, organizacional e simbólica que se interrelacionam. A estrutura física corresponde ao volume e estruturação dos diferentes recursos mobilizados (financeiros, humanos, imobiliários, técnicos, informacionais...); a organizacional, ao conjunto de leis, regulamentos, convenções, regras de gestão, que definem como os recursos (financeiros, poder, influência e compromissos) são repartidos e trocados. São as regras do jogo do sistema de ação. A simbólica se refere ao conjunto de crenças, representações e valores que permitem aos diferentes atores envolvidos na intervenção comunicar-se entre eles e dar sentido às suas ações. Ainda segundo os autores, os processos de ação são um conjunto de atividades que mobilizam recursos para produzir bens e serviços em prol do atendimento às finalidades do sistema organizado da ação.

Já as finalidades visam transformar a trajetória previsível da evolução de um ou de mais fenômenos, pela atuação (intervenção) durante um tempo sobre um certo número de seus determinantes (objetivos específicos da intervenção) para corrigir uma situação problemática. De fato, a situação problemática é a base para elaboração da teoria da mudança de cada programa, e também da produção de conhecimento geralmente realizada pela Pesquisa Avaliativa (CHAMPAGNE et al., 2007).

A análise de implantação de uma intervenção, numa organização ou instituição, requer conhecer os fatores que influenciam os processos de mudança no interior das mesmas. Ela se centra sobre o estudo de tudo o que ocorreu após uma organização ter decidido introduzir ou adotar uma intervenção e é extremamente influenciada pelo contexto.

Um contexto pode ser entendido como tudo que está fora e relacionado com o programa (POTVIN; GEDRON, 2006). Por isso, contempla os contextos físicos, legais, simbólicos, históricos, econômicos e sociais que estruturam o campo dentro do qual a intervenção está colocada, bem como todos os outros sistemas organizados de ação com os quais a intervenção interage.

O Contexto organizacional, na proposta de avaliação de Denis e Champagne (1990) é um componente importante da explicação dos processos de mudança. Na análise de contexto organizacional algumas considerações teóricas devem ser refletidas, pois a literatura sobre mudança e contexto é bastante diversificada.

A análise de contexto organizacional, tradicionalmente tem sido realizada a partir da teoria das organizações que permeiam o campo da Sociologia e da Administração. O que se pode perceber é que a avaliação em saúde, pela sua natureza multidisciplinar, pode utilizar cada um desses saberes.

No Brasil, estudos recentes no campo da avaliação têm se apoiado na proposta de Matus (1987). São eles: Freese, Cesse e Machado (2004); Ferreira e Vieira-da-Silva (2005); Souza, Vieira-da-Silva e Hartz (2005). Estudam assim, o contexto político-institucional.

Baseado em Teorias sociais (produção social), políticas, econômicas e organizacionais (sistêmica), Carlos Matus (1987) introduz a perspectiva da análise situacional e dos quatro Momentos no processo de planejamento situacional (Momentos Explicativo, Normativo, Estratégico e Tático-Operacional). Utiliza-se ainda de bases da Fenomenologia. Para o autor, “O Momento é a instância repetitiva pela qual passa um processo encadeado e contínuo que não tem princípio nem fim bem definidos” (MATUS, 1996, p. 577). Difere da concepção de fases seqüenciais e se apóia na complexidade das interações. “Uma instituição é uma forma de organização da relação recursos-produtos-resultado, devendo estar, portanto, constantemente submetida à prestação de contas da relação recursos-produtos, produtos-resultado” (MATUS, 1996, p. 478). Ou seja, à avaliação. Para ele, se a direção superior não exige eficiência, o sistema fica sujeito às pressões políticas.

O Espaço Institucional “é aquele no qual se realiza o processo de produção de uma instituição” (MATUS, 1996, p. 579). Nesse espaço ela coordenada e combina fatores de produção. Fora dele, compra insumos, vende sua produção final, ou demandam-se e oferecem-se bens e serviços e fatos no processo de intercâmbio social. Normalmente é formalizado por normas jurídicas.

Utilizando a Teoria dos Jogos, Matus constrói um método de planejamento para implementar processos de Mudança, introduzindo a abordagem estratégica ao planejamento normativo. Tal teoria provém do ramo da matemática que se refere ao cálculo interativo de processos estruturados, agregando estratégias destinadas a processos não estruturados (problemas não estruturados).

De acordo com Matus (1987), embora governar seja uma arte, conduzir processos de mudança não é pura arte, sendo necessário conhecer como funciona e dominar concepções sobre os sistemas sociais. Para eles, exige-se articular constantemente três variáveis: Projeto de Governo, Capacidade de Governo e Governabilidade do sistema. Projeto de Governo e Capacidade de Governo são variáveis intimamente relacionados ao governante, ou à sua equipe. Já a Governabilidade, relaciona-se ao jogo de forças que se configuram no sistema no qual o governante governa com outros atores do sistema (MATUS, 1987).

O autor propõe que a interação entre estas três variáveis seja representada num modelo denominado Triângulo de Governo, onde no vértice superior encontra-se o Projeto de governo, e nos outros inferiores situam-se a Capacidade de Governo e Governabilidade do sistema.

Esses vértices do triângulo compõem três sistemas de natureza distinta que tem na ação humana o ponto de interação, como algo comum aos três. O sistema de **propostas** de ações constitui o **Projeto de Governo (PG)**; o sistema social, **de possibilidades de ações**, é a **Governabilidade (GOV)** do sistema; e o sistema de direção e planejamento que trata da **capacidade para produzir ações**, ou seja, a **Capacidade de Governo (CG)**.

O Projeto de Governo diz respeito, então, ao conjunto de proposições elaborados pelos dirigentes, para o alcance dos objetivos definidos por um ator, de acordo com seus interesses, sendo, também, influenciado pelas circunstâncias e, inclusive, a sua Capacidade de Governo. Projeto de Governo é expressão do capital político e intelectual aplicados para uma ação (MATUS, 1987).

Por Capacidade de Governo (capacidade de direção/condução), Matus se refere ao conhecimento acumulado pelas experiências de um ator, e de sua equipe de governo, em termos de destrezas, técnicas, métodos de direção, habilidades e teorias para conduzir o processo social em relação aos seus objetivos. Está incluída nesta categoria a capacidade de explicar a realidade, antecipar respostas e propor ações adequadas (MATUS, 1987).

A Capacidade de Governo depende do capital intelectual acumulado pela equipe, advindos da teoria ou da experiência, caracterizando-se por capacidade de liderança- de ser reconhecido como condutor; e da capacidade de construção (a destreza para conceber e executar estratégias e táticas para resolver problemas e aproveitar as oportunidades). Capacidade de governo depende então desse capital intelectual e político (MATUS, 1987, 1996).

A Governabilidade de um sistema se refere à relação de peso entre as variáveis que os atores envolvidos na implantação de um plano controlam e não controlam. Ela influencia um processo de um governo (a influência sobre a dinâmica social em direção ao projeto). Assim, se um determinado ator possui alta Capacidade de Governo, ele controlará mais variáveis e, portanto, aumentará a sua Governabilidade. Também depende dos objetivos do ator: quanto mais modestos, maior será sua governabilidade (MATUS, 1987).

O que se pode verificar é que há intersecção entre esses três vértices, sendo essa consideração muito importante para a análise dos dados desta pesquisa. Muitas vezes, no momento da operacionalização destas categorias, elas se misturam umas com as outras, nos vértices do triângulo.

No Brasil, os estudos utilizando o triângulo de governo de Carlos Matus identificaram critérios importantes vinculados a estas categorias operacionais. A partir da análise dos mesmos foram elaborados os quadros 3,4 e 5 a seguir.

Autores	Crêterios
Souza (2004)	Saúde como prioridade de governo- explicitada no plano de governo.
	Financiamento de acordo com a EC 29 (programado e executado)
	Existência de iniciativas intersetoriais (como prática regular na gestão governamental).
Vieria-da-Silva et al. (2005)	Prioridade para Saúde
	Características do Financiamento (percentual de gastos em saúde- somatório das receitas municipais, federais, estaduais- 7% incipiente; 7-8% intermediário; Avançado- superior a 8%); (gasto per capita em saúde- inferior a \$ 80 per capta; intermediário 80 a 150 \$; avançado-superior a \$ 150).
	Iniciativas intersetoriais- (a�es articuladas entre saúde e outros setores para os quais existisse planejamento integrado ou comitê gestor misto com orçamento próprio para o projeto)
Ferreira e Vieira-da-Silva (2004)	Incorporac�o do programa ao projeto de governo
Freese, Cesse e Machado (2004)	Projeto com uma direcionalidade SUS- (Marcadores: Acesso universal às a�es e serviços de saúde; Equidade na aten�o; interesse em controlar autonomamente o FMS e controle social)
Machado, Freese e Cesse (2004)	Projeto com uma direcionalidade SUS- (Marcadores: Acesso universal às a�es e serviços de saúde; Equidade na aten�o); Produzido de forma coletiva (não partidária, familiar individual ou em disputa com o executivo, inexistência de projeto devido às Mudanças de Dire�o); precisa desenvolver Capacidade de Governo e construir governabilidade
Vilasbôas (2006)	Suficiência do documento propositivo (Das diretrizes políticas, meios, objetivos e meios correlatos explicitados para enfrentar os problemas escolhidos para interven�o.)
	Coer�ncias das diretrizes políticas e objetivos explicitados com os princípios e diretrizes do SUS e com as propostas do governo municipal.
	Competi�o de recursos entre os objetivos propostos para o programa estratégico.
Hartz (2006)	Prioridade na reorganiza�o setorial
	Propósitos do Governo Municipal (continuidade, crescimento e mudanças)
	Financiamento: % do OGM para saúde, gastos per capita (% AB), indu�o (PAB fixo e variável, a�es de promo�o e vigilância), autonomia para gestão financeira, mecanismos de fiscaliza�o dos gastos
	Experiências de a�es intersetoriais com participa�o da sociedade civil

Quadro 3- Critérios utilizados por diversos autores em suas pesquisas na análise do Projeto de Governo.

Dentre os critérios encontrados, aqueles que potencialmente podem influenciar o Programa são: Saúde como Prioridade do Governo, cumprimento da Emenda Constitucional n  29 e Projeto da Saúde com uma direcionalidade SUS. Em rela o ao Programa em estudo, após a revisão de literatura apresentada,   possível ainda acrescentar: Aten o Básica como Prioridade para a Saúde, Adesão ao novo papel das SES no Projeto de Governo.

Autores	Crítérios
Vieria-da-Silva et al. (2004)	<p>Perfil do gestor (liderança e formação na área de saúde coletiva)</p> <p>Adequação do quadro técnico às necessidades do sistema municipal (assessores diretos com formação ou especialização em saúde coletiva; existência de número adequado de profissionais qualificados em suas áreas específicas de atuação).</p> <p>Política de RH (existência de um Plano de Cargos e Salários, contratação através de concurso ou seleção pública; incentivo à capacitação ligado à remuneração, ou pelo menos iniciativas de capacitação sem vínculo com remuneração)</p>
Souza (2004)	<p>Gestor com capacidade de liderança (Direção da Saúde exercida por liderança política, portadora de capacidade técnica e de um projeto de sistema local de alta qualidade);</p> <p>Capacidade dialógica e de síntese de interesses</p> <p>Capacidade de formar projeto comum</p> <p>Capacidade articulação política municipal</p> <p>Quadro técnico da Saúde qualificados/capacitados e em número suficiente</p> <p>Política de RH adequada. Política de RH adequada com Plano de Cargos e Salários, admissão através de concurso público e incentivo à capacitação ligado à remuneração</p>
Ferreira e Vieira-da-Silva (2004)	<p>Coordenação do programa (liderança técnica-política do coordenador)</p> <p>Experiência anterior</p> <p>Estabilidade das direções (mudanças influenciam negativamente)</p>
Freese, Cesse e Machado (2004)	<p>Tecnologias utilizadas</p> <p>Especialidades do grupo de apoio</p> <p>Capacidade de autonomia para gerir o FMS</p> <p>Instrumentos de gestão participativa utilizados</p>
Machado, Freese e Cesse (2004)	<p>Perfil do gestor</p> <p>Saberes e tecnologias acumuladas e utilizados, em nível pessoal e institucional pela gestão (epidemiologia, clínica, planejamento, gestão, sistemas de informação e comunicação) acumuladas e utilizados</p> <p>Contratação de pessoal com formação em saúde coletiva na constituição de equipes; trabalho em equipe</p> <p>Utilização de tecnologias de gestão (planejamento participativo ou Planejamento Estratégico Situacional)</p> <p>Capacitação de pessoal</p> <p>Pequenas reformas administrativas, criação de cargos, investimento no serviço de controle e avaliação;</p> <p>No setor de finanças: aprimoramento de mecanismos de aquisição, controle e distribuição de medicamentos, informatização de setores estratégicos, mantém comissão de licitação.</p> <p>Condição de Gestão do Município</p>
Vilasbôas (2006)	<p>Experiência da equipe (tempo de serviço e média de anos trabalhados da equipe em processo de organização das equipes de saúde. Perfil profissional da equipe (graduada e pós) Participação em movimentos políticos. Visão da equipe sobre a imagem-objetivo do SUS municipal.</p> <p>Perfil do dirigente (Existência de liderança ou quadro político na direção do setor saúde. Formação do dirigente na área de saúde coletiva. Concepção do dirigente sobre o sistema de saúde coerente com os princípios e diretrizes do SUS.</p> <p>Habilidades da equipe dirigente</p> <p>Acervo de métodos e técnicas de condução Macro: Formação profissional em Saúde Coletiva; participação da equipe em movimento político, associativos e profissionais. Práticas de planejamento executadas pela equipe dirigente e equipes dos programas estratégicos.</p>
Brasil (2003)	<p>Competência na condução da reorganização do Sistema municipal de Saúde</p> <p>Perfil do gestor e qualificação da equipe de condução (staff da SMS)</p> <p>Política de RH: formação profissional (capacitações – número, tipos de cursos, vinculação aos Pólos de educação permanente) e precarização do trabalho (não existência de vínculo celetista ou estatutário) – tipo de vínculo, incentivos, equipes (perfil, seleção, composição), tempo de trabalho e carga horária real.</p> <p>Estratégias de Controle e Regulação: funcionamento, relação público e privado (características regionais)</p>

Quadro 4- Critérios utilizados por diversos autores em suas pesquisas na análise da Capacidade de Governo.

Os critérios apresentados no quadro 3 tentam se aproximar da concepção de Capacidade de Governo de Matus (1987), ou seja, todo o potencial que uma

instituição tem para implantar seus Programas contidos no denominado Sistema de Direção e Planificação. Abrange perfil da Instituição, perfil do dirigente, perfil da equipe técnica, relação entre dirigentes e equipe que pode ser conhecida mediante análise da política de recursos humanos. O organograma e funcionamento dos setores e o uso de tecnologias de gestão (planejamento, monitoramento, avaliação, gerencia por operações, agenda do dirigente, manejo de crises em salas de situação) complementam esta categoria. Inclui ainda: métodos e habilidade de um dirigente e sua equipe de governo necessárias à condução do processo social, dadas a Governabilidade do sistema e o compromisso do governo como o Projeto de Governo (MATUS, 1987). A Capacidade de Governo de Matus é semelhante aos conceitos de Governança, Performance ou Desempenho dos governantes atribuído a estas categorias por outros autores (LOTUFO, 2003).

Já a categoria operacional Governabilidade é analisada nas relações que são estabelecidas entre os atores interessados na implantação das intervenções, percebido pelo nível de mobilização no apoio, rejeição e neutralidade que o ator mantém diante das intervenções. O quadro a seguir apresenta os critérios utilizados em estudos recentes.

Autores	Crítérios
Vieria-da-Silva et al. (2004)	Existência de base de apoio político (apoio parlamentar e sociedade civil organizada) Autonomia Financeira do setor saúde em relação à prefeitura. (Existência de Comissão própria para realizar os processos licitatórios, existência de profissional responsável pela gestão financeira do Fundo Municipal de Saúde) Relacionamento entre gestores (articulação e trabalho coletivo entre os diversos níveis de gestão para definição e implementação de políticas) Adesão dos profissionais (satisfação dos profissionais com o trabalho desenvolvido-realização profissional e pessoal) e percepção
Souza (2004)	Capacidade do gestor em produzir fatos que ampliem seus graus de liberdade Autonomia da Secretaria Municipal de Saúde Capacidade de Iniciativa junto aos outros gestores estaduais, municipais e federal
Ferreira e Vieira-da-Silva (2004)	Composição do grupo de trabalho do programa Governabilidade na gestão do Programa Satisfação dos envolvidos com a coordenação do programa (afastamento de instituições importantes)
Freese, Cesse e Machado (2004)	Relação com esfera de governo municipal, estadual, federal e sociedade civil organizada.
Machado; Fresse, Cesse (2004)	Relações estabelecidas pelo gestor com os atores que, no ambiente organizacional, se apresentam indiferentes, como aliados ou opositores ao projeto de governo.
Vilasboas (2006)	Apoio político ao projeto de governo da SMS quanto à organização das ações de saúde (legislativo aliados, opositores indecisos, histórico e conjecturais; Apoio do CES aliados, opositores indecisos, histórico e conjecturais) Apoio da Mídia (posição favorável ou desfavorável de jornais, TV e revistas à organização das ações de saúde do governo) Apoios profissionais da saúde (sentem-se participantes, satisfeitos e prazer em realizá-lo) Autonomia administrativa financeira da SMS (Execução direta dos procedimentos de aquisição de bens e serviços relacionados com ações de saúde: presidência da comissão de licitação da saúde, realização de empenho e liquidação de pagamento dos processos licitatórios.

Hartz (2006)	Mecanismos e processos participativos de decisão no sistema de saúde municipal (Conselhos e conferências)
	Base política/parlamentar de apoio ao SUS e a Estratégia Saúde da Família
	Articulações com profissionais de saúde, com sociedade civil organizada (associação de moradores e demais entidades), com Ministério Público.
	Implementação de Ouvidoria do Usuário: fluxos e mecanismos de resposta
Araújo, Machado e Carvalho (2004)	Autonomia- capacidade que o município tem de financiar (executar, sustentar) políticas sociais a partir de recursos/receitas próprios, principalmente, dos impostos/tributos de competência municipal.
	Autonomia para gestão dos recursos financeiros SUS- gestão dos tetos repassados; Capacidade de Investimentos em Saúde- despesa própria com saúde ou contrapartida.

Quadro 5 - Critérios utilizados por diversos autores em suas pesquisas na análise da Governabilidade.

Neste estudo, adotou-se a concepção defendida por Contandriopoulos (2006), de que o Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica das SES em M&A da AB é um programa federal a ser implantado nas gestões estaduais. Esta intervenção provoca efeitos na Atenção Básica em Saúde e, por conseguinte, em todo o sistema de saúde e na saúde da população. O PFCT-SES-M&A-AB será entendido como Programa por se constituído de estruturas, atores e processos organizados para resolução de uma situação problemática. Ou seja, uma intervenção programática.

O entendimento de que questões contextuais influenciam na implantação de um programa (DENIS; CHAMPAGNE, 1990) levanta o pressuposto de que a teoria de Matus poderia dialogar com a teoria da avaliação como intervenção social.

O Projeto de Governo, a Capacidade de Governo e a Governabilidade constituem, então, o Contexto político-institucional (HARTZ, 2006). Ou seja, o PFCT-SES-M&A-AB, em última instância, a institucionalização da avaliação, pode ser entendida como uma intervenção para aumentar a Capacidade de Governo de uma SES que assim, condicionaria, e estaria condicionada, pelo Projeto de Governo e pela Governabilidade. Ao atuar sobre a Capacidade de Governo, estar-se-á melhorando o Projeto de Governo e aumentando a Governabilidade do sistema.

Logo, o PFCT- SES M&A AB sofrerá análise de implantação, uma vez entendido como uma intervenção (POTVIN; GEDRON, 2006) que visa o desenvolvimento de uma cultura avaliativa (BRASIL, 2005; CONTANDRIOPOULOS, 2006; FELISBERTO, 2006; HARTZ, 2002) redonda na melhoria da Capacidade de Governo (MATUS, 1987) e na eficiência dos sistemas de Saúde (CONTANDRIOPOULOS, 2006). Isso tudo é influenciado pelo contexto (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

Diante de todos esses pressupostos, a pesquisa destinou-se a responder à seguinte pergunta: Qual a influência do contexto político-institucional sobre o grau de

implantação do Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais em Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica?

3 JUSTIFICATIVA

Tendo em vista:

- a) A relevância do processo de monitoramento e da avaliação dentre as responsabilidades do gestor estadual com a atenção básica à saúde;
- b) A grande soma de recursos investidos no projeto de fortalecimento da capacidade técnica das Secretarias Estaduais em Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica;
- c) A prioridade do tema avaliação na agenda pública de saúde para a própria consolidação do SUS;
- d) O interesse do gestor em aprofundar a avaliação do projeto.

Este estudo torna-se fundamental, pois:

- a) Permitirá conhecer com maiores detalhes a implantação do Projeto de Fortalecimento, procurando saber como ele está se instituindo na realidade das Secretarias Estaduais de Saúde;
- b) Produzirá conhecimentos sobre a institucionalização da avaliação da atenção básica no Brasil, pelas revelações de inovações produzidas pelas SES;
- c) Identificará problemas e dificuldades na implementação do projeto, considerando as informações do contexto;
- d) Possibilitará ajustes no Programa contribuindo para otimização do uso de recursos públicos e para prestação de contas à sociedade;
- e) Colocará em prática o exercício teórico da articulação entre teorias oriundas de diferentes campos de conhecimento, mas comuns ao campo da gestão: planejamento e avaliação.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Analisar a implantação do Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica em Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica em uma secretaria estadual de saúde do país.

4.2 Específicos

- a) Estimar o grau de implantação do Projeto na SES;
- b) Analisar a influência do contexto político-institucional no Projeto.

5 MÉTODO

5.1 Desenho da pesquisa

Foi realizada uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação em seu componente 1, tendo sido utilizada como estratégia metodológica o estudo de caso único. Este se limita à análise em profundidade de um fenômeno em um só meio, sendo útil primeiramente à avaliação de uma teoria bem estruturada, onde o pesquisador confronta um modelo teórico bem-desenvolvido com uma realidade empírica (DENIS; CHAMPAGNE, 1997). O estudo de caso único oferece um potencial elevado de “generalização lógica” (PATTON, 1980 apud DENIS; CHAMPAGNE, 1997), ou Teórica (YIN, 2005), isto é, as conclusões de uma pesquisa poderão eventualmente servir para explicar um grande número de situações análogas.

Para avaliação da implantação do programa, optou-se por uma abordagem quantitativa na análise dos dados. Para análise do contexto, a abordagem foi qualitativa centrada na análise de conteúdo temática.

5.2 Seleção/Caracterização do caso e período de referência do estudo

O caso foi definido seguindo as recomendações de Yin (2005): para justificar a realização de um estudo de caso único: obedecendo a premissa clara de que ele é um caso exemplar. Por isso, o primeiro passo foi observar os resultados da Avaliação Formativa (AF) do PFCT-SES-M&A-AB que apontou os estados com os melhores graus de implantação. Mato Grosso do Sul e Sergipe surgiram como dois casos importantes por se apresentarem com o programa implantado. Sergipe surgiu como o caso mais importante do Nordeste, tendo obtido maior classificação e homogeneidade nos resultados por dimensão de análise.

Pernambuco foi escolhido como estudo piloto pela facilidade de acesso e história anterior de parceria com a instituição de origem da pesquisadora, o IMIP. O

piloto ocorreu no período de 16 a 19 de outubro do ano de 2006 tendo sido realizado na SES com participação dos coordenadores da pesquisa da avaliação formativa e dos pesquisadores. Os objetivos foram homogeneizar a equipe de pesquisadores quanto aos métodos de coleta; testar e ajustar os instrumentos de coleta de dados; e ajustar a operacionalização do trabalho de campo. A SES deu todo o apoio logístico necessário ao desenvolvimento dos trabalhos, bem como a participação de todos os profissionais solicitados para as atividades. Foram utilizadas nas entrevistas e Grupo Focal gravador e anotações manuscritas, apenas um profissional não autorizou a gravação da entrevista. O estudo piloto cumpriu os seus objetivos propostos e foi importante para o desenvolvimento da coleta de dados nos casos selecionados. Na semana seguinte foi realizada a coleta dos dados no caso Sergipe.

O Estado de Sergipe possui 75 municípios. Pode ser considerado um estado pequeno que ocupa uma área aproximada de 22000 Km² correspondente a 0,26% do território nacional e a 1,41% da Região Nordeste. Sua população foi estimada em 2006 pelo IBGE em 2.000.000 habitantes. Possui uma densidade demográfica de 85hab/Km² e o seu grau de urbanização é de 81%. Apenas 2 municípios registram populações acima de 100.000 hab: Aracaju (479.567 hab.) e Nossa Senhora do Socorro (151.426 hab); 53 municípios (70,7%) apresentam populações menores de 20.000hab. e destes, 24 (54,7%) têm menos de 10.000 hab. É um dos estados que apresentam uma maior cobertura do PSF - 97% (SERGIPE, 2006?).

O período de referência do estudo foi do final de 2003 a outubro de 2006. A figura 1 a seguir representa o modelo operacional do estudo.

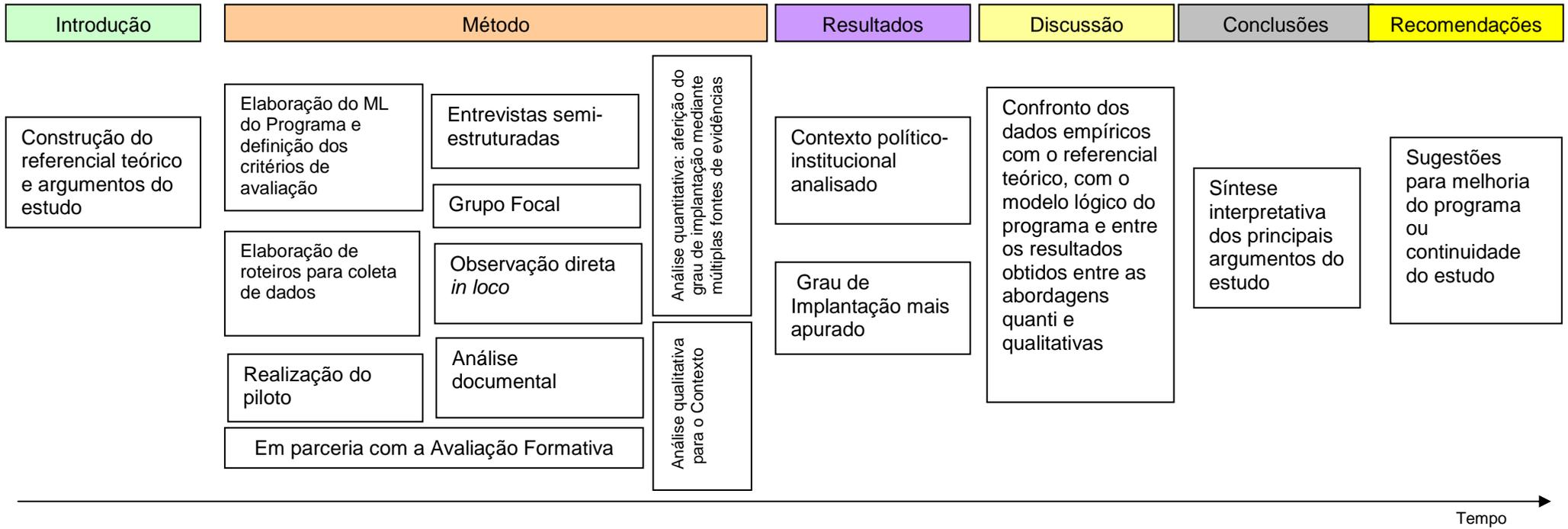


Figura 1- Representação gráfica do modelo operacional utilizado para este estudo

5.3 Coleta de dados e fontes de informação

A coleta de dados deste estudo ocorreu concomitantemente à coleta de dados da segunda etapa da Avaliação Formativa havendo instrumentos específicos para cada uma delas. O acordo foi que os instrumentos seriam aplicados ao mesmo tempo com o intuito de otimizar o tempo e minimizar os gastos. Esta pesquisa também teve financiamento do CNPq.

As informações foram obtidas a partir de entrevistas com informantes-chaves, grupos focais, observação direta *in loco* e análise documental.

Após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido as **entrevistas** semi-estruturadas foram realizadas com 10 informantes-chaves: coordenação do programa, coordenadora da atenção básica, gerente geral de políticas de saúde representando o gabinete, coordenador de informação em saúde, responsável pelo SIAB, coordenadora de acompanhamento e avaliação da atenção básica, coordenadora das vigilâncias, representante da saúde da mulher, representante da coordenação de hanseníase, representante da coordenação de tuberculose, representante das micro-regionais (Cosems) e representante do centro colaborador.

Foram utilizadas salas cedidas pelas SES que asseguraram o sigilo das informações, após contato telefônico da coordenação nacional do programa para agendar o encontro com os pesquisadores. Foram utilizados roteiros diferentes para o gestor da SES, o coordenador da Atenção Básica, os membros do núcleo coordenador estadual de monitoramento e avaliação e os membros do núcleo ampliado de monitoramento e avaliação.

As entrevistas foram gravadas e transcritas pela própria equipe de campo (três pesquisadores) produzindo 117 páginas.

A **observação direta *in loco*** favoreceu a identificação de atores-chave no campo, além de possibilitar a triangulação das informações obtidas nas entrevistas, proporcionando maior robustez ao estudo. Ainda auxiliou a busca da confiabilidade das informações e a análise dos documentos produzidos pela Secretarias Estaduais de Saúde.

Na **análise documental** foram considerados como materiais empíricos, os seguintes documentos (quadro 6):

Documentos Gerais MS	Documentos Específicos do Estado
1. Planos Estaduais para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (M&A AB)– Diretrizes e Orientações Pareceres; 2. Planos Estaduais Para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica . 3. Avaliação da Atenção Básica em Saúde - Caminhos da Institucionalização; 4. Carta de Compromisso assinada pelas Secretarias Estaduais Relatórios de encontros promovidos pelo Ministério e pelas próprias Secretarias 5. Relatório de Execução Financeira, por linha de ação.	1. Plano Estadual de M&A 2. Plano operativo e Plano de aquisição 3. Plano de Trabalho do Centro Colaborador 4. Proposta Metodológica 5. Relatórios de Gestão 6. Agendas Estaduais 7. Plano Estadual de Saúde 2004-2007 8. O Pró-Saúde 9. Cinco produtos entregues pelo Centro Colaborador à SES

Quadro 6 - Documentos utilizados na análise documental

O grupo focal é uma forma de entrevista em grupo, não no sentido de alternância entre perguntas e respostas, mas que se apóia na interação entre os participantes para coleta do material discursivo/expressivo (CARLINI-COTRIM, 1996). Deve privilegiar a seleção de participantes de acordo com o problema em estudo, desde que os entrevistados possuam características em comum, como vivências com o tema discutido, que os qualifiquem para a discussão da questão (GATTI, 2005). Este estudo definiu que ser membro do núcleo ampliado de monitoramento e avaliação reconhecido pelo envolvimento com o programa, poderia trazer atores experientes no tema.

O grupo realizado contemplou a participação da vigilância epidemiológica, informação em Saúde, gerência de Tuberculose, gerência da Atenção Básica, Saúde Bucal, Hanseníase, Atenção Básica e Saúde da Mulher, Acompanhamento e avaliação de resultado, mais especificamente SIAB, coordenação de acompanhamento e avaliação, assessora de hipertensão e diabetes e coordenadora de doenças e agravos. A discussão durou quase duas horas e produziu 31 páginas depois de transcrita. Foi um momento no qual se pode perceber que a própria pesquisa tornou-se elemento de intervenção, pois foi provocadora de encaminhamentos para aperfeiçoar o projeto por parte da SES.

5.4 A qualidade dos instrumentos de coleta de dados

Em busca da garantia da qualidade dos instrumentos (roteiros de entrevista semi-estruturada e roteiro do grupo focal) foram considerados três critérios em sua

elaboração: a validade de construção, a validade de conteúdo e a validade de critério (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

Para alcançar a validade de construção dos instrumentos que operacionalizaram o Grau de Implantação foram elaboradas questões que atendessem aos critérios do Modelo Lógico do Programa. Por sua vez, o Modelo Lógico foi construído mediante análise dos documentos oficiais, especialmente o Termo de Referência do Programa, a Carta de Compromisso que deve ser assinada entre Governo Federal, Estadual; os indicadores pactuados com o Banco Mundial e os relatórios do Sistema de Gerenciamento do Proesf. Este modelo foi aprimorado na primeira etapa de avaliação formativa com a participação da coordenação nacional do programa tanto na definição dos pesos atribuídos aos critérios, quanto á pertinência de cada um deles.

Para análise do contexto político-institucional, procedeu-se à literatura sobre as categorias operacionais utilizadas nos últimos três anos por pesquisadores, nos estudos de avaliação que escolheram o Triângulo de Governo de Matus como marco teórico.

O conteúdo do roteiro das entrevistas foi construído de modo a obter informações que permitissem analisar a conformidade do programa implementado com as diretrizes nacionais, e a identificação de elementos contextuais que estavam influenciando o processo. Todos os instrumentos foram testados no projeto piloto e, readequados após a sua realização.

Os quadros 7, 8 e 9 apresentam o modelo lógico do programa e as matrizes com o elenco de critérios utilizados pela Avaliação Formativa. Quanto ao contexto, os critérios foram definidos especificamente para este estudo, e, selecionados pela pesquisadora considerando a revisão bibliográfica apresentada na introdução desta dissertação.

Dimensões		Atividades	Resultados	Impacto
1-Gestão Técnico-financeira das ações de M&A		Implementação da gestão financeira do projeto	Núcleo ampliado implantado (plano de trabalho constando metodologia e produtos esperados, agenda, reuniões, competências definidas, local de encontros, pessoa exclusiva para estas atividades; Equipe de monitoramento e avaliação da atenção básica conformada com pelo menos 1 profissional de cada área constante da NOAS no âmbito central das SES e em pelo menos 30% das Regionais/Diretorias de saúde do Estado Infra-estrutura adequada para realização das ações de monitoramento e avaliação Recursos financeiros disponíveis para as ações de M&A da AB	Utilização da Avaliação pelo Gestor
		(Re)estruturação/ Ampliação da equipe técnica da SES envolvida com M&A da atenção básica		
		Promoção de reparos e adequações físicas na estrutura organizacional da SES e Regionais de Saúde		
		Aquisição de equipamentos, veículos, mobiliários, informática e outros		
		Contratação dos Centros Colaboradores em Avaliação da Atenção Básica		
		Apresentação, Discussão e Aprovação da Proposta Metodológica nas instâncias colegiadas de gestão (CIB e CES)		
		Realização da avaliação sobre o alcance final das metas previstas nos três momentos de execução		
2-Integração a outros componentes política estadual e nacional de institucionalização do M&A da atenção básica (intra e intersetorial)		Implementação de estratégias de integração entre as áreas, instrumentos e processos de trabalho ligados ao M&A da atenção básica na SES	Integração dos atores das SES em torno das atividades de monitoramento e avaliação da ABS Municípios assessorados na implantação e melhoria das práticas de M&A da AB Cooperação intra e interinstitucional	Aumento da Capacidade de Governo nas SES e SMS Cultura Avaliativa desenvolvida Melhoria da Qualidade do Sistema Estadual de Saúde
		Execução das estratégias de M&A da atenção básica junto aos municípios		
		Implementação de estratégias para o fortalecimento do uso do SIAB e Pacto dos Indicadores da Atenção Básica como instrumentos de planejamento		
		Realização de cooperação técnica e apoio aos municípios em monitoramento e avaliação		
		Promoção da avaliação das estratégias traçadas junto aos municípios para acompanhamento do cumprimento do Pacto de Indicadores da Atenção Básica e no uso do SIAB		
		Execução da avaliação da integração entre as distintas áreas, instrumentos e processos de trabalho vinculados ao M&A da AB na SE		
		3-Desenvolvimento da Capacidade Avaliativa e dos Processos de capacitação e M&A		
Capacitação em monitoramento e avaliação para a equipe técnica da SES				
Realização de avaliação formativa ao final do momento inicial				
Realização de avaliação formativa ao final do momento desenvolvimento				
Qualidade da informação	Melhoria da qualidade dos sistemas de informação em saúde e informatização da rede			
Pesquisas Avaliativas	Participação ou solicitação de pesquisas avaliativas a centros colaboradores			
Desenvolvimento dos processos avaliativos	Realização da avaliação da situação da AB no estado, conforme proposta elaborada	Proposta Metodológica de Monitoramento e Avaliação		
4-Produção de Informação e comunicação		Elaboração de Informes sobre a situação da AB no estado, conforme proposta elaborada	Informações sobre a situação da AB disponibilizadas para todos os interessados Produção e síntese de estudos e pesquisas avaliativas	

Quadro 7- Modelo Lógico do Programa.

Fonte: Avaliação Formativa

1-Gestão Técnico-financeira das ações de M&A	Implementação da gestão financeira do projeto	1- Elaboração do POA pelo núcleo coordenador	
		POA 1 e 2 elaborados- custos globais do plano e fonte dos recursos definidos*	10
		2-Alimentação da declaração de gastos/prestação de contas no Sistema de Gerenciamento do Proesf	
		Sistema de Gerenciamento alimentado	10
		3-Execução dos recursos programados para realização das ações programadas - recurso gasto	
		Pelo menos 80% das licitações programadas realizadas e Pelo menos 80% dos recursos executados do primeiro POA - 80-100% - 30 50- >80% - 20 > 50% - 15	30
	(Re)estruturação/ Ampliação da equipe técnica da SES envolvida com M&A da atenção básica	5.Definição de responsável técnico pelo projeto na SES para manter interlocução com o Ministério da Saúde	
		Responsável técnico definido e atuando-	20
		6-Criação do Núcleo coordenador	
		Núcleo criado	10
		7-Criação do Núcleo ampliado de M&A	0
		8-Constituição do Núcleo ampliado de M&A	
		Núcleos/grupos/equipes de M&A da AB estabelecidos no âmbito central da SES e em pelo menos 30% das Regionais/Diretorias de saúde do Estado** Núcleo ampliado implantado/constituído de âmbito central e regional (plano de trabalho constando metodologia e produtos esperados, ou agenda, reuniões sistemáticas, local de encontros,pessoa exclusiva para estas atividades, portaria)	20
		9-Estabelecimento das equipes de M&A na AB no âmbito central e regional dos estados	0
		10-Definição de pelo menos 1 profissional de cada área da NOAS para ser capacitado em M&A	
		1 profissional de cada área da NOAS para ser capacitado em M&A	10
	Promoção de reparos e adequações físicas na estrutura organizacional da SES e Regionais de Saúde	11/12-Realização de reparos e adequações físicas e % dos reparos e adequações físicas previstas nas SES para fortalecer sua capacidade de M&A da AB realizado ou Ampliação da infra-estrutura	
		Não – 0 pontos Sim – 90% ou mais- 25 50 a > 90% - 15 > 50% 10 pontos	25
Aquisição de equipamentos, veículos, mobiliários, informática e outros	13/14-Aquisição de veículos e equipamentos e % aquisição (equipamentos e veículos previstos como necessários ao fortalecimento da capacidade da SES em M&A adquiridos*)		
	Não – 0 pontos- Sim – 80% ou mais 25 pontos- 50 a > 80% - 15- > 50% 10 pontos	25	
Contratação dos Centros Colaboradores em Avaliação da Atenção Básica	15 Contratação e implantação de consultoria especializada em M&A por instituição de ensino e pesquisa		
	Pel o menos 1 Centro colaborador contratado com -1 Cronograma de reuniões, pelo menos 70% dos produtos acordados com o cc alcançados e existência de critério	40	
Apresentação, Discussão e Aprovação da Proposta Metodológica nas instâncias colegiadas de gestão (CIB e CES)	16-Proposta Metodológica de M&A, apresentação, discussão e aprovação .na CIB e CES (p.2)		
	Apresentação, discussão e aprovação .na CIB	20	
Realização da avaliação sobre o alcance final das metas previstas nos três momentos de execução e revisar o Plano Estadual	17 Realização de sínteses avaliativas dos MPF		
	18 Revisão do Plano Estadual com acréscimo da PM (análise documental na 2ª. proposta metodológica)	10	

Quadro 8- Matriz de Avaliação da Dimensão Gestão Técnico-financeira das ações de M&A.

Fonte: Avaliação Formativa

	Atividades	Crerios	Pts
2- Integrao a outros componentes poltica estadual e nacional de institucionalizao do M&A da ateno bsica (intra e intersetorial)	Execuo das estratgias de M&A da ateno bsica junto aos municpios(do Proesf)	19- Execuo de aes previstas na Proposta Metodolgica para Monitoramento e Avaliao da Ateno Bsica aprovada pela CIB, CES e DAB/MS em municpios acima e abaixo de 100.000hab, assessorando a elaborao de 2 propostas de M&A da AB em pelo menos 2 municpios do proesf	
		2 Propostas preliminares de M&A da AB nos municpios do Proesf, construda pelo municpio e assessorado pela SES e CC **	50
	Implementao de estratgias para o fortalecimento do uso do SIAB e Pacto dos Indicadores da Ateno Bsica como instrumentos de planejamento	20-Cooperao tcnica com os municpios na dinamizao do Pacto da AB e no uso do SIAB	
		Sim	25
		21-Anlise das Estratgias utilizadas junto aos municpios para o fortalecimento do uso do SIAB como instrumento	
	Sim		25
		22-Anlise do desempenho dos municpios no cumprimento do Pacto AB e no uso do S	
	Promoao da avaliao das estratgias traadas junto aos municpios para acompanhamento do cumprimento do Pacto de Indicadores da Ateno Bsica e no uso do SIAB	Aprovao da pactuacao da AB na CIB e CES**-	35
		Monitoramento e viabilizao das metas do pacto implantado	
		Sim	20
	Realizao de cooperao tcnica e apoio aos municpios em monitoramento e avaliao	24-Desenvolvimento de aes para construo de sistemas de M&A	
		Sim	30
		25-Assessoria aos municpios pelo menos na implantao do A	
		Sim	25
		26- % de Assessoramento aos municpios na atualizao do	
Pelo menos 40% dos municpios com CNES atualizado	10		
Execuo da avaliao da integrao entre as distintas reas, instrumentos e processos de trabalho vinculados ao M&A da AB na SE	Incentivo e Avaliao da integrao das reas da SES no processo de M&A da AB		
	Relatrio da avaliao das aes realizadas de forma integrada pelos distintos setores da SES **	30	

Quadro 9- Matriz de Avaliao da Dimenso Integrao das aes de M&A.

Fonte: Avaliao Formativa

3- Desenvolvimento da Capacidade Avaliativa e dos Processos de capacitação e M&A	Educação permanente	Promoção de educação permanente paa a equipe técnica de M&A da SES	28-Elaboração de uma proposta de educação permanente em M&A da AB (p.70) pts	pts
			Proposta de educação permanente em saúde para equipe técnica da SES elaborada**	40
			44- Assessoria do CC implantada - critério novo (entrevista com CC)	40
		Capacitação em monitoramento e avaliação para a equipe técnica da SES	29-Realização de cursos em M&Aenvolvendo profissionais do Núcleo coordenador e Áreas da NOAS, AB (p.72)	
			Pelo menos 1 profissional de 70% das Regionais de Saúde capacitado em monitoramento e avaliação em saúde;* <i>Pelo menos 1 profissional de cada área constante da NOAS de âmbito central, capacitado em monitoramento e avaliação em saúde*</i>	50
			30- Elaboração de uma proposta de M&A da AB como produto do processo de capacitações	
			1 Proposta Metodológica construída com participação da AB e 7 áreas* (contendo: metas, indicadores, método de coleta de dados, fontes de informação, frequência de coleta dos dados e método de análise) com 1 Metodologia de monitoramento incluindo i)metas e indicadores ii) método de coleta de dados iii)fontes de informação iv)freq de coleta de dados v) métodos de análise*	40
		Realização de avaliação formativa ao final do momento inicial	31- Realização de momentos processuais de avaliação do projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica (p.67)	
			MPF I realizados- **	20
	Realização de avaliação formativa ao final do momen desenvolvimento	32-Realização de momentos processuais de avaliação do projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica (p.67)		
		MPF II realizados- **	20	
	Qualidade da informação	Melhoria da qualidade dos sistemas de informação em saúde e informatização da rede	33- %% dos municípios do estado, com Programa Saúde da Família e/ou Programa de Agentes Comunitários de Saúde, alimentando regularmente o SIAB nos últimos 12 meses* (p.57)	
			20 pto 80% e +; 15 60 a 80%; 10 pto 40 a >60%; 05 pto até 40%	20
			34 -Elaboração de processos de melhoria da qualidade dos SIS (p.62)	
			Estratégia de melhoria da qualidade elaborada/discutida	30
			35 -Municípios assessorados em outros processos de melhoria da qualidade dos SIS	
	Pesquisas Avaliativas	Participação ou solicitação de pesquisas avaliativas a centros colaboradores	36-Participação da SES na realização dos ELB do Proesf (p.83)	
			Participação da SES nos ELB	15
			37-Solicitação e acompanhamento de pesquisas avaliativas realizadas com auxílio do CC (p.84)	
			Pesquisa avaliativa solicitada	15
			38-1 Plano de avaliação de impacto de intervenção sobre problema prioritário	
	1 Plano de avaliação de impacto contendo: tema, justificativa, perguntas de pesquisa, objetivos, explicação de como os resultados poderiam contribuir com a melhoria do sistema de atenção básica e cronograma de execução*	10		
	Desenvolvimento dos processos avaliativos	3. 1.3.03 Realização da avaliação da situação da AB no estado, conforme proposta elaborada	39-Estabelecimento de categorias de avaliação para classificação dos municípios na realização do diagnóstico situacional da Atenção Básica/ elaboração do Diagnóstico situacional da ABS (p.80	
Diagnóstico situacional da ABS elaborado com classificação de municípios em categorias segundo sua situação (as categorias são estabelecidas a partir de critérios definidos pela SES*			50	
45- Assessoria do CC na avaliação da AB – critério novo			30	

Quadro 10- Matriz de Avaliação da Dimensão Integração das ações de M&A.

Fonte: Avaliação Formativa

mensões	Atividades	Critérios	
4-Produção de Informação e comunicação	Elaboração de Informes sobre a situação da AB no estado, conforme proposta elaborada pelo Estado	40-Produção e reprodução de informes sobre a situação da AB no estado a partir dos processos de M&A da AB (p.85)	Pts
		N. de informes produzidos com a classificação dos municípios em categorias segundo sua situação (as categorias serão estabelecidas a partir de critérios definidos pelas SES).	10
		41-Apresentação do Relatório analítico da situação da Atenção Básica no estado, com avaliação do alcance das metas pactuadas com os municípios (p.86)	
		Pelo menos 1 relatórios apresentados sobre a situação da AB no estado**	30
		42- Elaboração de proposta de divulgação dos resultados de M&A para os municípios (p. 68 e p.90)	
		Divulgação dos resultados do M&A ou pelos menos proposta elaborada para os municípios e gestores.	30
		43- Elaboração de proposta de divulgação dos resultados de M&A para gestores (p.89)	
Divulgação dos resultados do M&A ou pelos menos proposta elaborada para os municípios e gestores.	30		

Quadro 11-Matriz de Julgamento da Avaliação da Dimensão Produção da Informação e Comunicação
 Fonte: Avaliação Formativa

Categoria Operacional	Critérios
Projeto de Governo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saúde como prioridade no Projeto de Governo 2. Projeto de Governo com direcionalidade SUS 3. Propósito do Programa em consonância com o Projeto de Governo (novo)- prioridade da AB e Monitoramento e Avaliação no Projeto Governo; 4. Incorporação do Programa (de Fortalecimento do M&A) ao Projeto de Governo 5. Atuação da SES conforme papel da SES no processo de descentralização 6. Adesão às Funções Essenciais da Saúde Pública (novo) 7. Presença de outras políticas com objetivos complementares ao Programa (Monitoramento e Avaliação) (novo)

Quadro 12- Critérios utilizados para Análise de Contexto

Assim, a Dimensão Gestão Técnico-Financeira envolveu todo o planejamento da implantação, desde o dimensionamento da equipe ampliada até as atividades de prestação de contas junto à coordenação nacional do Programa. Compreende ainda a definição e contratação do Centro Colaborador, instituição de pesquisa que possui o papel de assessoria para institucionalização da avaliação da atenção básica.

A segunda Dimensão, Integração a outros componentes da política estadual e nacional de institucionalização do M&A da atenção básica, contemplou as análises das ações necessárias à implantação do Programa tanto do ponto de vista da articulação entre os setores da SES (intra-setorial) quanto da SES com outras Secretarias (inter-setorial) e com outras instâncias de gestão: municípios e governo federal (interinstitucional).

A terceira Dimensão foi a Desenvolvimento de Capacidade Técnica. Esta agregou as atividades de formação em avaliação, assim como a elaboração da proposta metodológica, estando intimamente ligada à anterior.

Por fim, a quarta Dimensão contemplou a produção de informação sobre o processo de implantação do projeto em curso, bem como as atividades de disseminação da informação dos resultados das ações de M&A da AB.

Neste estudo, os critérios definidos para compor o Projeto de Governo foram: Saúde como Prioridade do Governo, cumprimento da Emenda Constitucional 29 e Projeto da Saúde com uma direcionalidade SUS; Atenção Básica como Prioridade para a Saúde, Adesão ao novo papel das SES no Projeto de Governo. Mantendo a flexibilidade necessária à inclusão de novos critérios que surgiram desde a entrada no Campo, complementou-se com: Adesão às Funções Essenciais da Saúde Pública e Presença de outras políticas com objetivos complementares ao Programa (Monitoramento e Avaliação). Tais critérios encontram-se no quadro 12.

A categoria operacional Capacidade de Governo foi estudada quanto à perícia pessoal do governante (perfil de liderança, conhecimento e experiência em Saúde Pública, Atenção Básica e Avaliação); perfil da coordenação do Programa (perfil de liderança, conhecimento e experiência em Saúde Pública, Atenção Básica e Avaliação); perfil da equipe de governo (conhecimento e experiência em Saúde Pública, Atenção Básica e Avaliação); relação entre equipe técnica e dirigente (conhecendo-se a política de RH), assim como o Organograma da SES: existência de setor responsável pela Atenção Básica e pela avaliação mediante detecção de reformas administrativas. O Funcionamento da AB e demais setores (articulação,

integração, coordenação por operações em relação à departamentalização). Assessoria técnico-política, incluindo a do Centro Colaborador previsto pelo programa; e o uso de Tecnologias de Gestão (Sistema participativo de Planejamento e Avaliação na SES; Sala de situações, planejamento estratégico) consolidarão o cenário contextual (quadro 13).

A categoria operacional Governabilidade foi analisada, sobretudo, pelas relações estabelecidas entre os atores interessados na implantação das intervenções, percebido pelo nível de mobilização no apoio, rejeição e neutralidade que cada um deles mantém diante do programa (quadro 14).

Capacidade de Governo		
Desenho Organizativo	Desenho macro-institucional	
	Existência de uma coordenação da Atenção Básica	
	Existência de um setor de M&A da Atenção Básica	
	Organograma funcional compatível com as funções macro-institucionais	Vértice com PG
Perícia Pessoal do Dirigente	Estabilidade da Direção	Vértice com GOV
	Liderança, conhecimento e experiência da alta direção da SES	Vértice com GOV
	Liderança, conhecimento e experiência da direção do Programa	
	Capacidade da coordenação do programa em gerenciar o Programa (financeiros, legais, normativos)	
Sistema dos microprocessos que regulam a relação entre gerentes e operadores de programas	Respeito às decisões técnicas (novo)	Vértice com GOV
	Envolvimento de Servidos Efetivos no Programa (novo)	Vértice com GOV
	Funcionamento adequado da AB (novo)	
	Conhecimento da Equipe técnica sobre Saúde Pública	
	Conhecimento da Equipe técnica sobre o tema do programa (Papel das SES na Atenção Básica, Avaliação)	
	Experiência anterior positiva da Equipe em M&A (novo)	Vértice com GOV
	Articulação entre os diversos setores da SES	Vértice com GOV
	Funcionamento adequado dos setores externo àquele aonde o programa está alocado (a Atenção Básica) (novo)	
	Política de Recursos Humanos eficiente evitando rotatividade, com suficiência, mecanismos de contratação e formação	Vértice com GOV
	Conhecimento do Programa por parte da SES (novo)	Vértice com GOV
Uso de Tecnologias de Gestão	Reconhecimento da liderança do programa por parte dos envolvidos (novo)	Vértice com GOV
	Sistema da Agenda do dirigente (dinâmico e flexível)	Vértice com PG
	Assessoria técnico-política qualificada	Vértice com GOV
	Capacidade do Centro Colaborador (novo)	Vértice com GOV
	Planejamento estratégico participativo	Vértice com GOV
	Manejo de crises (sala de situações)	
	Gerência por operações	Vértice com GOV
	Sistema de petição e prestação de contas por Desempenho (avaliação)	
	Monitoramento	
	Mecanismos adequados de Comunicação na SES (novo)	Vértice com GOV
Sistema de Execução dos recursos financeiros	Vértice com GOV	
Estrutura	Física	
	Simbólica	
	Valores	
	Estrutura para o Monitoramento e Avaliação nos Municípios (novo)	Vértice com GOV
	Softwares disponibilizado para prestação de contas funcionando bem (novo)	
Sistema de Informação e Informática adequados		

Quadro 13 - Critérios utilizados para Capacidade de Governo na Análise de Contexto

Governabilidade	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autonomia administrativa financeira da SES (Existência de profissional responsável pela gestão financeira do Fundo Estadual de Saúde Realização de empenho e liquidação de pagamento dos processos licitatórios pela SES, Presidência da comissão de licitação da saúde)- Vértice com CG 2. Autonomia financeira da responsável pelo Programa -Vértice com CG 3. Composição intersetorial da coordenação do Programa 4. Legitimidade do núcleo coordenador do Programa- Vértice com PG 5. Boa relação da coordenação do Programa com a Alta Direção da SES- Vértice com PG 6. Boa relação da coordenação do Programa com o setor administrativo-financeiro da SES 7. Boa relação do Centro Colaborador com a coordenação do Programa- afinidades, participação em projetos anteriores 8. Boa relação da coordenação do Programa com os demais setores envolvidos 9. Boa relação do Programa com a Alta Direção da SES 10. Boa relação do Programa com os demais Programas -Vértice com PG 11. Apoio técnico ao Projeto de Governo – Vértice com PG 12. Apoio dos atores envolvidos ao programa (mobilização, participação efetiva) 13. Interesse dos atores pelo programa (adesão, receptividade novo) 14. Envolvimento de setores importantes na gestão do programa: planejamento, financeiro, auditoria... 15. Integração dos atores envolvidos em torno do programa- Vértice com CG 16. Satisfação dos envolvidos com o programa (satisfação e prazer em realizá-lo) 17. Satisfação dos atores com a atuação do Centro Colaborador – Vértice com CG 18. Satisfação do Centro Colaborador com o Programa (percepção de benefícios...) 19. Apoio do CES ao Programa -Vértice com PG 20. Características do programa em favorecer a coesão entre os setores (novo) 21. Boa Relação do Programa com os municípios (novo) 22. Interesse dos municípios pelo tema do Programa (Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica) (novo)- Vértice com CG 23. Boa relação da coordenação do programa estadual com o governo federal - coordenação nacional (novo) 24. Apoio técnico da coordenação nacional à implantação do Programa (novo)- Vértice com PG 25. Apoio político da coordenação nacional à implantação do Programa no âmbito estadual (novo) 26. Satisfação da coordenação estadual do programa com a coordenação nacional 27. Participação do controle social no programa (novo) 28. História de participação da SES na proposição do Programa pelo Ministério da Saúde (novo) 29. Regras de execução financeira do programa compatíveis com a regras nacionais da Administração Pública (novo) 30. Conjuntura política favorável pela congruência entre tempo técnico e político (novo) 31. Características individuais dos atores em participar com afinco dos projetos inovadores (abertura para mudanças) (novo)
------------------------	---

Quadro 14- Critérios utilizados para Análise contextual da Governabilidade

5.5 A análise dos dados

Inicialmente, cada entrevistado recebeu um código para que fosse garantido o anonimato. Para estimação do grau de implantação foi feita a leitura das entrevistas com o intuito de encontrar os critérios definidos para avaliar cada dimensão. Estes receberam uma pontuação por dimensão, cujo somatório é a pontuação máxima do projeto e constituiu o retrato da implantação. O cálculo do grau de implantação foi obtido pela relação entre o somatório da pontuação observada e da pontuação máxima de cada dimensão, multiplicada por 100 (quadro 15). Foi preciso ancorar as falas no padrão de modelo construído como forma de adequação ao padrão definido no Modelo Lógico (GOMES et al., 2005).

Grau Implantação	Pontuação Máxima	Pontuação Observada		
	Σ dos pontos dos indicadores	Σ dos pontos observados pelos indicadores	$(\Sigma \text{ observado} / \Sigma \text{ pontos máximos}) 100$	Grau Implantação Observado
Gestão Técnico-financeira das ações de M&A	250			
Integração com outros componentes da política estadual e nacional de institucionalização do M&A da atenção básica (intra e intersetorial)	250			
Desenvolvimento da Capacidade Avaliativa e dos Processos de capacitação e M&A	400			
Produção de Informação e comunicação	100			
TOTAL	1000			

Quadro 15- Matriz Final da Avaliação.

A partir do escore alcançado, classificou-se o grau de implantação em 4 categorias:

- Implantado – 76 a 100%
- Parcialmente Implantado– 51 a 75 %
- Baixo – 26 a 50%
- Incipiente < 26%

Quanto ao contexto, foi feita uma leitura minuciosa e repetida das entrevistas, considerando as categorias do triângulo de Matus: Projeto de Governo, Capacidade de Governo e Governabilidade. Mas, também, se buscou compreender as idéias nucleares em relação ao contexto e o surgimento de novos critérios que não haviam sido elencados no início da pesquisa. Trata-se de uma análise de conteúdo (BARDIN, 2000) onde durante a leitura das entrevistas procurou-se colocar no lugar de cada ator, seu tempo e suas circunstâncias. Foi preciso ancorar a leitura no referencial teórico adotado contextualizando a produção e o olhar sobre estes dados (GOMES et al., 2005).

Procedeu-se, então, a uma análise de conteúdo temática, adotando como eixos temáticos o Projeto de Governo, a Capacidade de Governo e a Governabilidade, ora denominados categorias operacionais. A entrevista foi utilizada como um todo enquanto unidade de contexto, optando-se pela não determinação da frequência dos "núcleos de significados" que correspondem aos critérios presentes.

Os resultados relativos ao Projeto de Governo, Capacidade de Governo foram apresentados na cor verde quando havia no discurso processos consolidados em favor da implantação do Programa. A cor amarela foi aplicada a processos de mudança ainda não consolidados que potencialmente favorecem a implantação, geralmente traduzidos por informações divergentes entre atores e documentos. Em vermelho, foram destacados processos consolidados que dificultam a implantação e/ou onde não haviam sido encontradas ações efetivas de mudanças, que poderiam, assim, dificultar a consolidação da implantação do programa.

Na categoria Governabilidade, os resultados foram organizados a partir da identificação de convergências (positivas na cor verde, e negativas na cor vermelha) e divergências (cor amarela) encontradas nos discursos em torno dos temas. As convergências negativas foram interpretadas como dificuldades do contexto para implantação do programa, por expressar uma situação de baixa governabilidade. A cor amarela, média e a verde, alta governabilidade.

Houve um trabalho minucioso de usar todo o material coletado nas entrevistas, grupo focal, documento e observação para triangular as informações e ampliar a confiabilidade do estudo.

5.6 Preparando a Generalização dos Resultados a Teorias

Sabendo que da mesma forma que os experimentos, os estudos de caso são generalizáveis a proposições teóricas (generalização analítica), mas não a populações ou universo (generalização estatística), porque não representam uma amostragem; quatro condições para tal generalização teórica foram perseguidas na elaboração do desenho desta pesquisa: **validade interna, validade de constructo, validade externa e confiabilidade.**

A **validade interna** do estudo depende da capacidade do pesquisador de minimizar a presença de vieses que comprometem a exatidão das conclusões de uma pesquisa. A validade interna de um estudo de caso depende de dois fatores: a qualidade e a complexidade da articulação teórica subjacente ao estudo; e a adequação entre o modo de análise escolhido e o modelo teórico (YIN, 1984). Nos estudos de caso, devido às inferências ocorrerem pelas interpretações dos discursos contidos nas entrevistas e documentos, muitas contestações sempre são lembradas. As táticas desenvolvidas para lidar com estas questões são: adequação ao padrão, construção da explanação, tratamento de explicações concorrentes e uso de modelos lógicos (YIN, 2005). Para este estudo, partiu-se da compreensão de que o uso de Modelos Lógicos é uma forma de adequação ao padrão, muito utilizada na avaliação de programas para aumentar a validade interna do mesmo.

Neste estudo, a extensão da mudança será estimada pela medida do grau de implantação e, para sua elaboração, os critérios de avaliação mereceram tratamento especial em busca da **validade de constructo**. Esta validade diz respeito ao conjunto de medidas utilizado pelo pesquisador na coleta de dados para identificar as mudanças ocorridas, objeto do estudo

(YIN, 2005). Os critérios contidos nas matrizes de avaliação da pesquisa foram relacionados ao Modelo Lógico do Projeto (objeto de avaliação) e, obtidos mediante análise dos documentos oficiais. Cada critério manteve correspondência com as atividades do Modelo Lógico. A partir de então, o roteiro de entrevista semi-estruturada da implantação do programa e do grupo focal foram elaborados. Ainda para melhorar a validade de constructo, o modelo lógico foi revisado por informantes-chave e, na coleta dos dados, foram utilizadas várias fontes de evidências.

A **validade externa**, outra questão considerada no desenho desta dissertação, diz respeito à capacidade de realizar generalizações além do estudo de caso imediato. Para Yin (2005) o desenvolvimento de uma estrutura teórica é, mais tarde, o instrumento para generalizar casos novos. Vale lembrar que na generalização analítica o pesquisador está tentando generalizar um conjunto particular de resultados a alguma teoria mais abrangente (teoria sobre as mudanças ocorridas) e não a todos os casos. Esta estrutura teórica não é algo tão sofisticado, trata-se de afirmações como: o estudo de caso mostrará que é necessário um contexto com determinadas características para atingir implantação suficiente do programa. A estrutura teórica deste estudo foram as premissas adotadas no Referencial Teórico.

Por fim, a **confiabilidade** (que diz respeito à possibilidade de outro pesquisador, ou o mesmo, chegar às mesmas conclusões descritas ao final do estudo) foi garantida com a elaboração do protocolo de pesquisa (anexo). Também, os procedimentos do estudo foram documentados e arquivados em um banco de dados, base comprobatória das análises como sugere Yin (2005). Estes procedimentos não são para replicar o estudo em outro local, trata-se de realizar o estudo novamente no mesmo local e chegar às mesmas conclusões. O banco contém todos os dados do relatório do pesquisador.

5.7 Aspectos éticos

Toda a pesquisa obedeceu aos critérios éticos definidos na resolução 196/96 e a portaria 251/97 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto, com

seus respectivos instrumentos de coleta de dados foi submetido ao comitê de ética do IMIP e aprovado em reunião ordinária de 03/08/2006 (protocolo n. 823). Os entrevistados assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, concordando com a participação na pesquisa (anexo C). Foram garantidos a confidencialidade das informações e o anonimato dos entrevistados.

6 RESULTADOS

6.1 O Grau de Implantação do Programa

A aplicação dos critérios para avaliação do Grau de Implantação do Programa revelou que ele estava implantado na SES-SE em 80,8% (Quadro 16). As dimensões com melhores níveis de implantação foram a Dimensão Informação e Comunicação (95%) e a Gestão Técnico-Financeira (91,2%). Apenas a Dimensão Integração estava parcialmente implantada (56%).

Dimensões do Programa	Pontuação Esperada	Pontuação obtida	Percentual	Grau de Implantação
	1000	808	80,8%	Implantado
Dimensão Gestão Técnico-financeira	250	220	88%	Implantada
Dimensão Integração	250	140	56%	Parcialmente implantada
Dimensão Desenvolvimento Capacidade Técnica	400	320	80%	Implantada
Dimensão Informação e Comunicação	100	95	95%	Implantada

Quadro 16 - Grau de Implantação do Programa na SES por Dimensões. Sergipe, 2006.

A aplicação da matriz de julgamento (contendo os critérios e os parâmetros) encontra-se em apenso. Os itens mais escuros se referem aos critérios que não obtiveram a pontuação máxima esperada, revelando assim, os problemas. A análise da aplicação da matriz de julgamento permitiu identificar as atividades que estavam sendo realizadas conforme o normatizado pelo programa, além dos pontos fracos e fortes na implantação.

A Secretaria de Saúde de Sergipe definiu um responsável pelo programa, a gerente da Atenção Básica, como interlocutora junto ao Ministério da Saúde. Definiu também um núcleo coordenador, e setores para compor o núcleo ampliado de M&A, que foi publicado através de portaria. Contratou o centro colaborador e executou os recursos programados. O maior investimento dessa fase inicial foi em reestruturação física e aquisição de equipamentos e veículos.

Nesta Dimensão, as principais ações com problemas foram a prestação de contas no sistema de gerenciamento do Proesf (SGP) e a falta da síntese dos momentos processuais finalísticos. As dificuldades na alimentação do SGP ocorreram tanto por problemas internos quanto externos à SES, como foi o caso do software disponibilizado pelo Ministério. Este possui um tempo para alimentação dos dados curto e o sistema fica fora do ar durante muito tempo.

Um segundo problema foi a falta de agenda e periodicidade de encontro com os membros que compõem o Núcleo Coordenador. Ao que tudo indica, a constituição deste núcleo atendeu apenas a uma regra do programa, mas que, na prática, há dificuldades na gestão intersetorial do mesmo e no desenvolvimento de ações integradas. De fato, a coordenação do programa é realizada pela gerência da atenção básica e pelo gabinete da secretária adjunta.

A falta de um cronograma de atividades na constituição do núcleo ampliado, com encontros sistemáticos de reuniões, foi outro problema encontrado, causado, sobretudo, pela sobrecarga de trabalho dos membros participantes.

A aprovação da proposta metodológica no conselho estadual apenas “*ad referendum*” pode ser identificada como uma falha de participação deste órgão no Programa. Todavia, os documentos referentes ao planejamento do mesmo não deixam de mencionar objetivos e estratégias para fortalecer a participação do controle social, porém ainda não foram implantados. Estes documentos foram a proposta metodológica- produto III do centro colaborador e a avaliação formativa- produto IV.

Embora tenham sido realizados os Momentos Processuais Finalísticos Avaliativos, a síntese não havia acontecido, situação esperada dada que o Programa ainda estava em fase de conclusão. Todavia, pode-se afirmar que processos avaliativos sobre a implantação do Projeto na SES ocorreram e encontram-se documentados no produto IV entregue pelo centro colaborador à SES, intitulado Relatório II e III- implantação da Proposta Metodológica de M&A e avaliação formativa.

Já a Dimensão 2, Integração das ações de monitoramento e avaliação da atenção básica, foi a que obteve o menor grau de implantação, tendo sido

considerada parcialmente implantada. Foi aquela com maior número de atividades com problemas, especialmente quando se tratava da relação da SES com os municípios nas atividades de cooperação e execução de avaliações. Houve êxito nas atividades que envolviam a realização do Pacto de Indicadores da Atenção Básica e a melhoria do Siab (funcionamento e uso). O investimento em processos de avaliação da integração das áreas foi realizado apenas em conjunto a outros processos avaliativos formativos. O contexto político-institucional poderá explicar este resultado, tanto do ponto de vista da Capacidade de Governo quanto da Governabilidade.

A Dimensão 3, Desenvolvimento de Capacidade Técnica, evidencia que a SES-SE realizou as principais atividades: um curso de formação e a elaboração de uma proposta metodológica de M&A da AB. O curso de avaliação foi considerado um sucesso, momento que se conseguiu a mobilização dos atores externos ao setor da atenção básica. Vale destacar que a atenção básica é o setor que oferece mais oportunidades de aperfeiçoamento na SES-SE, atraindo os interessados. Por outro lado, gera um sentimento de exclusão por parte daqueles que não participaram. Isto encontrará explicação na prioridade que atenção básica possui no Projeto de Governo da SES e na falta de uma política de educação permanente de seu quadro de pessoal, elemento que será discutido na análise da Capacidade de Governo do Programa.

Os problemas da Dimensão 3, Desenvolvimento de Capacidade Avaliativa, relacionaram-se às pesquisas avaliativas: falta de participação da SES na realização dos Estudos de Linha de Base do Proesf; pequena ênfase nos relatos sobre a solicitação e acompanhamento de pesquisas avaliativas ao Centro Colaborador, por parte da SES, e a falta de um detalhamento do plano de avaliação de impacto de intervenção sobre problema prioritário, acoplado à proposta metodológica com: indicadores, justificativa, métodos... indicador contido na carta de compromisso.

Vale lembrar que o item pesquisa avaliativa está presente na proposta metodológica e havia uma pesquisa de avaliação de impacto sendo feita: o estudo sobre o impacto do Programa de Saúde da Família sobre a Mortalidade Infantil. Ainda foi definida como prioridade para pesquisa avaliativa, na proposta metodológica, a qualidade do processo de trabalho

das equipes do PSF. Por isso, a SES-SE recebeu uma pontuação nestes critérios, ao contrário da participação nos ELB, onde ela demonstra insatisfação por não ter recebido, sequer, o relatório da pesquisa.

Nesta dimensão foi identificada a falta do auxílio do centro colaborador na operacionalização da avaliação da AB em conjunto com a SES-SE junto aos municípios. A expectativa identificada é que esta operação ocorrerá na próxima fase com o Proesf 2.

A Dimensão 4, Produção de Informação e Comunicação, foi a mais bem avaliada e revela que há proposta de divulgação dos resultados. Os critérios utilizados para avaliar esta dimensão exigiam apenas elaboração de propostas e informes sobre a situação dos municípios, assim como a divulgação da situação dos mesmos considerando classificação definida pela Proposta Metodológica. Como a SES não havia conseguido chegar ao desenvolvimento total da proposta metodológica, a produção de informes sobre a situação da AB no estado ficou prejudicada. Todavia, vale ressaltar que eram enviadas cartas aos municípios sobre situação no Pacto da AB.

A SES reconhece a dificuldade interna de comunicação entre os setores e por isso, preocupa-se em desenvolver propostas de melhoria. De acordo com a proposta metodológica, e os discursos das entrevistas, estão previstas as seguintes atividades, para ampliar conhecimento do Programa na SES:

- a) Criar home-page do Plano Estadual de M&A da AB de SE;
- b) Editar pela gráfica do estado a Proposta Metodológica a ser distribuída para municípios parceiros federais, estaduais e universidades;
- c) Colocar na página da secretaria, mostrando todos os projetos que a atenção básica realizou durante esse período, pra divulgar os trabalhos dos técnicos;
- d) Divulgar a proposta metodológica do estado de SE;
- e) Realizar eventos de divulgação e retroalimentação (Mostras Estaduais);
- f) Entregar análise da situação de saúde pro Ministério formatada, pra os gestores dos municípios do estado de SE, pra cada profissional, cada equipe de saúde da família do estado;

6.2 O Contexto Político-Institucional da Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe

6.2.1 O Projeto de Governo

Os resultados encontrados (quadro 17), pela sistematização das falas dos atores e dos achados da análise documental, demonstram que o Projeto de Governo possui elementos favoráveis à implantação do Programa. Quase todos foram sinalizados na cor verde.

A destinação de recursos financeiros para o desenvolvimento de ações em saúde foi tomada como uma ação que sinaliza a **prioridade de uma gestão com a Saúde**. A Emenda Constitucional 29/2000 prevê um percentual da vinculação orçamentária de suas receitas dos governos federal, estaduais (12%) e municipais (15%) para o Sistema Único de Saúde e seu cumprimento demonstra um compromisso do governo com o setor saúde.

Num cenário onde foi fixado o limite mínimo de 10% de vinculação orçamentária para os estados em 2003, Sergipe encontrava-se entre os 10 estados que conseguiram cumprir a meta contida na Emenda Constitucional 29.

O único processo que ainda não estava fortemente consolidado (cor amarela) foi a direcionalidade SUS do Projeto de Governo. Na Secretaria Estadual de Sergipe, o compromisso assumido com o SUS foi “consolidar o Modelo de Atenção orientado pela Vigilância em Saúde”. O conteúdo dos documentos permite afirmar que Política Estadual de Saúde de Sergipe adota um Projeto de Governo com certa direcionalidade SUS, mas podendo se apontadas algumas faltas.

O acesso universal, a integralidade da atenção, com a gestão descentralizada e os processos de regionalização foram identificados. As diretrizes prioritárias do Plano Estadual de Saúde 2004-2007 dividem estas diretrizes em dois compromissos: a Gestão Descentralizada do SUS e a Atenção Integral à Saúde.

A Gestão Descentralizada do SUS foi formulada com ênfase na regionalização integrada da assistência à saúde, do fortalecimento dos

processos de pactuação entre as diferentes esferas de gestão; do respeito às normas constitucionais e institucionais e aos limites de atuação do gestor estadual no âmbito de sua Governabilidade (SERGIPE, 2005). A busca pela Atenção Integral à Saúde, por sua vez, encontra na proposta de ampliação do acesso, no incentivo à participação popular e ao controle social, as ações necessárias à viabilização deste compromisso (SERGIPE, 2005). Tanto a melhoria da qualidade quanto o acesso aos serviços de saúde são conteúdos explícitos das Agendas Estaduais da Saúde, como demonstram os itens a seguir:

- I - Reduzir a Taxa de mortalidade infantil e materna
- II - Prevenir e controlar doenças e agravos prioritários
- III - Reorientar o modelo assistencial e melhorar o acesso e qualidade das ações e serviços de saúde**
- IV - Melhorar o Acesso e a qualidade das ações e serviços de saúde**
- V - Melhorar a Gestão e implementar a descentralização das ações e serviços de saúde
- VI - Desenvolvimento de recursos humanos do setor saúde
- VII - Qualificação e controle social
- VIII - Articular parcerias governamentais e não governamentais
- IX - Gestão democrática (apenas em 2003)
- X - Fortalecimento da Assessoria de Comunicação Social (apenas em 2004) (SERGIPE, 2005).

A seguir, são apresentados os achados num quadro, assim como os discursos e achados da pesquisa que ilustram tais interpretações.

CRITÉRIOS	DISCURSO
Saúde como prioridade no Projeto de Governo	Sergipe atingiu 10,7% da vinculação orçamentária em 2003 e, por isso, cumpriu a meta prevista na EC 29
Propósito do Programa em consonância com o Projeto de Governo 1- Atenção Básica como Prioridade de Governo	Consta como prioridade no Plano Estadual de Saúde 2004-2007, nas Agendas de Saúde 2003-2006, nos Relatórios de Gestão 2003 e 2004 ... a Secretária da Saúde quando assumiu em 2006, definiu na agenda estadual que a reorganização da atenção a saúde deveria ser pela atenção básica, através da estratégia Saúde da Família. E ficou consolidado isso (E1). ... o governo federal não tinha uma política de investimentos para estados na AB definida [...], então foi criado o PROESF, para municípios com mais de 100 mil habitantes [...] e depois para as coordenações estaduais (GF). Agora tem recurso para atenção básica dentro do Prodoc da UNESCO (E2) O secretário no final de 2004 disse: eu preciso saber quanto é que eu preciso deixar para a atenção básica investir nos municípios e pediu pra botar no orçamento de 2005. Eram 16 milhões que o Estado precisaria ter nos cofres, se todo mundo aderisse ao Pró-saúde e tivesse direito a receber...(E2)
Propósito do Programa em consonância com o Projeto de Governo 2- Presença do Monitoramento e Avaliação no Projeto Governo	O Monitoramento e Avaliação em Saúde constituem um capítulo do Plano Estadual de Saúde 2004-2007 como uma das prioridades, compreendendo: Institucionalização do monitoramento e avaliação; informação para tomada de decisão; avaliação da eficiência, efetividade e eficácia das estruturas, processos e resultados referentes aos riscos, danos acesso e satisfação do cidadão No Relatório de Gestão 2004, monitorar e avaliar os municípios com ESF (85% da cobertura populacional), Avaliação do nível de satisfação dos usuários com a ESF, Premiar os municípios com melhor avaliação, Implantar o processo de acreditação e Implementar o Pró-Saúde, aparecem como metas.
Incorporação do Programa de Fortalecimento ao Projeto de Governo	Pela portaria, foi o gabinete da Secretária Adjunta que começou puxando o monitoramento e avaliação em 2003, desde que assumiu (E2). Já tinha uma decisão política, uma vontade política de fazer acontecer, e o projeto acho que veio fortalecer, e dentro da própria secretaria, acho que quem mais se incorporou, foi a coordenação da atenção básica (E6)
Atuação da SES conforme papel da SES no processo de descentralização	Tem sido muito enfatizado que o estado assuma o seu papel enquanto regulador do sistema e a questão da regulação. Apesar da gente ainda não ter deslanchado na função reguladora da SES no estado do Sergipe, tem tentado se investir muito nesse processo (E3).
Adesão às Funções Essenciais da Saúde Pública	...eu acho que tem sido três as grandes prioridades da gestão. Uma delas eu acho é regulação. Acho eu que a falta de prioridade de regulação, de controle e avaliação das políticas como um todo, que se você for analisar em essência é a grande função do estado hoje (E3).
Presença de outras Políticas e programas com objetivos complementares ao M&A	Ciência e Tecnologia e Comunicação contidos nos Relatórios de Gestão e Plano Estadual de Saúde
Projeto de Governo com direcionalidade SUS	As diretrizes prioritárias do Plano Estadual de Saúde 2004-2007 assumem dois compromissos: a Gestão Descentralizada do SUS e a Atenção Integral à Saúde. Ainda, a melhoria da qualidade e o acesso aos serviços de saúde são conteúdos explícitos das Agendas Estaduais da SaúdeFortalecimento do Controle Social (Plano Estadual de Saúde 2004-2007; Relatórios de Gestão 2003, 2004) 83% das atividades propostas pelo Controle Social não foram realizadas (RG, 2004) - Equidade- ausência do termo nos documentos oficiais analisados.

Quadro 17- Falas dos atores e achados da análise documental considerando os critérios analisados no **Projeto de Governo**.

Embora a intenção de fortalecer o controle social tenha sido referida em vários documentos oficiais, tais como o Plano Estadual e a Agenda de Saúde, a efetivação destas ações ainda não estava consolidada na SES. Ocorreram a realização de conferências, capacitação e implantação da ouvidoria do Conselho Estadual de Saúde (CES) (SERGIPE, 2003, p. 174, 2005, p. 83) bem como, o fortalecimento das instâncias de pactuação como a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), CES e Conselho Municipal de Saúde (CMS). Em relação ao Controle Social, 2004 foi um ano no qual 83% das atividades propostas não foram realizadas. Foi mantida, apenas, o acompanhamento dos recursos estaduais pelo Conselho Estadual de Saúde (SERGIPE, 2004a).

No quesito Equidade, uma pequena referência é feita à questão da Justiça Social (SERGIPE, 2005, p. 73) tendo sido pouco percebidas políticas que assumiam o objetivo da Equidade, de forma explícita nos documentos oficiais analisados.

Em 2003, a SES-SE toma a Atenção Básica como “eixo organizativo do modelo de Atenção à Saúde, sendo o PSF sua estratégia operacional”. Assume, assim, a prioridade da reorganização da atenção básica com vistas à reorientação do modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde. Ela passou a constar como prioridade no Plano Estadual de Saúde 2004-2007, nas Agendas de Saúde 2003-2006, nos Relatórios de Gestão 2003, 2004 e nos discursos dos técnicos e gestores entrevistados na pesquisa.

Sendo assim, pode-se afirmar que a Estratégia Saúde da Família torna-se prioridade do Projeto de Governo do Estado desde 2003, antes da implantação do Programa, confirmado em todos os discursos. Está vinculada ao compromisso III de Reorientar o Modelo Assistencial e Melhorar o Acesso e a Qualidade das Ações e Serviços de Saúde (SERGIPE, 2005, p. 24).

A destinação de recursos próprios do tesouro estadual para os municípios consolidarem o Programa de Saúde da Família ocorreu mediante Decreto estadual nº 22.111 de 18/08/2003 que instituiu o Programa e Organização da Atenção Básica- Pró-Saúde. Este define como critérios de participação dos municípios: cobertura do PSF superior a 70%, cumprimento dos princípios organizativos do PSF, especialmente a Carga Horária de 40 horas dos profissionais. O objetivo é investir no desenvolvimento e expansão

do PSF. Em 2006, o estado se torna um dos que apresenta uma maior cobertura do PSF (97%) (SERGIPE, 2004b; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2006). Este fato fortalece a afirmativa de que a Atenção Básica faz parte do Projeto de Governo.

Vale destacar que o Pró-Saúde (iniciado em 2003) já inclui um componente de Monitoramento e Avaliação (M&A) em seu desenho, revelando o reconhecimento da importância do tema para a SES no período avaliado. E ainda, a existência de atores com esta capacidade no campo da Avaliação.

Antes de apresentar a incorporação do Programa ao Projeto de Governo, resultados encontrados demonstraram que a SES-SE já havia iniciado, antes da adesão ao programa, um movimento em favor da avaliação. A própria elaboração do Pró-Saúde é baseada numa avaliação com a participação dos municípios. Referências feitas às ações de avaliação passam a constar no Relatório de Gestão de 2003. O M&A apresenta-se relacionado ao processo de acreditação das ESF e à avaliação do processo de trabalho e da infra-estrutura das Unidades Básicas de Saúde. Ou seja, a avaliação é tema relevante para gestão estadual já em 2003, antes da chegada do PFCT SES M&A AB, e a insuficiente institucionalização da avaliação, percebida como um problema de gestão a ser solucionado em 2004, o que revela a influência do Programa pela adoção do termo institucionalização.

Assim, o **Propósito do Programa estava em consonância com o Projeto Governo**. Ou seja, a idéia de institucionalizar a avaliação em saúde na SES encontrava-se consonante com os seus desejos. O projeto é referido por todos os entrevistados, como um Programa que faz parte do Projeto de Governo da Secretaria Adjunta, mas que está consonante com as necessidades dos setores.

O Plano Estadual de Saúde ao tratar da Atenção Integral à Saúde, destaca que o Plano Estadual de Monitoramento e Avaliação da AB tornar-se-ia operação estratégica para o alcance da integralidade. Neste mesmo documento, o Monitoramento e Avaliação são tomados como um dos eixos prioritários das ações da SES-SE (SERGIPE, 2005). Isso pode ser confirmado, uma vez que o Plano Estadual de Saúde (2004-2007) reserva um

capítulo inteiro para a análise dos problemas de Monitoramento e Avaliação. Esse fato constitui um elemento do vértice do triângulo de governo entre o Projeto e Capacidade de Governo. Neste sentido, os problemas da Capacidade de governo assumidos pelo Projeto de Governo são: a inadequação dos instrumentos de acompanhamento e avaliação, com fragilidade das estruturas institucionais para análise e avaliação; a avaliação das políticas públicas ainda enfatiza os processos e não os resultados (SERGIPE, 2005).

As Prioridades contidas no Plano Estadual de Saúde 2004-2007 estão no Capítulo IV- Monitoramento e Avaliação em Saúde e compreendem: Institucionalização do monitoramento e avaliação; retroalimentação das informações; informação para tomada de decisão; mecanismos de comunicação com a população; avaliação da eficiência, efetividade e eficácia das estruturas, processos e resultados referentes aos riscos, danos acesso e satisfação do cidadão ((SERGIPE, 2005, p. 79).

As demais prioridades se encontram no capítulo relativo à Atenção Integral: “Implantar o Plano Estadual de Monitoramento e Avaliação da AB através do Proesf” (SERGIPE, 2005, p. 87). Esse achado aponta que o **Programa foi incorporado ao Projeto de Governo**, já em 2004, sendo este, outro elemento explicativo de um contexto favorável à implantação.

Vale ainda comentar que o termo cultura avaliativa foi rapidamente incorporado ao Plano Estadual de Saúde como “Forte consciência de se instalar uma cultura avaliativa e de monitoramento, diante do planejamento projetado pela Agenda Estadual de Saúde” (SERGIPE, 2004a, p. 125). Outras operações como a análise sistemática do Pacto de Indicadores e dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) constituíram-se em caminhos para a institucionalização do Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (SERGIPE, 2004a, p. 87).

A análise documental demonstrou que **a presença de políticas na SES com objetivos semelhantes ou complementares ao Programa pode se tornar elemento facilitador da sua implantação**. Assim, a presença de políticas de investimento na melhoria da Capacidade de Governo que estavam sendo implementadas pela SES-SE à época da pesquisa, e podem

ser apontadas como mais um elemento favorável à implantação do Programa de Fortalecimento da Capacidade Técnica da Avaliação.

Este é o caso do compromisso percebido na **atuação em conformidade com as funções essenciais da saúde pública** e com o **papel da gestão estadual na organização do sistema de saúde**, sejam nos processos de descentralização e regionalização, sejam nos processos de pactuação. De um modo geral, o grande compromisso verificado foi com as diretrizes da Descentralização e Regionalização, demarcadas pelo intenso debate quanto às Funções Essenciais da Saúde Pública (FESP) e ao Fortalecimento do Papel do Gestor Estadual. Esse processo é mencionado por todos os entrevistados.

Havia presença de outras intervenções no contexto, cujos objetivos eram complementares e podiam se coadunar a este novo programa influenciando favoravelmente a sua implantação. Este foi o caso da discussão sobre as Funções Essenciais da Saúde Pública, os processos de Gestão do Conhecimento (fortalecimento da Comunicação), as políticas voltadas para o planejamento e informação em Saúde com a proposta da Sala de Situação e ainda, a proposta de implantação do Núcleo de Ciência e Tecnologia (SERGIPE, 2004a, p. 62). Estes se tornaram importantes destaques no cenário dos propósitos de governo, fortalecendo o papel do estado na gestão do SUS e, simultaneamente, contribuindo para a institucionalização do monitoramento e avaliação na SES-SE.

A implicação do Propósito sobre a Capacidade de Governo pode ser vista em pequenas reformas administrativas na SES. A avaliação sobre as funções essenciais se consubstanciou numa proposta de reforma da estrutura organizacional, para fortalecer a Capacidade de Governo no desempenho destas funções (SERGIPE, 2003).

6.3 Capacidade de Governo

A Capacidade de Governo (CG) compreendeu o Desenho Organizativo da SES, a Perícia Pessoal do Dirigente e da Coordenação do Programa, os

Microprocessos das relações entre Dirigente e Equipe Técnica e o Uso de Tecnologias de Gestão. Os quadros a seguir revelam que preponderam fatores favoráveis, mas podem ser percebidos elementos dificultadores (cor vermelha) que restringem a implantação em sua totalidade.

6.3.1 O Desenho Organizativo

A Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, à época da coleta de dados (2006), estava habilitada na condição de Gestão Plena do Sistema pela NOAS/2002, ratificando o interesse em assumir o papel de gestor estadual na descentralização. As regionais de saúde, ainda existentes na estrutura das SES, estavam desativadas e foram repassadas para os municípios, onde funcionam as atuais secretarias municipais. Tendo em vista o pequeno tamanho do Estado, a SES entendeu que não havia necessidade da manutenção de tais estruturas administrativas para o desenvolvimento das ações de cooperação técnica com os municípios. Elas funcionavam quando o estado era responsável pela prestação de serviços (SERGIPE, 2004c).

As falas dos entrevistados revelam que a SES-SE passava por uma reestruturação administrativa que adveio da discussão sobre as Funções Essenciais da Saúde Pública liderada pelo Conass em parceria com a SES. A assessoria técnica também foi responsável por isso. Existiam, então, três organogramas: o antigo, a nova proposta (ainda não aprovada) e o organograma funcional baseado na nova proposta, onde a secretária adjunta tomava um lugar de destaque. No antigo organograma, o Conselho Estadual de Saúde era a instância superior da então “Secretaria de Estado da Saúde e Bem Estar Social”. A secretaria era composta por Departamentos, Divisões e Seções. Existia uma Divisão de serviços básicos ligada ao Departamento central da saúde, assim como a Divisão de epidemiologia.

Na nova proposta, a Secretaria de Estado da Saúde contempla o gabinete, a secretaria adjunta, a assessoria de comunicação e a divisão de planejamento. A SES passaria a funcionar com quatro superintendências: administrativa e financeira; regulação, vigilância e auditoria; de gestão de

políticas de saúde e a da ciência tecnologia e desenvolvimento de recursos humanos. Foram criadas ainda as gerências, as coordenadorias e assessorias. A gerência de apoio à organização da atenção básica ficou subordinada à gerência geral de gestão e políticas de saúde, com uma coordenadoria de acompanhamento e avaliação dos resultados. A saúde da criança, mulher, bucal, adolescentes, vigilância nutricional, além dos agravos não transmissíveis ficaram na atenção básica. A nova proposta expressa a relevância que a atenção básica assumiu, sendo a maior das três gerências (quatro coordenadorias e doze assessorias). A gerência de políticas especiais e ações de saúde ficaram com cinco coordenadorias e nove assessorias; a gerência de políticas de saúde com três coordenadorias e duas assessorias, incluindo uma de monitoramento e avaliação.

A mudança na estrutura administrativa expressa um investimento da SES-SE no Projeto de Governo sob três propósitos: o fortalecimento da atenção básica, a atuação enquanto gestora estadual do sistema e a própria institucionalização da avaliação, uma vez que foram criadas coordenadorias e seções de monitoramento e avaliação nas SES e na Atenção Básica.

A situação ainda não oficializada da mudança no organograma foi destacada em amarela (quadro 18) como expressão de uma situação que ainda não se encontrava consolidada. No entanto ela não chega a comprometer a Capacidade de Governo, de modo a determinar problemas na implantação do Programa. Ao contrário, surge como uma situação favorável à implantação. Por isso, pode-se observar que esse desenho organizativo pode favorecer a implantação do Programa pelo fortalecimento da atenção básica e pela criação de estruturas direcionadas ao monitoramento e avaliação e, monitoramento e avaliação da atenção básica. Falta, todavia, a aprovação legal, adiada pelas mudanças de secretários de saúde ocorridas na SES.

Considerando a nova proposta, as falas revelam que o funcionamento da SES está na dependência de cada setor. Uns se articulam mais, outros menos. Em sua maioria, orientam-se pelo organograma novo, não oficial.

Categorias	Achados	Evidências
Existência de uma coordenação da Atenção Básica	Criação de uma coordenação de Atenção Básica setor da Atenção Básica	A coordenação onde hoje é a gerência da atenção básica, na verdade, era coordenação apenas do PACS/PSF. Hoje, trouxe todas as áreas técnicas para dentro, pensando na integralidade da gestão (E2). Amplia neste ano a Coordenação do PSF para Coordenação Estadual da Atenção Básica, incorporando as áreas técnicas de saúde da criança, saúde da mulher, saúde bucal, doenças e agravos não transmissíveis, (diabetes mellitus, hipertensão arterial, prevenção do câncer, combate ao tabagismo), saúde do idoso, PACS e PSF (Sergipe. Relatório de Gestão, 2003)
Existência de um setor de M&A da Atenção Básica	Há uma coordenação da avaliação da atenção básica com dois técnicos de nível superior	...Porque (a coordenação de acompanhamento e avaliação) ela faz uma análise do nosso trabalho, dos nossos dados, e ela socializa isso... o pacto da gestão básica, foi assim uma coisa maravilhosa.. (GF) (Ela) que coordena o acompanhamento e avaliação, e que eu estou assessorando. Eu tenho dito a ela que começou especificamente com ela e eu, ela sozinha
Organograma compatível com as funções macro-institucionais	Presença de um organograma oficial (em desuso) Presença de uma proposta em funcionamento, não aprovada na Assembléia	Se a gente for considerar a estrutura que a gente tá virtualmente utilizando, como se fosse real, o novo organograma, eu acredito que sim. Agora, na estrutura anterior, eu acho que fica uma coisa fragmentada e fica complicada. (E8) Acho eu que a falta de prioridade de regulação, de controle e avaliação das políticas como um todo, que, se você for analisar em essência, é a grande função do estado hoje. Então se a gente pegar a regulação da assistência como um todo, a regulação dos parâmetros assistenciais, tirando aqueles indicadores da atenção básica, não sei as outras secretarias, mas a nossa secretaria de estado é muito fraca (GF).
Desenho macro-institucional	Adesão a um Pacto de Gestão- Habilitação em Gestão Plena do Sistema Estadual (NOAS 2002) Tentativa de instalar um modelo gerencial consensual. Predominância da departamentalização	Plano Estadual de M&A da Atenção Básica refere habilitação do Estado segundo a NOAS A agenda estadual de saúde não foi construída dentro do gabinete, foi construída por todos os técnicos da secretaria e dos municípios. Os secretários foram chamados pra ser ouvidos [...], teve oficinas internas pra escutar qual era a necessidade, qual era a demanda pra saúde do estado (E1). Nada é feito na secretaria, sem que todos participem (GF) Mas os setores, dependendo da dinâmica de cada setor. Há um setor mais fragmentado, ainda vivendo da lógica da caixinha e outros conseguiram.... ser uma coisa mais integral (E11)

Quadro 18- Categorias, achados da análise documental e falas dos atores considerando os critérios analisados no Desenho Organizativo da Capacidade de Governo.

6.3.2 Perícia Pessoal do Dirigente e da Coordenação do Programa

Durante os primeiros anos do governo (2003-2004) o estado passou por mudanças de secretários na pasta da Saúde. De acordo com todos os entrevistados (quadro 19, p. 74), eles não tinham entendimento do SUS. O primeiro era da área da saúde, médico anestesista. O segundo, advogado. O terceiro, e então secretário, administrador de empresas. Essas mudanças provocavam uma dificuldade em manter uma política macro para o estado. Todavia, a atenção básica ficou “resguardada”, uma vez que a secretária adjunta assumiu o papel de orientadora dos secretários, explicando a cada um deles o funcionamento da secretaria e as diretrizes políticas, incluindo a importância da reorganização da atenção básica.

O perfil de liderança da secretária adjunta, somado ao seu papel, favoreceu a aproximação das áreas em torno do Programa, ou seja, a Governabilidade, sendo este ponto mais um vértice do triângulo. A manutenção de uma diretriz para o Projeto de Governo da Saúde, centrada na atenção básica, reforçava a atuação da secretária que convencia cada novo Secretário da relevância de um modelo de atenção à saúde com ênfase na reorganização da mesma. Esse fato é mencionado por todos os entrevistados, tendo sido destacadas no quadro 18, algumas falas relevantes. Ou seja, apesar das mudanças de secretário, a permanência de um ator com conhecimento técnico sobre o SUS, avaliação e com experiência na atenção básica manteve esta política em crescimento, podendo ser compreendida como elemento favorável à implantação.

Oficialmente, a coordenação geral é da Secretaria Adjunta, sendo que o setor responsável pela execução é a gerência da AB (portaria Sergipe nº 1793 de 24/10/2006). Esta decisão teve o intuito de favorecer a Governabilidade do processo de implantação do Programa na SES e agregar os atores em torno do mesmo, tornando-o diretamente ligado a Alta direção da SES. Esses elementos da Capacidade de Governo também ampliam a Governabilidade. Com a responsabilidade de condução do Programa e a excelente relação destes dois atores, estabelece-se proximidade com o Gabinete.

A Atenção Básica está à frente dentro da SES da organização da estrutura mínima necessária em termos de recursos humanos, recursos logísticos, a questão da organização de todos os eventos (E3)... embora a coordenação geral fique com o gabinete. Até porque a gente tem uma coordenação dentro, de acompanhamento e avaliação de resultado da atenção básica, então, de qualquer maneira a gente tá fazendo monitoramento, entendeu? (E2).

A gerência da AB possui capacidade para gerir os recursos do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família-Proesf, confirmada pela elaboração dos planos inicial, operacional e de aquisição, e especialmente na capacidade de mobilizar parcerias dentro da SES. Este ator possui total autonomia financeira, outro elemento favorável à implantação:

Eu que sou a responsável por botar a roda para girar. E assim, eu tenho plenos poderes pra definir que o recurso do Proesf, aonde é que eu preciso pra fortalecer a atenção básica do estado, e nenhum momento houve nenhuma interferência. Que, que eu preciso? Ninguém nunca disse nada diferente... Nem do financeiro, nada (E coordenação).

Apesar disto, há certa dificuldade no uso de tecnologias de informática:

A gente tinha ido para um evento da Atenção Básica, e a tarde tinha ficado reservada a exatamente para isso, para ensinar como a alimentar o POA e a PA. De elaborar mesmo, de elaboração. Então deu uma visãozinha... Mas pra mim que não tinha nenhuma visão de informática, foi muito mais difícil. Mas conseguimos (E coordenação)

Ainda se pode afirmar que tal coordenação é constituída por um Núcleo Coordenador (previsto pelo termo de referência do Programa), denominado de Comissão Executiva (portaria Sergipe n. 1.793). Fazem parte deste núcleo, além da Atenção Básica: a coordenação de informação em saúde, a vigilância em saúde, a vigilância epidemiológica e a vigilância sanitária, faltando, no entanto, uma maior integração entre eles. A atual conformação já faz parte da proposta de reorganização, pois inicialmente, o núcleo coordenador era muito grande e dificultava a operacionalização das ações.

...É uma grande dificuldade a integralidade dos três setores, pois são pessoas, que cada um pensa de um jeito. E assim, tem que respeitar as diferenças Então essa é uma coisa que tem que ser construída realmente, coletivamente, não pode ser diferente (E2)

Vale destacar que tais setores não se sentem coordenadores do Programa. Eles atribuem esta função à secretaria adjunta e à gerência da atenção básica. Trata-se ainda de um cumprimento das exigências da coordenação nacional do programa.

Outro fator importante a destacar é a experiência anterior dos que compõem o núcleo coordenador. Há atores com experiência em avaliação há algum tempo, e outros que consideram a iniciativa inovadora. Atividades encorajadas pelo Ministério da Saúde, a exemplo do Monitoramento das Equipes de Saúde da Família, são referidas no elenco de experiência dos mesmos:

...o Ministério tinha feito em 2002, uma avaliação normativa das equipes da saúde da família, que na época, quem tinha participado foi a Secretária Adjunta, pelo Ministério, o coordenador da informação e uma consultora nossa. Então, já havia algum tipo de experiência em avaliação (E2). Antes de todo esse movimento do PROESF, nós já tínhamos feito uma avaliação da situação básica dos municípios, e já tinha sido criado um setor de pró-saúde aqui. Na realidade, nova não é. Vamos dizer assim..., quando eu vim do Paraná comecei a trabalhar com avaliação. Então eu sempre trabalhei essas coisas de fazer, de tentar fazer uma análise das coisas... Mas uma coisa muito incipiente. Pra fazer tipo uma avaliação do que está sendo feito, mas propriamente uma especialização ou um projeto, não. Essa é uma experiência nova (E4).

O quadro 19 a seguir apresenta a interpretação favorável do contexto diante dos achados.

Categories	Achados	Evidências
Estabilidade da Direção	Permanência do Secretário	... Porque nós tivemos três secretários de saúde... E isso você sabe que de certa forma afeta
	Permanência da AS	Então, sempre quem vinha segurando a barra mesmo era a Secretária Adjunta. Quando ela conseguia junto conosco fazer com que o secretário entendesse o funcionamento da secretaria, a importância da atenção básica, e tudo mais, então, houve outra mudança (E5). Então, eu acho que do ponto de vista da gestão, a Secretária é a gestora do sistema (E5)
	Permanência do coordenador do programa	Os atores foram a atenção básica, tendo na frente mesmo, a secretária adjunta (E10)
Perícia pessoal do Governante Liderança, conhecimento e experiência	Secretário de Saúde	... Secretários que não tinham entendimento do SUS. O primeiro era da área da saúde. Era médico anestesista. Ele acaba não concordando por não ter conhecimento É um processo muito complicado por não entender nada de saúde. Pra ele, tanto faz como tanto fez, essa é a minha visão (E4). E quando ele pensa em saúde, pensa em hospital... (E6)..
	Secretária Adjunta	... Em função de a Secretária adjunta permanecer e ser da área acha que favoreceu muito e favorece para que a atenção básica se sobressaia diante das outras áreas técnicas da secretaria (E3) Eu não consigo ver outra pessoa no estado que tenha o entendimento que (a Secretária Adjunta) tem de Saúde Pública, de Saúde Coletiva e assim, com a maneira simples... (E2)
	Coordenação da Atenção Básica	Ela [entrevistada se refere – coordenadora da Atenção Básica] realmente consegue fazer uma liderança de uma forma muito ágil assim, sem imposição, fazendo com que todo mundo tenha muita atenção, muito carinho, porque ela consegue assim, sabe? Permeiar todas as áreas, sem criar nenhum atrito, como também a secretária adjunta, é uma pessoa muito, muito permeável, muito flexível, sem imposição nenhuma, aí todo mundo faz as coisas com muito gosto, com muito prazer. É uma coisa nata (E6)
Capacidade de Gerir o Programa		Em 2004, a gente elaborou três propostas, até que a final foi aprovada, hoje a gente viu o quanto a gente conseguiu avançar. (E2) Depois da elaboração da proposta, elaborar o POA, o PA... (E2)... A gente conseguiu fazer a contratação (centro colaborador). Depois foi a elaboração da proposta, que a gente pensou: meu Deus, onde isso vai dar mesmo? Era tudo muito novo para todo mundo... (E2)O projeto de monitoramento e avaliação foi feito num grande grupo, que seria uma comissão envolvendo todas as áreas da secretaria, todas: saúde mental, AIDS, todo mundo, não podia dizer que não, porque era uma das grandes questões da secretaria, era que as coisas eram resolvidas nos gabinetes e que os grupos não sabiam, não participavam, aí era assim, chama todo mundo.

Quadro 19- Perícia pessoal do governante (liderança, conhecimento e experiência)

6.3.3 Os Micros- processos das relações entre Dirigente e Equipe Técnica

O sistema que orienta as relações entre gestores e técnicos foi outra dimensão analisada na Capacidade de Governo (quadros 20 e 21). Envolveu a pesquisa sobre a situação da política de recursos humanos, o conhecimento da equipe técnica e o respeito existente entre equipe técnica e gestora. Foi possível observar que há um respeito pelas decisões técnicas na secretaria como um todo, tendo havido a participação de servidores efetivos na capacitação em monitoramento e avaliação ofertada pelo programa. O perfil de envolvimento em projetos do “pessoal da atenção básica” é enfatizado por alguns entrevistados, situação que parece ser difícil de ser encontrada nos outros setores da secretaria.

A Atenção Básica ainda acumulou recursos políticos que promoveram mecanismos capazes de manter mais profissionais trabalhando, através de celebração de convênios com órgãos de apoio (UNESCO, Ministério, Conass...). Isto favorece a implantação, uma vez que mesmo com a alta rotatividade presente na SES, a atenção básica consegue uma permanência maior dos técnicos. Entretanto, esta permanência está vinculada a manutenção de contratos de serviços. Não foi realizado concurso para isto. Esta situação é resultante de um Projeto de Governo e da perícia pessoal da direção que procura viabilizar uma estrutura necessária aos propósitos do governo para com a AB.

Há uma experiência anterior ao programa no campo da avaliação, embora não tão sistematizada quanto à atual. Por elas não terem sido consolidadas, este item foi sinalizado na cor amarela. Em algumas entrevistas, não foram positivas pelo caráter muito mais punitivo da atuação dos atores implicados que indutor de mudanças em prol de melhoria do objeto avaliado. Assim, este item expressa uma situação preocupante em direção à implantação do programa, pois afasta setores que temem processos punitivos, limitando uma mobilização e integração em torno do programa. Elemento da Capacidade de Governo que afeta a Governabilidade.

Respeito às decisões técnicas (novo)	Prevalência das decisões técnicas sobre a influência político	[...] outra coisa muito importante dessa secretaria: ... Não importa a que lado você esteja filiado, politicamente falando, o parecer é técnico. Não importa se aquele município está junto com a situação ou contra... O parecer técnico é independente de qualquer coisa (E2) [...] outra coisa que eu valorizo (risos) demais, essa questão política da secretaria de saúde, é de não fazer a coisa de cima assim, e jogar o pacote, nada é feito na secretaria sem que todos não participem, a agenda é construída coletivamente, a reorganização do organograma da própria secretaria; o Plano Estadual de Saúde foi partindo da decisão política da secretaria
Envolvimento de Servidos Efetivos	Foram capacitados servidos efetivos em M&A da AB	Todos são do quadro da SES. Quem não é da SES é do Ministério da Saúde, por exemplo, a criança, é do estado, a mulher que é do estado, diabetes e hipertensão, são do Ministério da Saúde. Os da avaliação dos resultados da AB são da SES.... A assessora é da SES e eu também, todos são da SES.
Funcionamento da AB	Obedecem ao funcionograma. Perfil de envolvimento com o trabalho	Interessante. Por exemplo, dos diversos setores da secretaria, com a mudança da administração que vai ter um setor que vai ter pouco problema, é a atenção básica. Porque todo mundo é comprometido, o pessoal cumpre horário,... (E3)...é, pela integração eu vejo pelo que eles fazem... A participação da equipe da atenção básica, quando eles participam, eu acho que eles têm uma integração no que eles fazem (E6).
Conhecimento da Equipe técnica sobre o Papel das SES na Atenção Básica	Todos os entrevistados demonstram entendimento sobre Atenção Básica e o papel da SES	... É o eixo estruturante, hoje é a porta de entrada, no modelo de assistência, a atenção básica. Então, eu acho que pra gente fazer um monitoramento e avaliação, a gente tem que ter a atenção básica cada vez mais estruturada. E eu acho que esse monitoramento e avaliação vão dar exatamente esse aporte pra gente, né? De estar conseguindo realmente fazer essa avaliação e tá mudando estratégia, tá mudando ação, que vem melhorar cada vez mais, essas metas, e o objetivo principal que é realmente o fortalecimento da atenção primária (E3). O papel da secretaria hoje é outro: é ajudar a trabalhar em parceria com os municípios, e não mais fazer o papel do município. Então, acho que num projeto desses, a gente leva o município a entender o real papel dele. Se o município entende o real papel dele, então ele também vai ajudar a gente a realizar o nosso real papel enquanto, secretaria de estado (E5) [...] Como que essa secretaria acumulou? Técnica, política e até financeiramente [...] captou recurso, captou gente, mudou mentalidade, mudou práticas, uma das coisas mais bonitas que eu escutei, quando eu tava colhendo meus dados, assim, quem são os maiores parceiros? Os municípios. Percebe? Porque antigamente a secretaria entrava aqui nos tamancos, subia aqui nos tamancos.
Conhecimento da Equipe técnica sobre SP	A Equipe tem experiência na Saúde Pública	Tempo de formação dos entrevistados Documento do Centro Colaborador sobre a Proposta Metodológica
Conhecimento sobre avaliação	Avaliação como função essencial da SP	Porque o monitoramento e avaliação da atenção básica além de tentar melhorar essa capacidade da secretaria, da atenção básica das secretarias de estado, do estado no nosso caso específico, nada mais é do que o reflexo de uma das funções essenciais que a secretaria precisa melhorar pra atingir seu objetivo de ser gestora de sistema (E3)
Experiência da Equipe em M&A	Alguma experiência anterior em avaliação	Quando a gente veio com esse projeto, a gente já tinha algumas coisas de monitoramento e avaliação. [...] porque a gente tem uma programação que anualmente avalia. Só que a gente fazia isso, assim, sem saber. Hoje eu tenho um instrumento que a gente criou, foi adaptando. A gente já sentia uma necessidade de se fazer integrado com a atenção básica. Então, antes desse projeto, a gente já tava fazendo o monitoramento da PPI-VS, já com o pacto da atenção básica.
	Experiência negativa em relação à avaliação	já vínhamos fazendo monitoramento e avaliação, sem perceber que estava fazendo monitoramento e avaliação, entendeu? É claro que não era assim, era sem técnica, ainda naquela visão, é policialesca...

Quadro 20- Microprocessos- relações entre dirigentes e operadores dos programas.

O perfil dos entrevistados (Apenso) deu subsídio para uma aproximação com o perfil da equipe técnica da SES. Eles apresentaram um perfil multiprofissional com graduações na área social e de saúde. Em sua maioria, com especialização em saúde coletiva, sendo o Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da UFBA a instituição formadora referida como maior responsável pela pós-graduação. Foi nos cursos de especialização promovidos pelo ISC que os profissionais tiveram sua primeira formação em avaliação. A disciplina de avaliação em saúde do curso de especialização em gestão, em vigor na época, foi adaptada para a participação dos setores envolvidos no Programa. Vale ressaltar que o curso introdutório de avaliação promovido pelo Ministério da Saúde no ano de 2004 foi mencionado como mais um momento importante da formação.

As outras experiências, neste campo, deram-se no cotidiano do serviço. A participação em oficinas para o diagnóstico de problemas nas Funções Essenciais da Saúde Pública (processo de auto-avaliação realizado pelo Conass e Opas), as avaliações da Agenda Estadual, a participação em avaliações de outros programas como o Viva Mulher (coordenação da saúde da mulher) e as avaliações junto aos municípios foram experiências lembradas pelos entrevistados. No entanto, o histórico da atuação da SES é marcado por uma visão punitiva dos mecanismos de avaliação. E os municípios acabam se preparando para este tipo de atuação:

A secretaria tem uma história, você termina ouvindo né? Quando eu estava na unidade, eu recebia a visita da secretaria igual como a estadual, então eu chego como se fosse a secretaria (E2)

Esta também foi uma das conclusões do estudo intitulado Monitoramento e Avaliação da Atenção Primária à Saúde, publicadas pelo Conass documenta, ao fazer referência ao acompanhamento do Pró-Saúde: a visão dos entrevistados é apenas de repasse de recursos financeiros e a supervisão ainda é provavelmente visualizada como ação punitiva e/ou policialesca (SERGIPE, 2005, p. 17).

É uma equipe que possui em média 23 anos de formada, participando há um ano e meio do Programa. Dois deles referiram participação desde o início. Em sua maioria ocupam cargo, com pouco tempo na atual gestão da SES.

Todos os atores entrevistados consideram a reorganização da Atenção Básica como elemento importante para estruturação da atenção à saúde da população. O conhecimento da SES acumulado sobre avaliação e a oportunidade do projeto, do ponto de vista técnico, é referendada por todos os atores entrevistados, capaz de colaborar com as novas funções da SES. Mas, causa controvérsias sobre o fortalecimento excessivo da Atenção Básica em detrimento das necessidades de fortalecimento da SES como um todo. Além de que, a mudança de governo já anunciada com a eleição em primeiro turno do grupo da oposição, poderia prejudicar a continuidade do programa já que falta um quadro gestor permanente na SES. Essa questão será discutida no item Governabilidade. Esse é mais um vértice do triângulo entre Capacidade de Governo e Governabilidade. As divergências quanto o status que ABS adquiriu chega a revelar que alguns consideram a “hipertrofia” do setor na SES.

As principais dificuldades, vermelho, estão no funcionamento dos outros setores. Nestes, além da alta rotatividade, a equipe técnica é insuficiente para suprir as demandas da secretaria (Quadro 20)

Funcionamento dos outros setores	Insuficiência de recursos humanos qualificados	E como os outros setores não conseguiram, aí também não é culpa da atenção básica, não conseguiram se desenvolver tiver pessoas qualificadas, a rotatividade também é maior nos outros setores, eles acabam não conseguindo acompanhar. Não é a atenção básica que tem que retroceder as outras gerências, mas as outras gerências não conseguiram dar o mesmo ponta pé de qualidade, um exemplo disso é a regulação. (E3)
	Deficiência no funcionamento dos setores	<p>Mas os setores, dependendo da dinâmica de cada setor. Há um setor mais fragmentado, ainda vivendo da lógica da caixinha e outros conseguiram.... Ser uma coisa mais integral (E11)</p> <p>A rotatividade também é maior nos outros setores, eles acabam não conseguindo acompanhar. Não é a atenção básica que tem que retroceder as outras gerências, mas as outras gerências não conseguiram dar o mesmo pontapé de qualidade, um exemplo disso é a regulação (E3).</p> <p>Acho que a falta de prioridade de regulação, de controle e avaliação das políticas como um todo, que se você for analisar em essência, é a grande função do estado hoje. Então se a gente pegar a regulação da assistência como um todo, a regulação dos parâmetros assistenciais tirando aqueles indicadores da atenção básica, não sei as outras secretarias, mas a nossa secretaria de estado, é muito fraca (GF).</p> <p>Agora em relação ao controle, avaliação e auditoria eles são os atores que refazem aquilo que já foi feito, numa visão totalmente fora desse momento, numa visão do tempo do antigo INAMPS, auditoria, gestão, é, eu não sei como se consegue fazer essa auditoria de gestão sem monitorar alguma coisa, por que efetivamente não tem condições de se fazer. (E5)</p>
	Desarticulação entre os diversos setores da SES	<p>...primeiro a gente cobrava trabalho interdisciplinar dentro da unidade de saúde, quando nós próprios, enquanto técnicos, não tínhamos esse trabalho, e a gente teve e tem que avançar juntos (GF)</p> <p>Isso de novo reflete a desarticulação entre as políticas estratégicas das áreas técnicas da secretaria. É um desafio que na estrutura proposta agente tentou, está tentando superar, tanto com o organograma, mas principalmente com o funcionograma, como vai se dar a articulação entre esses diversos setores (E3)</p> <p>Acho que é o mau da maioria das secretarias é o trabalho desarticulado, e agente mesmo em todas as avaliações que fizemos inclusive nas FESP's, uma das coisas que ficou notório foi a desarticulação dos projetos e trabalhos da secretaria, dos diversos setores da secretaria. Então não ia ser o monitoramento e avaliação que ia corrigir tudo isso, e fazer com que isso mude (E3)</p> <p>Eu acho que, aquela coisa de, de várias secretarias, dentro de uma só secretaria. É competição mesmo (E4).</p>

Quadro 21- Restrições contextuais nos Microprocessos- relações entre dirigentes e operadores dos programas

<p>Política de Recursos Humanos rotatividade, suficiência, contratação,</p>	<p>Alta rotatividade, Insuficiência de RH Frágil vinculação (cedidos e terceirizados)</p>	<p>Agora, a gente tem dificuldade, de reunir todo mundo, por conta das, da deficiência de recursos humanos. É muita atividade pra cada técnico. Então, fica difícil a gente reunir de uma forma mais sistemática, mesmo com cronograma, chegar na hora... (E4) Muitas vezes agente também é levado por excesso de trabalho na realidade, são muitas coisas a serem feitas (E11). Uma das coisas foi a dificuldade ainda de integração, (uma vez que há) pouco recursos humanos que nós temos (GF) É por conta dos incêndios que tem que apagar e termina, vamos dizer assim, prejudicando a gente, ou empatando, pra não dizer prejudicar, mas empatar, o curso normal do desenvolvimento do projeto (E5) E uma situação de uma secretaria esvaziada tecnicamente, procurava uma pessoa, procurava a pessoa, cadê? Pouca gente pra muita coisa. Muita rotatividade. É um número muito alto. (CC) A rotatividade também é maior nos outros setores, eles acabam não conseguindo acompanhar (E3) ... E a menina que na época era coordenadora das DANTES, que é uma médica que trabalhou comigo, assim, fantástica, mas ela saiu da SES por que ela era contratada e ai como ela teve outra proposta que financeiramente foi melhor, infelizmente perdemos. (E1) ...porque pegar o bonde andando é meio complicado. Aí eu entendo a situação, por exemplo, da atenção básica. Por exemplo: a menina que hoje é responsável pela hipertensão e diabetes, ela chegou num momento depois. A saúde da criança chegou depois. A atual assessora do Centro Colaborador que era responsável no começou junto com a gente no PROESF, pediu pra sair também. Ela era contratada e teve uma proposta de trabalho melhor. Mais dois setores chegaram depois. Quer dizer, da época mesmo só estavam, eu, saúde bucal... Os outros foram se agregando ao longo do tempo (E2).</p>
<p>Insuficiente conhecimento do Programa por parte da SES</p>	<p>Falta de conhecimento sobre objetivos do Programa</p>	<p>Como fazer para que esse projeto seja de conhecimento de toda a SES? Pra que mesmo sendo desenvolvida, no momento, na atenção básica, mas que ela se torne até pra que ela contamine de certa forma as outras áreas técnicas, desperte interesse, despertem a necessidade de conhecimento desse projeto?(E3) ...mesmo que seja específico nesse momento da atenção básica, mas que toda a secretaria estivesse no mínimo tomando conhecimento, se você for..., se eu for falar isso "ah! mas toda a secretaria sabe", mas sabe talvez de ouvir falar, será? "A atenção básica está realizando um projeto de monitoramento junto com o centro colaborador a, tal, tal..." Mas se você disser o que é isso? E como está sendo desenvolvido isso? As outras áreas não estão sabendo (E3). Eu acho que as pessoas... Indiferentes... Talvez seja pela falta do conhecimento. Por que, por mais que a gente tente... (E8) Eu acho que isso seria um problema de compreensão por parte do profissional e que poderia vir a dificultar o bom andamento do programa (E8). Eu acho que o setor que não abraçou o projeto, eu acho que é porque ou não entendeu a grandiosidade desse projeto. (E11) Há alguns conflitos ainda, de questões até de entendimento, de uma coisa ou outra (E4) Como os outros eles estão muito direcionados para média e alta complexidade, eles ainda não tem esse entendimento, mas eu acho que é uma coisa, que assim, é um aprendizado na verdade, é um aprendizado pra gente aqui também (E2)</p>
<p>Características individuais de alguns atores (novo)</p>		<p>... E nem todo mundo tem a mesma percepção. Por mais que a gente mostre, nem todo mundo quer vê. Então eu acho que cada um tem o seu momento pra cada coisa... eu acho que algumas pessoas estão perdendo algumas oportunidades (E8) ...algumas pessoas têm uma dificuldade de entendimento, da lógica, mesmo as pessoas que estão inseridas no contexto, muita gente não sabe por que tá ali. Não consegue se encaixar assim, se inserir. Eu acho que esse é um problema (E8) Eu não acho que por conta do programa, mas por conta de diferença de pessoa, porque existem vaidades, porque existem pessoas que acham que a sua idéia deve prevalecer e não deve ser um consenso (E5). E a dificuldade de integração e do entendimento... Que a gente reúna as informações na sala de situação e sente para conversar (E4)</p>

Quadro 21- Restrições contextuais nos Microprocessos- relações entre dirigentes e operadores dos programas

Portanto, no que tange às micro relações entre equipe dirigente e equipe técnica, o principal problema está na deficiência da política de recursos humanos, tendo sido destaque em vermelho (quadro 20). Tais problemas já haviam sido documentados pela SES no Plano Estadual de Saúde 2004-2007:

- a) Ausência de uma política de RH diante da nova estrutura da SES
- b) Insuficiência de RH qualificado para as novas atribuições da SES
- c) Falta um banco que ofereça um perfil do RH relativo à formação e qualificação do quadro de pessoal
- d) Situação funcional fragilizada (cedidos) frente à municipalização da Saúde
- e) Terceirização sem critérios e sem avaliação prévia das habilidades e do potencial de RH existentes na SES
- f) Deficiência do processo de capacitação que ainda não opera na lógica da educação permanente (SERGIPE, 2004a, p. 64).

A alta rotatividade de servidores no quadro da SES foi diagnosticada como problema, constante no Plano Estadual de Saúde. Esta rotatividade pode se tornar um elemento dificultador da implantação do programa. O setor financeiro foi o que mais sofreu na gestão que este fato.

...Houve várias mudanças no DARF e todos os setores que estão subordinados, e cada um que mudava, a gente não conseguia avançar. Eu cheguei numa sexta-feira, o diretor de uma reunião do gabinete disse: você que tem que botar o processo debaixo do braço e ir atrás. Meu amigo, isso não é papel meu, eu sou técnica, quem tem que fazer isso é você e as pessoas que estão ligadas a você. Eu tenho que fazer a administração, eu tenho que ir pra fazenda, eu tenho que ir... (E2)

Os problemas na contratação (sem concurso); a falta de um Plano de Cargos e Salários e o pouco incentivo à capacitação permanente podem se constituir em elementos que dificultam a implantação. A Atenção Básica foi destaque no oferecimento de oportunidades de atualização. Um curso de especialização em gestão com uma parceria firmada entre SES e ISC/UFBA foi agregado à Proposta Metodológica do estado.

A atenção básica, aqui a secretaria de saúde, tem dado muita oportunidade nesse sentido. De oferecer curso, capacitação. Eu não fiz o de gestão, primeiro porque, o primeiro que teve, eu tava chegando quando ele tava acabando (E 6)

Os outros dois problemas referem-se à existência de atores possuidores de características pessoais que não se dispõem ao engajamento em processos de mudança; e às deficiências nos mecanismos de comunicação que afetam o conhecimento do programa pelos setores da SES.

Quanto à falta de integração entre os setores da SES, o centro colaborador e o núcleo de monitoramento e avaliação, elaboraram uma série de atividades. São elas:

- Analisar e discutir os processos de trabalho concretamente no dia-a-dia tentando superar o trabalho isolado compreendendo o trabalho articulado em rede de pessoas
- Retomar o trabalho nos grupos de Trabalho: Monitoramento e Avaliação de indicadores do estado de saúde da população; Monitoramento e Avaliação da Gestão, Atenção à Saúde e Controle Social; Cooperação técnica e processo de trabalho
- Articular instrumentos, programas e projetos de M&A
- Criação de Fóruns de discussão para integração das atividades de M&A
- Treinar profissionais de diferentes áreas da SES
- Criar lista eletrônica dos membros da equipe de M&A e socializar todas as informações Mobilização política dos municípios, entidades, instituições e usuários em prol da avaliação Criação de espaços de interlocução- plenárias abertas e descentralizadas; fóruns de debates com usuários valorizando sua posição no sistema
- Pactuação com secretários a implantação de sistemas de M&A (SERGIPE, 2006).

6.3.4 O Uso de Tecnologias de Gestão

A SES-SE demonstrou utilizar recursos tecnológicos importantes para a Gestão (quadro 22). Este é o caso da construção da Agenda, do Plano Estadual de Saúde e do Relatório de Gestão. A primeira é revisada anualmente e utilizada de forma dinâmica pela SES-SE, para se adaptar às novas demandas situacionais. Todavia o planejamento estratégico ainda é insuficientemente utilizado, como referem todos os entrevistados, enfatizado também pelo centro colaborador. Todos os setores consideram o setor de planejamento como uma estrutura enfraquecida na SES.

É interessante comentar que a Agenda e o Plano Estadual de Saúde, importantes instrumentos de planejamento para viabilizar o Projeto de Governo no setor saúde, foram elaborados de forma ascendente e participativa através de oficinas com os técnicos da SES e as Secretarias Municipais. Os documentos ainda revelam um interesse grande pelo fortalecimento da pactuação com os municípios na Comissão Intergestores Bipartite (SERGIPE, 2004).

O discurso do governador, ao fazer a primeira troca de secretário de saúde, em sua primeira reforma administrativo, inclui o compromisso de por em prática a agenda elaborada, mas não tece maiores comentários sobre o conteúdo desta agenda. O novo secretário de saúde, quando assume, também ratifica esta fala sem

destacar os elementos que fazem parte desta agenda (AGÊNCIA SERGIPE DE NOTÍCIAS, 2004).

Em vários eventos ela é mencionada, a exemplo do "Encontro de Gestores Públicos da Saúde: Dialogando com os secretários Municipais de Saúde", realizado nos dias 17 18 e 19 de janeiro de 2005:

O secretário de Estado da Saúde e o consultor em Serviços e Sistemas de Saúde, Renilson Rehem falarão, respectivamente, sobre a Agenda de Compromissos com a Saúde no Estado e a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. Na oportunidade a secretária adjunta falará, também, sobre a Atenção à Saúde no Estado de Sergipe: estratégia do Programa Saúde da Família (PSF) como eixo de estruturação da Atenção Básica (AGÊNCIA SERGIPE DE NOTÍCIAS, 2005).

Os mecanismos de planejamento obedecem aos instrumentos legais, mas a gerência não é por programas. Prevalece a departamentalização e a desarticulação entre os setores. Uma gerência por operações é muito mais criativa e garante a execução do programa com responsabilização dos profissionais por determinados produtos. Um exemplo desta forma de operar é introduzido com o sistema de gerenciamento do projeto.

A gestão baseada em projetos (que tem *modus operandi* próximo à proposta de funcionamento dos núcleos coordenador e ampliado do Programa) implica ajustamentos nas estruturas e cultura da organização, sendo importante a existência de uma coordenação estratégica para implementação destes mecanismos na Alta Direção da SES. Esta situação está em fase de ajustes na SES-SE, não se encontrando uma gerência por operações consolidada.

O centro colaborador também atua junto à SES para melhorar esta prática, tentando fazer uma ligação entre avaliação e planejamento. No entanto, apesar da dificuldade no planejamento, torna-se evidente o movimento de mudança da SES na busca da melhoria da qualidade da gestão, mobilizando assessorias reconhecidas nacional e internacionalmente para o fortalecimento da gestão estadual. O intuito é manter um processo contínuo de avaliação e avançar na gestão. Inclusive, o Centro Colaborador escolhido, além de possuir afinidades com a SES, goza de experiência na área de planejamento e avaliação e possui um histórico de parceria com a instituição.

Quanto às práticas de M&A existentes há um diagnóstico dos principais problemas no Plano Estadual de Saúde 2004-2007:

- A relação do monitoramento e avaliação da SES com a esfera municipal ainda se encontra deficiente;
- Ausência de integração entre os SIS;
- Multiplicidade de sistema, sobrecarga de trabalho, discrepância de informações geradas entre os SIS;
- Dificuldade de realizar o M&A rotineiramente;
- Inexistência de indicadores para monitorar a PPI;
- Subutilização dos indicadores gerenciais;
- Rede informática insuficiente e inadequada;
- Centralização das informações por alguns setores contribuindo para uma escassa difusão da informação (SERGIPE, 2004a).

Por sua vez, é dada ênfase ao Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica e utilizam o pacto de indicadores para caracterizar a ABS. Referem como Problemas do M&A:

- Pouco conhecimento do novo papel do gestor estadual na AB;
- Pouca qualificação do quadro técnico para realizar o Monitoramento e Avaliação;
- Insuficiência de RH para a AB e dificuldade de acompanhar o acesso dos municípios aos serviços de média e alta complexidade a partir da AB;
- Ausência de um coordenador específico para AB nos municípios

O último ponto acima faz lembrar que uma estrutura adequada para o Monitoramento e Avaliação também depende das estruturas existentes nas secretarias municipais, incluindo estrutura física, financeira e de recursos humanos.

A sala de situação, embora implantada recentemente à época, voltava-se mais a um sentido de monitoramento que a um setor para manejo de crises. Por isso, recebeu a cor amarela. Mas não se trata de uma situação impeditiva ao processo de implantação. Representa ainda um processo de melhoria que favorecerá a implantação do Programa, mas que ainda não se consolidou. Esta concepção parece ser efeito de uma influência do Projeto Sala de Situação montado há alguns anos pelo Ministério da Saúde com o uso dos sistemas de informação em saúde.

As tecnologias de comunicação ficaram um pouco a desejar, na percepção de alguns setores. A página de informações da secretaria é pouco utilizada. Também surgiram comentários quanto à necessidade de eventos formais de retroalimentação destas informações. A alta rotatividade de recursos humanos verificada na SES também provoca conseqüências neste setor

Tínhamos um jornal, mas com essas mudanças acabou, porque aí muda o assessor de comunicação, muda num sei o quê, muda o orçamento, e acabou o jornalzinho ficou prejudicado, mas tem uma página, tem um *site*, tem uma página até que foi reformada há pouco tempo. O material gráfico é de primeira linha. Com certeza.

O grande entrave do uso de tecnologias inovadoras de gestão se encontra nos mecanismos de execução financeira, que são pouco ágeis na SES. Embora mantenha sob sua responsabilidade a gestão do Fundo Estadual de Saúde, a alta rotatividade de pessoal aliada à centralização dos processos licitatórios, que não está sob governabilidade da SES, será discutida no próximo quesito. Ainda as regras gerais da administração pública brasileira limitam a Governabilidade da SES, ficando a superação dos problemas dependente da perícia dos dirigentes da SES e do Programa.

Sistema da Agenda do dirigente	Atenção Básica na Agenda M&A na Agenda Construções coletivas	Mas também teve uma decisão política interna que facilitou muito. É uma questão pessoal, é uma questão técnica, talvez a gente não tivesse avançado no projeto, então a gente avançou concomitante, porque tinha uma decisão política, e o projeto só fortaleceu, só ajudou Ele veio assim, caiu como uma cuia, pra poder segurar muitos projetos aqui, dentro da secretaria. (CC) O apoio é uma decisão política e não adianta ter só a vontade, tem que ter uma decisão política e essa houve, então foi tudo fácil pra gente poder trabalhar nele (E11)
Assessoria técnica-política	Presença de Consultores e <i>experts</i>	Avaliação da agenda, chama a professora Leny [...] não tinha medo de chamar as pessoas [...] Vinha Renilson, como assessor Vinha Átila Mendes... Não era só o instituto (referindo-se ao ISC), tinha as pessoas do instituto, tinha o pessoal da secretaria e tinha o resto do Brasil... Vinha, aquela que era do DAB, é..., a Heloísa Machado, vinha Quantidade de pessoas que era referência no País [...]. Era por isso que diziam que a secretaria ia pro divã, e ia pro divã com mil psicanalistas pra botar o dedo na, na ferida..., (E12) né, com toda decisão política, de uma secretaria política e técnica, com todos os consultores que nós tínhamos e temos, e com essa outra ferramenta que a gente conseguiu, quer dizer, terminou o curso de gestão, mas o ISC continuou com a gente (GF)
Capacidade do Centro Colaborador	Tradição do Centro Colaborador em M&A e Atenção Básica	Todo processo do centro, de avaliação do próprio Ministério da Saúde do DAB, tá sendo coordenado pelo Instituto [...] é quase que como um comitê de <i>experts</i> , que eles chamam Lígia Vieira, professora Zulmira Hartz, Tanaka, e vai chamar aquele pessoal que trabalha na área de avaliação e inclusive o último livro de avaliação que foram editados, foi coordenada pela professora Ligia Vieira, que é lá do Instituto e pela professora Zulmira Hartz, que também já foi professora convidada do Instituto. É também tem Sônia, que é outra pesquisadora lá, que trabalha muito nessa área de avaliação, eu acho que é uma das áreas mais fortes do Instituto, é a área de avaliação. Porque, é interessante, todos entraram pela vertente do planejamento estratégico, Matusiano mesmo, ai Carmem Teixeira, foi a que mais ficou no planejamento, principalmente no planejamento local em saúde,
Planejamento	Estratégico e Uso dos instrumentos formais de maneira dinâmica na SES	Se a gente for olhar a forma como ta sendo essa secretaria, a gente vê que planejamento na realidade não existe... (E4) Você não tinha estrutura de planejamento, você tem estrutura assim, contábil, do PPA, daquelas coisas que são obrigatórias por lei, que você tem, né? Mas você não tinha um projeto de planejamento para a área da saúde [...] E12
Manejo de crises	Presença de sala de situação	...A gente tem uma sala de situação, que foi, graças a Deus, finalmente inaugurada e que ela tem que ser utilizada. Não é só ficar no monitoramento e avaliação dentro da atenção básica, ou dentro da vigilância, mas que essas informações estejam dentro da sala de situação, e que todo mundo sente pra conversar
Cobrança e prestação de contas por desempenho-sistema de petição e prestação de contas	Falta um Sistema de Avaliação por resultados	Processo de avaliação da agenda anual (SERGIPE, 2006). Avaliação mais direcionada para estrutura e processo (SERGIPE, 2005)

Quadro 22- O Uso de Tecnologias de Gestão pela SES. (continua)

Gerência por operações	Obedecem aos sistemas legais-. Mas a gerência não é por programas. Obedece a um organograma, onde prevalece a departamentalização e a desarticulação entre os setores	Departamentalização. Lógico que a gente tinha algumas dificuldades em abrir algumas caixinhas... Mas assim, a gente já conseguiu avançar muito nessa coisa das pessoas entenderem, que quando a gente consegue trabalhar na mesma caixa, a gente produz muito mais, do que a gente trabalhar segmentado, cada um no seu pedacinho.
Monitoramento	Existência de Sistema de Monitoramento, relacionado mais ao controle e sem método sistemático	[...] já vínhamos fazendo monitoramento e avaliação, sem perceber que estava fazendo monitoramento e avaliação, entendeu? É claro que não era assim, era sem técnica, ainda naquela visão, é policialesca...
Sistema de Execução de recursos financeiros	Dificuldades na realização de processos licitatórios e no acompanhamento do fluxo da execução financeira pela coordenação do programa	Um ponto de fragilidade é o de realizar licitação [...]. Então, se eu preciso de uma licitação, eu saio de mim e vai pro meu chefe imediato. O chefe imediato vem pra junto pro gabinete da secretaria adjunto. Daqui vai para o gabinete do secretário. Ele autoriza. Quando ele sai do autorizo do secretário, é um Deus nos acuda [...]. Tem que ver se tem dotação orçamentária e tem que ir pra Procuradoria Geral do Estado para ser aprovado. Então ela anda vários setores diferentes de fora da secretaria, que a gente não tem governabilidade e aí a gente fica nessa demora toda para terminar o processo (E2) Eu não mexo com essa parte financeira, mas a meu ver, pelo que a gente ouviu falar, dentro da minha própria coordenação, os recursos são viáveis, o problema todo é como poder gastar este recurso. Hoje nós temos licitações centralizadas que demoram muito a realização das coisas, e a gente fica tolhida por isto (E11) Esse contrato deu um trabalho pra gente fazer, pelo amor de Deus, ia pra o negócio jurídico, voltava. As formalidades foram tão estressantes, que, quando esse dinheiro chegou, muita coisa a gente já tinha feito. Deus sabe como. (E12) A SES gozava de relativa autonomia financeira uma vez que era gestora do fundo estadual de saúde, mas e tinha membros na comissão especial de licitação, mas compartilhava a gestão de seus procedimentos administrativos, orçamentários e financeiros com a secretaria de administração. NO caso do centro colaborador, com a Procuradoria Geral do Estado. Essa decisão foi tomada pelo governo do estado em nome da racionalização administrativa e unidade de comando da administração estadual.
Comunicação na SES	Falhas nos mecanismos de difusão e retroalimentação das informações na rotina da SES Material Gráfico excelente	O material gráfico é de primeira linha. Mas você abre a página, vê aquelas coisas que lhe interessa, ouve se tiver alguma coisa, mas não no dia-a-dia das pessoas. A meu ver um grande veículo pra esse tipo de objetivo que a gente está pensando, uma publicação, não precisava ser uma coisa cara, uma coisa interna mesmo poderia ajudar... E, às vezes, eventos. Mesmo uma vez a cada dois meses. Não precisava nem ser grandes eventos, uma reunião interna mesmo dos principais diretores pra dar conhecimento aos outros, retroalimentar. (E3). [...] eu sou representante da câmara técnica da SES, as coisas de regulação eu nunca fui convidado pra ter conhecimento. Eu sei quando eu vou lá fora. Eu acho que isso é um problema seriíssimo e a gente já criou uma câmara técnica aqui dentro da secretaria...

Quadro 22 - O Uso de Tecnologias de Gestão pela SES. (conclusão)

6.3.5 A Estrutura Física, Simbólica e de Valores da Atenção Básica na SES

A deficiente estrutura física da atenção básica é um problema anterior ao Programa. Há quem diga que o problema atinge toda a secretaria; outros, que havia um problema especial na AB. Algumas falas representam estas dificuldades estruturais:

Pra gente desenvolver o processo de trabalho, a gente tinha uma grande dificuldade com relação às condições de trabalho. Ninguém tinha computador pra trabalhar, a gente não tinha uma cadeira pra sentar, uma sala muito pequena pra 20 e tantas pessoas. A sorte é que não estavam todos ao mesmo tempo. E a gente vem se estruturando... (E5)

No meu ponto de vista, é uma situação muito precária. Eram poucos computadores, e não sei quantos técnicos, e era assim, o computador era de quem chegasse primeiro e sentasse pra fazer o trabalho. E o outro ficava em pé ai esperando. Se levantasse, acabou. E chegou um ponto até, de que eu comprei o meu próprio computador, porque se eu não comprasse meu computador, eu não ia conseguir avançar. Primeiro, porque era tudo novo pra mim. Daqui que eu fosse aprender com os outros, ficar esperando que alguém fosse me ensinar... (GF)

Eu acho que a secretaria está precisando de uma estrutura maior. Você vê que tão um aglomerado de coisas funcionando aqui dentro da própria secretaria. Todos precisam de melhores condições de trabalho. Não só a AB (E6)

... A gente não tinha computador, a gente não tinha uma sala suficiente, não tinha mobiliários. Então a necessidade de infra-estrutura era muito grande, quer dizer, era o primeiro ponto. Assim, quando a gente pensa em avaliação, a gente tem que pensar nos três componentes: de infra-estrutura, processo e resultado. Se você der uma olhada no nosso PROESF, no POA e no PA, você vê que é basicamente infra-estrutura, além da proposta metodológica de monitoramento e avaliação, e um curso de avaliação (E2)

Outros técnicos consideram que a falta de estrutura da SES pode influenciar o desempenho:

Na última avaliação que fizemos na agenda de saúde, ficou bem visto que a evolução operacional do técnico foi surpreendente, mas nós somos muitas vezes tolhidos pela falta de estrutura. E isso é uma visão clara que todos nós temos dentro da secretaria, inclusive isso até impedindo o crescimento maior da nossa capacidade técnica (E11)

Foi observado (in loco) que a SES-SE estava utilizando um prédio antigo no centro da cidade e já havia ocupado espaço em outro prédio próximo, para onde haviam ido as vigilâncias. No entanto, o setor da AB havia passado por uma reforma. As portas de vidro (destacando o Prodoc UNESCO) serviam para manter a temperatura do ambiente na presença de ar-condicionado e conferiam uma atmosfera diferenciada (ambiente novo) para o setor em comparação à estrutura antiga da SES, onde funcionavam os demais setores. Vale destacar que ele tinha

como vizinho o Gabinete cuja estrutura era compartilhada entre os dois setores. As paredes eram pintadas na cor verde, diferentemente dos demais setores que compartilhavam a cor amarela. Vale ressaltar que este espaço físico pertencia anteriormente às Vigilâncias, que agora estavam em outro prédio. Todos estes elementos simbólicos contidos na estrutura física do setor da Atenção Básica expressavam o valor da Atenção Básica na SES e o poder adquirido em termos financeiros, políticos e técnicos. Incluindo, também, estrutura de equipamentos e recursos humanos capacitados, tanto pelo processo de capacitação proporcionado pelo programa quanto pelo curso de especialização contratado pela SES num momento anterior ao referido.

6.4 A Governabilidade

Os resultados encontrados na análise deste lado do triângulo de governo demonstram o processo de implantação do programa, tendo em vista toda a mobilização necessária para implantá-lo, em que pesem as contradições e os conflitos presentes em uma instituição (quadros 23, 24 e 25). Revelam o emaranhado das relações existentes em torno do Programa no contexto de implantação, especialmente devido à característica da metodologia participativa do mesmo, como revela o representante do centro colaborador no seguinte trecho de sua entrevista:

...No processo participativo, obrigatoriamente, eclodem contradições. Algumas são conflitos que você consegue até mexer, outras não. Não, que não se quer mexer... É que não se pode, ou que se não tem, às vezes, capacidade técnica, ou capacidade política pra enfrentar. A metodologia participativa de formação, de criação coletiva [...]. Junta pra avaliar, junta pra criar, junta pra fazer projeto A, projeto B, ou o M&A da atenção básica propicia que apareça mais isso... Porque os contextos podem estar ali... Tudo isso é uma alavanca potente, pra o processo de se mexer nas coisas

Analisando os elementos da dinâmica social, que potencialmente influenciam a implantação, os resultados foram sistematizados considerando as variáveis que os atores controlam, ou não, em três situações: forte governabilidade, média governabilidade e baixa governabilidade.

Considerando a convergência dos discursos dos atores entrevistados, pode-se observar que os elementos que mais contribuíram para aumentar a Governabilidade da implantação do programa foram:

- a) A **legitimidade** do núcleo coordenador com a publicação de duas portarias;
- b) A **composição multissetorial** da coordenação;
- c) A **boa relação** da coordenação do programa com os setores da Alta direção da SES, do administrativo-financeiro, da coordenação nacional e
- d) A série de **afinidades** (políticas e ideológicas) com o Centro Colaborador.
- e) A **autonomia administrativa e financeira** da coordenação, pela execução direta dos procedimentos de aquisição de bens e serviços relacionados com ações de saúde, existindo a presença de profissional responsável pela gestão financeira do Fundo Estadual de Saúde;

O Centro Colaborador tornou-se um aliado na implantação do Programa. Apresentou-se como uma figura capaz de intervir em situações de conflito de interesses entre os atores, que emergem na conjuntura, auxiliando esta implantação:

Uma das tarefas do centro colaborador foi pegar as idéias de cada grupo e ta consolidando... Fazendo uma idéia única. Então, foi facilitador ter o centro colaborador fazendo isso. Porque se fosse sem essa pessoa de fora recebendo essas informações e congregando, talvez tivesse problema. Realmente, isso facilitou. (Uma pessoa) de fora, que tava isenta de área; neutra em todo processo (Grupo Focal).

Como uma boa relação depende da satisfação de todos os lados envolvidos, o estudo verificou que o **Centro Colaborador demonstrou satisfação** em participar do programa e percebeu que benefícios são trazidos por ele, tanto para a SES quanto para os membros do próprio Centro. Um fato que colaborou para a boa relação com a coordenação foi o histórico de parcerias estabelecidas em projetos anteriores, e em período recente, no curso de Especialização em Gestão. A relação de confiança construída durante os trabalhos conjuntos foi demonstrada pelo Centro Colaborador ao trabalhar um ano para a Secretaria sem os recursos pactuados, devido aos entraves ocorridos na contratação.

Características do programa em gerar coesão e não fragilizar setores; participação na proposição do Programa; e o poder do setor onde o Programa estava alocado (Atenção Básica) em mobilizar os recursos necessários à sua implantação, foram critérios que surgiram com a análise das entrevistas. Todos os atores referiram que o Programa tem a característica de promover um trabalho integrado gerando mais processos de coesão e fortalecimento do que de fragilidades e conflitos.

A existência de um ator da alta direção da SES com elevado capital cognitivo em torno do tema Atenção Básica e Avaliação à sua frente (Secretária Adjunta) foi um dos fatores determinantes para uma boa Governabilidade.

Além disso, a relação entre a coordenação da Atenção Básica e a secretaria adjunta era excelente. A permanência destes dois atores no cargo durante a gestão facilitou bastante a condução da implantação, dando estabilidade de direção. Isso favoreceu alcance da legitimidade do núcleo coordenador, estabelecido através da portaria n. 366/2004. Uma boa relação com a coordenação nacional e muitas afinidades com o centro colaborador, além da boa relação entre as instâncias de gestão foram fatores favoráveis ao bom desempenho do programa.

Governabilidade	Convergência
Existência de profissional responsável pela gestão financeira do Fundo Estadual de Saúde	Setor responsável pela gestão do Fundo Estadual
Autonomia financeira da responsável pelo Programa	E assim, eu tenho plenos poderes pra definir aonde é que eu preciso investir o recurso do Proesf, pra fortalecer a atenção básica do estado e nenhum momento houve nenhuma interferência. Ninguém nunca disse nada diferente... Nem do financeiro, nada.
Legitimidade do núcleo coordenador do Programa	Existe uma portaria que é essa que eu falei, a 366, que foi do Secretário aprovando. Dentro dessa portaria tem todas as áreas técnicas... comissão executiva (E1) Nova portaria
Composição da coordenação do programa	... A coordenação geral é do gabinete da secretária adjunta e ela tem uma comissão executiva:...gerente da atenção básica, o gerente da vigilância à saúde, o coordenador da vigilância epidemiológica, o coordenador da vigilância sanitária e o coordenador de informação em saúde da SES (E1)
Boa relação da coordenação do programa com a Alta Direção da SES	(Nota) Dez. Com certeza. E também da própria coordenação da atenção básica com o Gabinete. Não tenho dúvida.
Boa relação da coordenação do Programa com o administrativo-financeiro da SES	Eu consigo pegar todos os processos do PROESF, e trago pra cima, com cheque e com tudo... Se não fosse a parceria que a gente tem com o financeiro...
Boa relação do Centro Colaborador com a coordenação do projeto- afinidades, participação em projetos anteriores	Possui (afinidades). De todas as ordens que você possa imaginar. Afinidades pessoais, Ideológicas... Eu acredito que sim (GF)
Boa relação da equipe do programa com esfera de governo federal	Eu acho que na questão da atenção básica é muito boa. O fato de a Secretária ter trabalhado no ministério, ser uma pessoa ligada diretamente à atenção básica, reconhecida internacionalmente e ter um bom trâmite lá, facilita bastante. A gente consegue trazer o pessoal do ministério: o Diretor do Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde já esteve aqui,..., antes até de ser o diretor...
Satisfação da coordenação estadual do programa com a coordenação nacional	É ótima, não tenho nada com o Ministério não, muito pelo contrário, eu acho o trabalho dele (coordenador do acompanhamento e avaliação da AB) fantástico (risos) Mas o pior é que ele sabe, ele sabe... Eu admiro o trabalho que o pessoal faz, é um trabalho fantástico. Digo, além do PROESF, a gente tem conseguido implantar o AMQ que é outra ferramenta maravilhosa (E 2)
Satisfação do Centro Colaborador com o Programa, percepção de benefícios	Relação 10! Os técnicos da secretaria têm respeito aos consultores do centro colaborador. Eles são apaixonados. Sabe quando você vai ver as avaliações? Eles tecem os maiores elogios a metodologia, a capacidade, a segurança, a simplicidade, né? Porque não tem essa distância entre professor e aluno, é uma coisa que eles sentem... Já se colocou (o Ministério), que o trabalho do centro colaborador, junto com a secretaria, se colocou como um dos melhores, um dos três melhores. Então, politicamente, isso para o centro colaborador eu acho que é muito importante. Pra o próprio grupo que conduziu dentro do sistema. Para os demais pares... Dentro do Instituto, repercuta favoravelmente. E como foi uma coisa que todo mundo achou gratificante fazer... O centro colaborador tem consciência de que a secretaria optou por um processo de estabelecimento de uma atenção básica bem diferenciada. Primeiro... Zelando pelo cumprimento dos pactos, pela capacitação, da capacidade de pactuação do município...
Características do programa em gerar coesão e não fragilizar setores	Não, eu acho que o projeto é muito mais capaz pra fazer uma coesão... (E12) Mais coesão, principalmente com os principais atores (E6).
Poder do Setor onde o Programa está alocado (Atenção Básica) para mobilizar os recursos necessários à sua implantação	É a prioridade, é o carro chefe, é a imagem-objetivo, e que se teve todo um esforço de captar, né? E de acumular. Captou recurso, captou gente, mudou mentalidade, mudou práticas, uma das coisas mais bonitas que eu escutei, quando eu tava colhendo meus dados, assim, quem são os maiores parceiros? Os municípios. Percebe? Houve toda uma mudança de mentalidade, nas relações, nos trabalhos, nos processos de trabalhos, muito impressionante isso (E12) Percebe que a atenção básica tem um cordão umbilical meio separado da secretaria. Tem uma vida, autonomia própria (E3).
Boa relação do Programa com a Alta Direção da SES	Pela portaria, foi o gabinete da secretaria adjunta. Ela [entrevistada se refere à secretaria adjunta] começou puxando o monitoramento e avaliação em 2003, desde que assumiu (E2). No início foi uma proposta da própria secretaria. Dá pra dizer assim... Do gabinete da secretária adjunta (E4). Mas na verdade o secretário nunca se envolveu nisso, depois quando a gente formalizou isso, aí houve um movimento da coordenação da atenção básica e da vigilância até certo período. E depois com o centro colaborador chegando também conseguiu montar... (E4)

Quadro 23- Governabilidade: convergência dos discursos. Alta Governabilidade.

Embora tenham sido encontradas controvérsias sobre o apoio dado pelo Secretário de Saúde, elas não chegam a afetar a relação com o Gabinete. Em que pesem as mudanças de Secretários, este fato não alterou o poder da Atenção Básica no contexto do estado, pela permanência da Adjunta e da Coordenadora da Atenção Básica, que conseguiram manter o fortalecimento da mesma na Agenda e no Projeto de Governo, como já comentado no item específico. Mais uma vez, percebe-se a influência do Projeto de Governo na Governabilidade.

A composição do núcleo coordenador obedeceu às orientações da coordenação nacional do Programa, ou seja, mantém representantes importantes de outras áreas. Mas, vale destacar que este núcleo atende mais a uma formalidade que a um funcionamento real na conjuntura. Os representantes dos outros setores que não são atenção básica atribuem a função de sua coordenação à Atenção Básica e ao Gabinete da Secretária Adjunta, não fazendo referência ao núcleo coordenador. Neste, o desafio é o estabelecimento de uma unidade em direção à implantação do programa, sem muitos conflitos, respeitando-se as diferenças e o lugar que cada um ocupa na instituição.

Boa relação da coordenação do Programa com os demais setores envolvidos	<p>Nas outras áreas a gente acha que a coisa é a melhor possível. (E1) Eu acho uma relação ótima... (E3...) Realmente consegue fazer uma liderança de forma muito ágil, sem imposição, sem que todo mundo tenha muita atenção, muito carinho, ela consegue permear todas as áreas, sem criar nenhum atrito (E8) Olhe, eu preferia não responder essa pergunta (E6).</p>
Apoio dos técnicos da saúde (adesão, receptividade, mobilização, participação efetiva) ao programa	<p>Demonstram apoio (E11) Mas quem mais ficou foi as vigilâncias, a assistência, atenção básica, o pessoal da informação também (E4). Só ficou reduzido a esse projeto da atenção básica, com a vigilância, a informação em saúde e a atenção básica (GF). Porque nem todos que trabalham na vigilância estão envolvidos nesse projeto. Só quem tá envolvido nesse projeto é a coordenação da vigilância, a hanseníase e a tuberculose, e os outros, e lá existem várias outras coordenações de outras doenças que não estão envolvidas (E6). Há, demonstram apoio (E8). Os municípios estão muito mobilizados (E10) Por que às vezes é coisa que foge da governabilidade da coordenação do projeto.. Que ela não consegue a mobilização de todos, de todos os atores (E10) Eu acho que a própria tuberculose deveria estar mais junto do projeto. Eu tenho impressão que a própria política de saúde, os recursos humanos deveriam estar mais junto ao projeto. Planejamento foi convidado, mas não participou. A regulação foi convidada, mas também não participou e o controle e avaliação não participou até um pedaço (GF) Conheço assim por alto, eu não participei da sua elaboração propriamente dita (E6)</p>
Envolvimento de setores planejamento, financeiro auditoria...	<p>Mais mobilizado: (em coro) Atenção Básica. As vigilâncias em saúde. As meninas da auditoria participaram ativamente desse processo de elaboração. O financeiro tá mais ou menos (GF) O que falta é planejamento. Agora o planejamento não participou desde o começo, sabia? O financeiro tá mais ou menos (GF)</p>
Satisfação dos envolvidos o programa (satisfação e prazer em realizá-lo)	<p>Eu acho que chegou, porque nós evoluímos muito com ele, se tivesse chegado um pouco mais cedo, teríamos evoluído ele dentro dos próprios municípios. Quem evoluiu com ele foi a atenção básica e as vigilâncias (E11). Mas como a gente trabalha na mesma sala, a gente vê a insatisfação dos outros de não participarem também, de não serem convidados a participar, e que eu acho que seria importante participar (E6)</p>
Satisfação dos atores com a atuação do CC	<p>Eu digo hoje que sem ele nós não teríamos chegados aonde chegamos. Ele foi um grande instrumento a partir do momento que nos capacitou para tal, e também ele ter nos acompanhado na construção do instrumento. Hoje eu diria que eu gostaria de ter um momento presencial maior junto com o centro colaborador (E11) Eu acho o centro colaborador, ele devia ser mais participativo. Eu não o acho tão participativo, quanto se foi colocado não. Ele deveria estar mais presente (E6).</p>
Boa Relação do Programa com os municípios	<p>Em relação aos municípios, têm sido enviadas cartas, mensalmente aos municípios, informando como ele está em relação ao pacto de indicadores. Então isso pra o município já é até uma avaliação da secretaria de como tá os seus dados, então, já facilita ao gestor na análise dos dados... (E10) Se a gente tivesse iniciado isso lá no começo, a gente teria avançado muito mais na questão de monitoramento e avaliação Eu acho que até já pode sair como proposta, veja, é papel do estado, é papel do ministério, é papel dos municípios. Tendo um centro colaborador, ver como fazer uma parceria. Estado com centro colaborador e já pensar em como estar dando noções de monitoramento e avaliação para os municípios. Com os gestores que a gente tiver (GF)... principalmente, Aracaju, por que era um opositor, um opositor dos mais ferrenhos... Pra todas as questões..., regulação teve problema. A questão da atenção básica.... Coisa horrível (CC). Nossa maior dificuldade é na regulação, que é aqui uma questão política do município com a capital. E o ministério tem a sua posição em relação a isso. E isso dá um pouco de... Mas nas outras áreas agente acha que a coisa é a melhor possível (E1)</p>
Boa relação do Programa com os demais programas	<p>Você sabe que nós trabalhamos, mais de, quase um ano, sem dinheiro né? Por quê? Por que como o centro colaborador estava envolvido em outros projetos, principalmente do curso de gestão, qual era o que se fazia? Usar a oportunidade de vir, vir professor pra cá, vir não sei o que, ao mesmo tempo, aí estendia mais um pouco, fazia muita coisa, que era do monitoramento e avaliação (E12) É claro que cada coordenação tem um projeto de interesse. Eu terminei de fazer um projeto junto com a coordenadora da hanseníase e foi sobre a descentralização da hanseníase e a repercussão no atendimento. Foi um projeto que nos envolveu bastante, mas como esse projeto, a resposta dele dependia muito de monitoramento e avaliação, então pra gente foi assim, um completou o outro na realidade. , digamos a atenção básica detecta com o seu monitoramento e avaliação uma deficiência em uma determinada área técnica, eu acho que só vem contribuir a aquele coordenador. (E11) Competem, queira ou não acaba competindo.</p>
Apoio técnico do Ministério na implantação	<p>Eu digo, mas eu admiro o trabalho que o pessoal faz, é um trabalho fantástico. Digo, além do PROESF, a gente tem conseguido implantar, deve ter sido realmente né, e assim, o AMQ é outra ferramenta maravilhosa (E2) Falo da relação da SES com o Ministério É, até a gente ligava pra lá e o representante não sabia, não andava, em vez de ajudar, atrapalhava (E4)</p>
Participação do controle social no programa de fortalecimento	<p>Proposta Metodológica Aprovações <i>ad referendum</i> (E1). Como nós não temos problemas no Conselho Estadual, ele aprovou.</p>
Autonomia administrativa financeira da SES relativa-	<p>Não foi verificada a Execução direta dos procedimentos de aquisição de bens e serviços</p>

Quadro 24- Governabilidade: divergência dos discursos. Média Governabilidade.

Os setores fortemente envolvidos, que participam regularmente das atividades propostas pelo Programa, foram: coordenação da avaliação da atenção básica, da atenção básica, das vigilâncias, técnicos da vigilância sanitária e epidemiológica, coordenação dos sistemas de informação e da Hanseníase. A coordenação das Doenças Crônicas não Transmissíveis também participava, mas a sua representante saiu da SES. Os setores envolvidos parcialmente, por participarem sem tanta regularidade, foram: saúde da mulher, micro-regionais, financeiro e auditoria, e alguns setores das vigilâncias, como retrata a fala a seguir:

...Faltam os outros coordenadores que estão inseridos na vigilância participarem também. Porque a atenção básica é tudo. Mesmo você não estando na vigilância, não tem como trabalhar vigilância em saúde se você não trabalha com meningite, você não trabalha com dengue né, se você não trabalha com AIDS. Isso tudo faz parte da vigilância em saúde. Então, é atenção básica, mas chega um momento, que atenção básica e vigilância, são a mesma coisa (E6).

Embora tenham sido sempre convidados, os setores planejamento, financeiro e da auditoria se mantiveram pouco envolvidos. Também pode ser dito o mesmo em relação ao setor da tuberculose, políticas de saúde e recursos humanos.

Outra situação encontrada foi a de alguns setores da vigilância, que não foram convidados a participar e se sentem insatisfeitos, pois gostariam de estar participando.

Há satisfação por parte da maior parte dos entrevistados em relação ao programa: sentem prazer em realizá-lo e acreditam que ele contribui para o crescimento individual e coletivo da SES. As insatisfações ocorrem pelo fato de setores importantes não terem sido convidados e pelo fato do programa ter um foco voltado para AB e não para institucionalização da avaliação na SES como um todo. O contrário ocorre com o projeto das Funções Essenciais da Saúde Pública que possui um alcance maior e está voltado para a SES como um todo.

Além disso, é possível observar que os atores interessados reconhecem a necessidade de fortalecer os processos avaliativos na SES, favorecendo a adesão desta secretaria à intervenção. Assim, a coordenação da atenção básica acredita que o Programa foi uma conquista obtida, com outras coordenações estaduais, junto ao Ministério da Saúde.

Os resultados demonstram que há questionamentos sobre o quanto a institucionalização da avaliação da atenção básica vai enfraquecer certos setores importantes na SES e mostrar suas deficiências.

Digamos, a atenção básica detecta com o seu monitoramento e avaliação uma deficiência em uma determinada área técnica, eu acho que só vem contribuir com aquele coordenador... (E6)

Além disso, temem pelo maior fortalecimento de um setor já fortalecido no contexto da SES Sergipe. Em termos de Governabilidade a presença de conflito mantém relação com a rotatividade de membros das equipes técnicas.

Muita rotatividade. É um número muito alto. (CC)
A rotatividade também é maior nos outros setores, eles acabam não conseguindo acompanhar (E3).
...E houve várias mudanças do financeiro. E a cada um que mudava, a gente não conseguia avançar.

De uma forma geral os atores estão satisfeitos com a atuação do CC, sendo a maior queixa, a falta de uma presença maior, mais planejada, mais sistemática. O fato de o centro ser sediado noutro Estado, não torna a distância elemento dificultador. A distância é muito pequena, como revela o discurso:

De jeito nenhum [...] daqui pra Salvador, é o que, 3, 4 horas de viagem mais distante. De vôo é meia hora, 25 minutos o vôo. A gente tem muita afinidade com o pessoal da Bahia [...] teve um movimento da turma de especialização [...] a primeira turma foi a nossa [...]. Então, ta terminando a gestão deixando mais ou menos 60 pessoas formando, com o curso de especialização em gestão.

As entrevistas não apontaram um boicote ao Programa. Apenas um fraco envolvimento de setores fora do setor da atenção básica.

Há uma predominância do discurso sobre a boa relação do Programa com os demais. Não havia programas com objetivos divergentes, mas havia outros com objetivos mais amplos, com tendência à competição como o das FESP (todas as funções essenciais da saúde pública e não só a avaliação); a implantação dos Núcleos de Avaliação Econômica (identificada como sendo uma ação do Sistema de Informação e Orçamento Público em Saúde- Siops); a Supervisão da auditoria, por utilizar as mesmas informações da Proposta Metodológica de M&A da AB.

Competem, queira ou não acaba competindo. [...] até o processo da auditoria de gestão acho que compete muito com aquilo que esse projeto poderia vir a fazer. Eles elaboraram outro instrumento com as mesmas questões que tem nesse (refere-se à proposta metodológica). Acho que isso pra mim é competição, poderia ter se juntado e ter feito. Acho que integrar, pra não fazer a mesma coisa, pois o que escuto dos municípios é que as pessoas de setores diferentes vão lá pra fazer a mesma coisa. Se juntasse poder desses dois projetos... Eu acho que é aquela coisa de várias secretarias dentro de uma só.

E a regulação, auditoria, recursos humanos fique em coisa (menor), porque não tem nenhum projeto nesse sentido. Um deles seria as FESP... E aí as duas coisas a meu ver andariam muito bem juntas, a capacitação (E3).

O núcleo do ministério da saúde, do SIOPS, tá fazendo, tá indo aos municípios, descendo e fazendo tipo umas oficinas, pra estruturação do núcleo SIPOS em cada município. Eu acho que esse tem sido o grande interesse dos municípios. (E10)

As intervenções percebidas como objetivos complementares são: Política de Ciência e Tecnologia e Fortalecimento da Comunicação em Saúde (contidos no relatório de gestão), por facilitarem o uso das pesquisas na tomada de decisão.

É claro que cada coordenação tem um projeto de interesse. Eu terminei de fazer um projeto sobre a descentralização da hanseníase e a repercussão no atendimento. Foi um projeto que nos envolveu bastante, mas a resposta dele dependia muito de monitoramento e avaliação. Então pra gente foi assim, um completou o outro na realidade. Digamos, a atenção básica detecta com o seu monitoramento e avaliação uma deficiência em uma determinada área técnica, eu acho que só vem contribuir com aquele coordenador. (E6)

Você sabe que nós trabalhamos quase um ano, sem dinheiro né? Por quê? Porque como o centro colaborador estava envolvido em outros projetos, principalmente do curso de gestão, qual era o que se fazia? Usar a oportunidade de vir, vir professor pra cá, vir não sei o que, ao mesmo tempo, aí estendia mais um pouco, fazia muita coisa, que era do monitoramento e avaliação (CC)

Ainda, a implantação da Sala de Situação e do Núcleo de Ciência e Tecnologia foi identificada como ação que possui objetivos complementares que auxiliam na avaliação. Já o Siops e o Vigisus têm objetivos voltados para a institucionalização da avaliação. O Vigisus (que possui um componente de formação em avaliação) e as próprias ações para institucionalização da avaliação da atenção básica ainda não se integraram na própria Atenção Básica. O Pró-saúde, AMQ e o Pacto são percebidos como processos que precisam ser articulados. O Pró-saúde é semelhante por utilizar a avaliação como instrumento para tomada de decisão o que contribui para a institucionalização, com o fortalecimento da capacidade técnica das SES na cooperação técnica com os municípios e o fortalecimento.

Em suma, a existência de Programas similares, complementares ou mais abrangentes traz um resultado interessante: intervenções existentes na SES que se complementavam com o Programa podem fortalecê-lo. Todavia, intervenções com objetivos mais amplos, ou similares, precisam estar articuladas de forma a tornarem-se complementares, para não haver competição entre eles. Alguns atores falaram da necessidade de articulação entre os mesmos.

Pra mim, o VIGISUS é o que está mais relacionado com o fortalecimento [...]. Em relação a minha área técnica eu acho que o VIGISUS, não sei se por ter mais tempo, ele (o setor) talvez se engaje mais. O que não quer dizer que, no futuro, ainda falta alguma coisa pra completar, e ele também

não se engaje. Apesar de que, tudo o que a gente faz aqui na atenção básica, tanto a hanseníase como a tuberculose, participam ativamente (E6).

Existe uma coisa aqui chamada Pró-saúde. É uma ferramenta muito mal utilizada, porque é um questionário que deveria ter sido feito para identificar qual é a situação que existia no município pra ele receber o incentivo. Na minha concepção esse questionário seria ativado apenas uma primeira vez e, depois, vir a usar os outros instrumentos, ou o Pacto, ou o SIAB, ou o próprio Proesf. A idéia era selecionar os indicadores, depois começar a fazer o acompanhamento. Só que foi feito de uma forma errônea. Ficaram repetindo o questionário a cada três meses, então se perdeu todo o fundamento, a funcionalidade desse Pró-saúde [...]. Acho que isso atrapalhou muito a relação, da atenção básica com a própria atenção básica (E3).

E nem deixa de ser monitoramento e avaliação ligados até aos municípios. Mas (Pró-Saúde) avalia basicamente muito infra- estrutura e um pouco do processo de trabalho. Agora, outro grande desafio é a gente fazer com que estas propostas existentes, as propostas metodológicas, o Pró-saúde, o AMQ que chegou o pacto dos indicadores [...], façam um link, pra que não saiam tantos instrumentos, tudo separado, sem ver um o que o outro tá fazendo? Esse é um grande desafio que fica para a próxima administração...

O Apoio técnico do Ministério na implantação é visto como precário, embora se reconheça o ótimo trabalho que eles vêm desenvolvendo em todos os programas.

Percebe-se que os problemas que demandam maior empenho da coordenação do Programa para conseguir governabilidade em favor da implantação, referem-se à integração e articulação dos diversos setores na SES, ao engajamento dos atores em torno do Programa, o qual é dono de uma excelente receptividade, e uma boa mobilização. Mas, a participação efetiva de todos os técnicos, não ocorre. Para alguns entrevistados, a integração dos atores é frágil e restrita ao setor da Atenção Básica. A percepção é que o Programa é deste setor, por isso, o grupo ampliado não foi assumido pelos demais, caracterizando-o como um programa da AB.

Estes resultados também foram encontrados no relatório da avaliação formativa estadual (Momento Processual Finalístico - 2006) e na publicação do Conass Documenta 2005, decorrente de um trabalho de conclusão do curso de especialização em gestão de profissionais da SES-SE.

Alguns atores mantêm uma boa relação com os municípios, o único problema é a relação com a Secretaria Municipal de Saúde da capital. Esta falta de entendimento é um fato histórico em Sergipe, somada às dificuldades de definição de papéis dos entes envolvidos na gestão triparte do SUS. Um agravante no contexto é que o governo do estado e o da capital são de partidos políticos opostos.

Outro fator destacado foi a chegada destas intervenções nos municípios. Muitos consideram que existem projetos semelhantes.

O controle social funciona mais como um requisito formal para aprovar o Plano de Monitoramento e Avaliação do que como parceria para a institucionalização da avaliação da atenção básica. O fato é que os conselheiros não participaram da elaboração da Proposta Metodológica, omitindo-se os interesses dos usuários do sistema de saúde na mesma. Então, indicadores que serviriam para prestação de contas à sociedade não foram contemplados na proposta metodológica do estado. Porém, a boa relação da equipe gestora da SES com os demais membros do Conselho propiciou tal aprovação, que é um dos requisitos para implantação do programa. Destaca-se ainda a presença de atividades destinadas à inclusão do mesmo na proposta metodológica de M&A AB.

Uma situação em que já ocorreu integração foi com o curso de especialização em Gestão e o projeto de estudo do programa de Tuberculose e suas repercussões no atendimento. A integração com municípios foi a mais prejudicada.

Ainda, foi possível conhecer que os grandes problemas que estão fora da governabilidade da SES referem-se aos procedimentos adotados pelo Governo do Estado de Sergipe para realização de compras e toda a estrutura da licitação. A SES possui um Grupo Técnico ligado à Secretaria de Administração, mas a Atenção Básica não faz parte desta comissão. Os demais, dizem respeito à própria regra da administração pública brasileira que, em algum momento, ficou incompatível com as regras de financiamento do Banco Mundial. Este é um problema que pode interferir na implantação do programa, pois são necessários os recursos financeiros para desenvolver as ações propostas.

Um último aspecto importante do contexto, que afeta a governabilidade são as potenciais mudanças na SES, e no Ministério da Saúde, devido ao processo eleitoral. Isso poderia prejudicar a consolidação do trabalho, o envolvimento dos atores e, até mesmo, a continuidade da intervenção no âmbito federal. Isso tem relação com o tempo de gestão no Brasil. Estas são variáveis que a SES não pode controlar. A questão envolve tempo técnico e tempo político, oportunidade do projeto e tempo de implantação insuficiente. Talvez, o item que mais tenha influenciado a implantação do Programa, na área da Governabilidade, tenha sido o fator tempo técnico e político. Para alguns, o objetivo é a institucionalização da avaliação como

um todo. Para outro, só se restringe a Atenção Básica. Por isso, quanto mais se amplia o objetivo de institucionalizar na SES maior governabilidade será exigida.

...Uma das coisas que os grupos mais colocam, por exemplo, quais foram os projetos que vocês mais, assim, que vocês apontam como sendo os mais importantes da secretaria, monitoramento e avaliação, monitoramento e avaliação está sempre presente nas respostas das pessoas (E12).

Ou seja, pra mim deu mais clareza e maior possibilidade de se institucionalizar, mas ainda é formal, é informal, não se formalizou isso. E ainda o *modus operandi* das pessoas, ainda é aquele velho, coisa antiga (E5)

Ela não se institucionaliza, penso eu, a partir de um setor, de um grupo, de um gueto, e por todas as características que eu já lhe falei, da adjunta ser do ramo, de ter um grupo lá já mais consolidado, pessoas e tal, em alguns projetos acabou acontecendo, o meu medo é que isso aconteça também no monitoramento e avaliação. Dela não se institucionalizar como um todo, ficar restrita (E3).

<p>Realização de empenho e liquidação de pagamento dos processos licitatórios pela SES</p>	<p>... Por que a secretaria faz uma licitação centralizada (E2). Depende do setor financeiro. Eu não mexo com essa parte financeira, mas a meu ver, pelo que agente ouvi falar, dentro da minha própria coordenação, os recursos são viáveis, o problema todo é como poder gastar este recurso. Hoje nós temos licitações centralizadas que demoram muito a realização das coisas, e agente fica tolhido por isto (E11)..</p> <p>Um ponto de fragilidade é o de realizar licitação. Por que o Estado, quando esta atual gestão de 2003, entendeu que pra diminuir custos, agilizar os processos do período, fazer as coisas centralizadas... Só que a máquina administrativa não estava preparada para isso. Então ela anda vários setores diferentes de fora da secretaria, que a gente não tem governabilidade e aí a gente fica nessa demora toda para terminar o processo... (E2)</p>
<p>Integração dos atores em torno do programa</p>	<p>Eu acho que foi interessante a idéia de trazer pessoas de outros setores como vigilâncias, que já estão intrinsecamente ligados a atenção primária em saúde. Mas a regulação, políticas de saúde precisam ter um maior envolvimento eu acho, pra que a coisa, como o nome já diz, se institucionalize e não se focalize apenas na atenção primária a saúde (E3)... Alguns se envolveram de certa forma, talvez não tanto quanto outros (E4). No início todo mundo participa, mas depois acaba se esvaziando e sempre as mesmas pessoas que estão nesse projeto... Mas continua sendo os mesmos: atenção básica, vigilância e informação em saúde, esse tripé. Os outros, eles acabam não se envolvendo nesse processo (E4) uma das coisas foi a dificuldade ainda de integração (GF) ...Vão ter que ser criadas as outras estratégias para integrar mais ainda, porque ainda não é suficiente essa integração, e tem que ter (E2) Outros se envolveram muito pouco: foram embora, não viram o que era e não sentiu atração (E4) Eu acho que alguns são indiferentes (E6)...</p>
<p>Presidência da comissão de licitação da saúde</p>	<p>A coordenação do programa não participa da comissão de licitação. Então, se eu preciso de uma licitação, eu saio de mim e vai pro meu chefe imediato. O chefe imediato vem pra junto pro gabinete da secretaria adjunto. Daqui vai para o gabinete do secretário. Ele autoriza. Quando ele sai do autorizo do secretário, é um Deus nos acuda. Eu nunca sei se vai pro DARF, porque não existe um fluxo definido. E depois, quando sai da própria secretaria que ela tem que..., que ela faz as licitações do pregão. É a administração, é a secretaria da administração, mas tem que ir pra Fazenda. Tem que ver se tem dotação orçamentária e tem que ir pra Procuradoria Geral do Estado para ser aprovado. (E1)</p>
<p>Compatibilidade de Regras de execução financeira do programa com as regras nacionais da Administração Pública (novo)</p>	<p>...esse recurso que demora. A dificuldade, a dificuldade da formalização de algumas coisas, como contrato... É problema, pra quem quiser enfrentar o negócio, sabe que vai enfrentar isso, porque, eu acho que é próprio da administração pública (E12)</p> <p>...Porque na verdade, existem duas regras na verdade. Uma que é do Banco Mundial, que diz que você pode contratar sem fazer licitação e a regra do País, que diz que você só pode contratar, no serviço público mediante a lei 8.666...chegou num momento que a gente diz assim, a gente não vai conseguir contratar o centro colaborador (GF)</p> <p>...E é uma coisa muito complicada mesmo, olhe, mesmo sem fazer licitação, nós temos toda a documentação guardada, arquivada, das instituições que responderam.... Então nós deixamos isso documentado, encaminhamos pra PGE, pra Procuradoria Geral do Estado, autorizado a fazer um contrato... (E2)</p>
<p>Conjuntura política favorável pela Congruência entre tempo técnico e político</p>	<p>Bom, tecnicamente sim (viabilidade). Politicamente não, por que politicamente, na realidade é, é final de feira aqui. Poucas pessoas envolvidas nos projetos, mas tecnicamente ele é viável. (E4). E realmente quatro anos, não é suficiente pra você elaborar proposta, implantar e deixá-las consolidadas, de tal profundidade, que venha a quem vier (risos). Como você tava dizendo aí.... Eu só queria mais um ano, só mais um ano (GF). agora eu sinto, depois, depois de ter, conseguido todo esse conhecimento, né? Eu acho que a gente chegou ao ponto que a gente precisava colocar todo esse conhecimento em prática, e aí, né... (risos) vamos precisar de mais... É a gente não conseguiu consolidar, tudo o que a gente aprendeu. Essa é a minha frustração, porque eu acho que tanto conhecimento, né, a gente abriu a cabeça, né, e a gente não pode botar em prática (GF). Porque a gente não voltou aos municípios, pra sentar de novo com essas equipes, e dizer olhe, isso é assim, é por aqui agora que a gente deve caminhar. Pra gente chegar onde a gente precisa (ainda vai demorar). Não sei, será que esse não é um papel do centro colaborador?(E6) Eu gostaria que tivesse sido implementado mais, porque nós fizemos o projeto, nós construímos um instrumento e na hora de operacionalizar, de utilizá-lo mesmo né, agente termina um ano e não sabe se no próximo ano isso vai ser utilizado, pelo menos da forma que foi construído. Tenho a impressão que o projeto em si de monitoramento e avaliação, ele não vai terminar, ele vai seguir, agora se esse instrumento vai ser utilizado dessa forma, a nova gestão é quem vai avaliar e dizer. (E11) É evidente que agente tentou ao máximo aquilo que estava dentro da nossa governabilidade no tempo que faltava, mais ou menos um ano de gestão, não mudou coisas muito grandiosas que não dava...., ou nós não tínhamos governabilidade ou estava fora daquele tempo de...., pré-gestão(E3)</p>

Quadro 25- Governabilidade: convergências no discurso (sentido negativo- contrário ao critério). Baixa governabilidade.

6.4.1 O Histórico de Implantação do Programa como elemento da Governabilidade

A história do surgimento do programa apareceu como um elemento facilitador no contexto uma vez que a SES-SE se sente partícipe dessa elaboração considerando-o conquista junto ao governo federal. Este fato corrobora com a adesão ao programa somada à oportunidade do mesmo na percepção de técnicos e gestores da SES. O contato inicial da SES foi com o Componente 1 do Proesf direcionado à expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família nos municípios com mais de 100.000 habitantes.

[...] nós tivemos um primeiro contato, não foi nem com o PROESF do Estado, o primeiro contato foi PROESF dos municípios, por causa do componente 1, que na época, eu não estava nem aqui, quando teve o primeiro projeto dos municípios.

No entanto, a Secretaria Estadual ficou à margem deste projeto, apontando dificuldades na relação entre os três gestores do SUS. Nos encontros com o Ministério da Saúde, as coordenações estaduais pleiteavam um incentivo para fortalecimento da gestão estadual da atenção básica. Atendendo a este pleito, o Ministério da Saúde amplia o componente 3 do Proesf destinado, inicialmente, ao monitoramento e avaliação do componente 1 e lança o Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica.

Veio (o Componente 1 do Proesf) para ser aprovado, mas não foi um projeto construído em conjunto com o Estado. Foi uma demanda, inclusive o Ministério depois fez várias falas sobre isso, que foi a proposta que o Ministério passou por cima do Estado e foi direto para o município. (E2)
Só que era uma luta de todas as coordenações dos Estados, de Brasília, quando a gente tinha reunião lá no DAB, que existiam recursos para os municípios, mas não existiam recursos para as coordenações das atenções básicas dos Estados. Então, era uma briga, eu me lembro bem, uma menina de Tocantins, que na época era a coordenadora do Estado, questionava muito por que os municípios tinham recurso e o Estado não, mas o Estado tinha que ter recurso, sim, mas não tinha uma política definida (GF).
Em 2004 surgiu a proposta do Plano estadual de monitoramento e avaliação da Atenção Básica, referente ao Componente 3 do Proesf. (E2).

Nessa época SE já tinha iniciado um movimento em prol da institucionalização da avaliação da atenção básica através do Pró-saúde, considerando-se partícipe na proposição do Programa e percebendo-o como uma conquista da luta conjunta das demais coordenações estaduais da Atenção Básica, junto ao Ministério da Saúde:

[...] a secretária de saúde quando assumiu em 2003, definiu na agenda estadual que a real organização da atenção básica, deveria ser através da estratégia saúde da família, e ficou consolidado isso, além da agenda dentro do plano estadual de saúde. Então, já era uma prioridade para Sergipe, mas não era para o País, para os outros Estados de uma maneira geral (E. 2)

A secretaria da saúde em 2003, quando a atual gestão assumiu, começou fazendo o primeiro movimento de monitoramento e avaliação pra fazer um diagnóstico de como tava a situação da atenção básica no Estado, aí elaborou as oficinas, que pra mim. Foi a primeira experiência de monitoramento e avaliação do Estado, onde escutou todos os profissionais, dos 75 municípios, 74 participaram e depois também foi feito com os agentes de comunidade de saúde, então, também a gente teve um diagnóstico que sabia exatamente o ponto de fragilidade dos municípios. Depois dessa avaliação, foi criado o pró-saúde, em agosto de 2003, através do decreto 22.111, vendo as fragilidades, as necessidades de se passar o recurso com critérios pra ser repassado (GF).

Após adesão ao Projeto, a SES elaborou o Plano Estadual de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, o Plano Operativo Anual e o Plano de Aquisição. O Centro Colaborador foi contratado e a Proposta Metodológica, elaborada com a participação de várias áreas técnicas:

Em 2004, a gente elaborou três propostas, até que a final foi aprovada, hoje a gente viu o quanto a gente conseguiu avançar. (E2)

Depois da elaboração da proposta, elaborar o POA, o PA... (E2)

...A gente conseguiu fazer a contratação (centro colaborador). Depois foi a elaboração da proposta, que a gente pensou: meu Deus, onde isso vai dar mesmo? Era tudo muito novo para todo mundo... (E2)

O projeto de monitoramento e avaliação foi feito num grande grupo, que seria uma comissão envolvendo todas as áreas da secretaria, todas: saúde mental, AIDS, todo mundo, não podia dizer que não, porque era uma das grandes questões da secretaria, era que as coisas eram resolvidas nos gabinetes e que os grupos não sabiam, não participavam, aí era assim, chama todo mundo.

Para os entrevistados, o programa não está completamente implantado. Ele iniciou, num movimento de intensa construção coletiva entre as áreas da SES, resultando num instrumento pronto, faltando, no entanto, a implantação da proposta para avaliar sua funcionalidade:

...A gente ainda tá muito verdinho nesse processo de implantação. Terminou o produto agora, mas ainda não o colocou em prática, nós não vimos especificamente como é que ele funciona, quais são os ajustes [...] só vou ver a funcionalidade dele, a utilidade dele, no processo [...] até chegar ao produto final. Agora, nós já temos os instrumentos adequados, mas preliminares, por que a gente não aplicou a gente não sabe ainda a validade, ou seja, não foi validado pelo processo (E5).

... Ele ainda está na fase de cooperação, de conhecimento e de entendimento. Então, a fase de cooperação, de troca, que eu acho que depois vem pra fase de conclusão, aonde chegarão às fases de consenso, que aí, eu já acho que essa gestão não vai conseguir mais chegar aos consensos que a gente precisaria. Porque a gente sempre trabalhou trocando, cooperando um com o outro, no que um precisava, o outro

cooperava, então, eu acho que essa primeira fase foi a fase de cooperação. Então, a fase de consenso, de fechar, ainda ta por vir (E11).

O quadro 26 a seguir sumariza os achados de acordo com os critérios definidos a priori e os encontrados nas falas dos entrevistados, e expressa o quão favorável era o contexto.

Projeto de Governo	Governabilidade	Capacidade de Governo	
Saúde como prioridade no Projeto de Governo	Existência de profissional responsável pela gestão financeira do Fundo Estadual de Saúde	Desenho Organizativo	Desenho macro-institucional – departamentalização
Atenção Básica como Prioridade de Governo	Autonomia financeira da responsável pelo Programa		Organograma funcional compatível com as funções macro-institucionais
Presença do Monitoramento e Avaliação no Projeto Governo	Legitimidade do núcleo coordenador do Programa		Existência de um setor de M&A da Atenção Básica
Incorporação do Programa de Fortalecimento ao Projeto de Governo	Composição da coordenação do programa		Existência de uma coordenação da Atenção Básica
Atuação da SES conforme papel da SES no processo de descentralização	Boa relação da coordenação do programa com a Alta Direção da SES	Perícia Pessoal	Estabilidade da Direção
Funções Essenciais da Saúde Pública	Boa relação da coordenação do Programa com o administrativo-financeiro da SES		Perícia pessoal do Governante Liderança, conhecimento e experiência Respeito às decisões técnicas (novo)
Presença de outras políticas com objetivos complementares ao Monitoramento e Avaliação	Boa relação do Centro Colaborador com a coordenação do projeto- afinidades, participação em projetos anteriores	Sistema dos micros processos que regulam a relação entre grentes e operadores de programas	Envolvimento de Servidos Efetivos
Projeto de Governo com direcionalidade SUS	Boa relação da equipe do programa com esfera de governo federal		Funcionamento da AB
	Satisfação da coordenação estadual do programa com a coordenação nacional		Conhecimento da Equipe técnica sobre o Papel das SES na Atenção Básica
	Satisfação do Centro Colaborador com o Programa, percepção de benefícios		Conhecimento da Equipe técnica sobre SP
	Características do programa em gerar coesão e não fragilizar setores		Conhecimento sobre avaliação
	Participação na proposição do Programa		Experiência da Equipe em M&A
	Poder do Setor onde o Programa está alocado (Atenção Básica) para mobilizar os recursos necessários à sua implantação		Desarticulação entre os diversos setores da SES
	Boa relação do Programa com a Alta Direção da SES		Funcionamento dos setores que não fazem parte da Atenção Básica
	Adesão dos interessados ao Projeto de Governo		Política de Recursos Humana deficiente em termos de rotatividade, suficiência, mecanismos de contratação e formação
	História do Programa para a SES		Insuficiente conhecimento do Programa por parte da SES
	Boa relação da coordenação do Programa com os demais setores envolvidos		
	Apoio dos técnicos da saúde (adesão, receptividade, mobilização, participação efetiva) ao programa		

Quadro 26- Síntese dos Resultados encontrados na análise do contexto. (continua)

Projeto de Governo	Governabilidade	Capacidade de Governo
	Envolvimento de setores planejamento, financeiro auditoria...	
	Satisfação dos envolvidos o programa (satisfação e prazer em realizá-lo)	Sistema da Agenda do dirigente
	Satisfação dos atores com a atuação do CC	Assessoria técnica-política
	Boa Relação do Programa com os municípios	Capacidade do Centro Colaborador
	Boa relação do Programa com os demais programas	Planejamento
	Apoio técnico do Ministério na implantação	Manejo de crises
	Participação do controle social no programa de fortalecimento	Cobrança e prestação de contas por desempenho- sistema de petição e prestação de contas
	Autonomia administrativa financeira da SES relativa	Gerência por operações
	Integração dos atores em torno do programa	Monitoramento
	Realização de empenho e liquidação de pagamento dos processos licitatórios pela SES	Deficiência nos dispositivos de Comunicação na SES
	Presidência da comissão de licitação da saúde	Deficiência no Sistema de Execução de recursos financeiros
	Regras de execução financeira do programa compatíveis com as regras nacionais da Administração Pública	
	Conjuntura política favorável pela Congruência entre tempo técnico e político	

Quadro 26- Síntese dos Resultados encontrados na análise do contexto. (conclusão)

6.5 A Influência do Contexto sobre o Grau de Implantação

O retrato da implantação do programa permite observar que há relação entre o encontrado e o contexto político-institucional da Secretaria de Saúde de Sergipe.

Avançando na investigação da influência do contexto na dimensão Gestão Técnico-Financeira, as principais fortalezas e fragilidades foram sintetizadas no quadro 27. É possível observar que houve influências maiores no sentido do fortalecimento do que na fragilização, explicando a implantação desta Dimensão.

Dimensão 1 Gestão Técnico-Financeira		Grau de Implantação: 88%		Implantado
Fortalezas	Influência do Contexto	Fragilidades	Influência do Contexto	
<p>Legitimidade do Núcleo coordenador e Núcleo ampliado pela portaria 366 de 25/05/2005 e portaria 1793 de 24/10/2006.</p> <p>Existência de Três profissionais para trabalhar 40 horas no núcleo de M&A</p> <p>Forte investimento inicial na estruturação da SES (física e equipamentos).</p> <p>Competências dos membros do núcleo coordenador definidas (proposta metodológica produto IV)</p> <p>Aprovação da Proposta Metodológica pelo CES</p> <p>Fácil acesso às informações para alimentação do SGP</p>	<p>Projeto de Governo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Centrado na ABS ✓ Institucionalização da Avaliação fazendo parte do Projeto ✓ Incorporação do Programa ao Projeto de Governo <p>Capacidade de Governo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Perícia Pessoal do dirigente: secretária Adjunta com grande experiência na avaliação da Atenção Básica e grande capacidade de liderança. ✓ Autonomia da coordenação do programa ✓ Desenho organizativo: proposta de um novo organograma com a criação da coordenação de avaliação da atenção básica ✓ Tecnologia de gestão: Centro colaborador definiu competências dos envolvidos na proposta metodológica <p>Governabilidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Atenção Básica (responsável pelo projeto) ligada diretamente ao gabinete. ✓ Boa relação SES e CES ✓ Autonomia da coordenação do Programa ✓ Parceria entre a coordenação do Programa e o financeiro ✓ Boa relação com a coordenação nacional do Programa 	<p>Falta de periodicidade na alimentação do Sistema de Gerenciamento do Proesf: O tempo de alimentação tem que ser rápido; O acesso ao sistema é difícil.</p> <p>Falta um cronograma de encontros. O centro colaborador era quem desempenhava o papel de mobilizador dos encontros do grupo</p> <p>A proposta foi aprovada <i>ad referendum</i> no CES e, por ser preliminar, apresentada, apenas na CIB, recomendação dos próprios membros da Comissão.</p> <p>Realização de uma avaliação processual formativa, mas não foi feita síntese destes momentos.</p>	<p>Capacidade de Governo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dificuldade da Secretaria com questões relativas às tecnologias de gestão: planejamento, orçamento e operação de computadores por parte da responsável do Ministério. ✓ Rotatividade excessiva de profissionais <p>Governabilidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pouca participação do setor de planejamento; fluxo de execução de recursos na SES pouco claro. ✓ Regras da administração pública em conflito com as do órgão financiador (Banco Mundial) 	

Quadro 27- Fortalezas e Fragilidades identificadas na implantação explicadas pela influência do contexto político-institucional. Dimensão Gestão Técnico-Financeira. SES-SE, 2006.

A Dimensão 2, Integração intra e intersetorial na SES para as ações de M&A, parcialmente implantada, obteve um pouco mais de 50% de implantação. Avançando na explicação é possível encontrar uma maior quantidade de elementos contextuais fragilizando esta dimensão nas áreas da Governabilidade. A Capacidade de Governo consegue viabilidade de implantação demonstrando uma das fortalezas (quadro 28):

Dimensão 2 : Integração		Grau de Implantação- 56%		Parcialmente Implantado			
Fortalezas		Influência do Contexto		Fragilidades		Influência do Contexto	
Monitoramento forte da qualidade dos SIS, incluindo CNES, SIM/Siab Forte investimento na integração dos diversos setores na SES no Âmbito da SES, não captada pelo instrumento Há um plano de integração contido na proposta metodológica não captada pelo instrumento, mas indicador importante Apesar de não haver regionais, houve envolvimento dos municípios, com participação do COSEMS Parceria identificada entre a avaliação e o Programa dos Hospitais de Pequeno Porte		Capacidade de Governo: ✓ Reconhecimento das dificuldades de integração na SES e projetos de melhoria neste sentido ✓ Presença do setor SIS no núcleo ampliado ✓ Perfil do dirigente do programa- liderança técnica-política Governabilidade ✓ Envolvimento destes atores nas oficinas de elaboração da Proposta Metodológica ✓ Boa relação da SES com o Cosems		Competição entre o projeto do AMQ e a elaboração de propostas de avaliação para municípios do Proesf. Cooperação muito forte em relação ao SIAB. E uma melhoria na realização do Pacto Faltam ações de cooperação técnica com os municípios para implantação de sistemas de monitoramento e avaliação da atenção básica. Existência de uma proposta de avaliação das estratégias de integração na SES, mais ainda não está implantada		Capacidade de Governo ✓ Falta de articulação entre os setores da SES Governabilidade ✓ Pouca mobilização de alguns setores que não fazem parte da AB no Programa ✓ Sentimento de que o Programa pertence e fortalece mais a AB ✓ Competição entre os setores ✓ Mudanças no governo por processos eleitorais limitando o tempo técnico de desenvolvimento das ações junto aos municípios ✓ Características individuais dos atores	

Quadro 28: Fortalezas e Fragilidades identificadas na implantação explicadas pela influência do contexto político-institucional. Dimensão Integração. SES-SE, 2006.

Juntos, centro colaborador e núcleo de monitoramento e avaliação, elaborando uma série de atividades para melhorar a integração na SES-SE. São elas:

- Analisar e discutir os processos de trabalho concretamente no dia-a-dia tentando superar o trabalho isolado compreendendo o trabalho articulado em rede de pessoas
- Retomar o trabalho nos grupos de Trabalho: Monitoramento e Avaliação de indicadores do estado de saúde da população; Monitoramento e Avaliação da Gestão, Atenção à Saúde e Controle Social; Cooperação técnica e processo de trabalho
- Articular instrumentos, programas e projetos de M&A
- Criação de Fóruns de discussão para integração das atividades de M&A

- Treinar profissionais de deferentes áreas da SES
- Criar lista eletrônica dos membros da equipe de M&A e socializar todas as informações Mobilização política dos municípios, entidades, instituições e usuários em prol da avaliação Criação de espaços de interlocução- plenárias abertas e descentralizadas; fóruns de debates com usuários valorizando sua posição no sistema
- Pactuação com secretários a implantação de sistemas de M&A (SERGIPE, 2006)

O Grau de implantação alcançado pela Dimensão 3 (quadro 29) é explicado pela influência de grande quantidade de elementos favoráveis no contexto, dos três vértices do triângulo de governo de Matus .

Dimensão 3 Desenvolvimento de Capacidade Técnica Implantado		Grau de Implantação: 80%	
Fortalezas	Influência do Contexto	Fragilidades	Influência do Contexto
Há uma proposta de Educação Permanente em Atenção Básica e não específica em Monitoramento e Avaliação A SES estava sensibilizada pra o Monitoramento e Avaliação com o processo das funções essenciais Uma pesquisa avaliativa foi aprovada pelo CNPq e CC Realizada avaliação formativa do Programa pelos especializando do curso de gestão ofertado pela SES em parceira com o ISC Contribuições de todos na Elaboração da Proposta Metodológica	Projeto de Governo; ✓ Centrado na AB ✓ Institucionalização da Avaliação no Projeto de Governo ✓ Presença de uma política de ciência e tecnologia Capacidade de Governo ✓ Presença do setor responsável pelos SIS ✓ Reconhecimento da Função de monitoramento e avaliação como essencial na Saúde Pública Governabilidade ✓ Parcerias anteriores entre SES e Capacidade de Governo do CC ✓ Presença de programas complementares parceiros ✓ Afinidades entre SES e CC	Pouca participação da SES nos ELB, por falta de incentivo da Instituição de Pesquisa ou do próprio Ministério da Saúde. Pouco investimento/incentivo na identificação e incentivo das avaliações normativas e pesquisas avaliativas Proposta de Avaliação do Impacto na Mino município de Socorro como pesquisa avaliativa, não agregada explicitamente a Proposta Metodológica Colaboração do CC cessou com a finalização das atividades e encaminhamento da prestação de contas ao Ministério	Capacidade Governo do CC ✓ O Centro Colaborador optou por fortalecer os processos vigentes e centra na avaliação normativa. Governabilidade ✓ Pequeno incentivo do Ministério da Saúde neste sentido (aval de impacto) ✓ Relação fraca entre SES e instituição promotora dos ELB

Quadro 29 - Fortalezas e Fragilidades identificadas na implantação explicadas pela influência do contexto político-institucional. Dimensão Desenvolvimento de Capacidade Técnica. SES-SE, 2006.

O êxito alcançado pela Dimensão Informação e Comunicação é explicado pela priorização da SES na publicização das informações, elemento destacado no Projeto de Governo da SES-SE (quadro 30). Ela mantém uma gráfica própria e assume este compromisso na Agenda de saúde. Ainda, o novo organograma cria e propõe a ligação da Assessoria de Comunicação ao

Gabinete. No que tange a comunicação interna entre os setores, foram identificados problemas demandando ações para sua melhoria.

Dimensão 4 Informação e Comunicação		Grau de Implantação: 95%	
Fortalezas	Influência do Contexto	Fragilidades	Implantado
Grande investimento da SES como um todo na publicação dos seus documentos e intercâmbio com outras instituições Forte planejamento de publicações. Disponibilização de vários documentos na internet	Projeto de Governo ✓ Compromisso assumido nas Agendas com o fortalecimento da política de comunicação na SES Capacidade de Governo • Gráfica própria • Assessoria de Comunicação	Não foram elaborados informes, mas existe uma proposta bem estruturada de elaboração de cartas aos municípios sobre o Pacto da AB Falta a proposição de outras estratégias que favoreça a comunicação ao interior da SES, entre os diferentes setores (seminários, reuniões....) Pouco conhecimento das SES sobre o programa	Governabilidade ✓ Proximidade das eleições dificultando o desenvolvimento do programa junto aos municípios. Capacidade de Governo ✓ Precarização das relações de trabalho-rotatividade, não garantindo a permanência dos técnicos que foram capacitados na AB ✓ Falha nos mecanismos internos de comunicação

Quadro 30 - Fortalezas e Fragilidades identificadas na implantação explicadas pela influência do contexto político-institucional. Dimensão Informação e Comunicação. SES-SE, 2006.

O quadro 31 apresenta a sistematização dos elementos contextuais e revela que tanto há elementos favoráveis quanto potencialmente restritivos à implantação, e alguns efeitos encontrados, por dimensões.

Dimensões	Elementos contextuais favoráveis à implantação		Elementos contextuais que dificultaram a implantação	Efeitos
Dimensão Gestão Técnico-financeira	<p>Perícia da Direção do Programa (Liderança, conhecimento e experiência) Perícia da Secretária Adjunta Capacidade da coordenação do programa em colocar o projeto em prática-condução (POAS, PAs) Perícia pessoal em identificar os atores influente, aliados que ocupavam cargos a técnicos Perícia em superar as restrições da Governabilidade Estabilidade da direção Sistema de petição por prestação de contas- avaliação das agendas Apoio do centro colaborador. Conhecimento da equipe técnica da AB em informática Experiência da equipe em participar de processos avaliativos.</p>	CG	<p>Dificuldade na operação de sistemas computacionais por parte da coordenação do programa Falta de clareza do fluxo de execução financeira e. Deficiência no planejamento da SES Falta de uma cultura de gerência por operações Deficiência na Política de Recursos Humanos da SES Sobrecarga de trabalho dos membros participantes Falha no sistema de Gerencia por operações Funcionamento isolado nos departamentos</p>	Melhoria na infraestrutura da AB melhorando as condições de trabalho
	<p>Boa relação SES com o setor financeiro Boa relação com o Ministério da Saúde Boa relação do programa com a alta direção da SES Boa relação da coordenação do programa com a alta direção da SES Legitimidade - Portaria Boa relação da coordenação com demais setores Boa relação com o setor financeiro Autonomia da coordenação Boa relação com o CES Satisfação dos envolvidos Afinidade entre SES e CC Satisfação do CC Apoio técnico-político da coordenação nacional do programa</p>	GOV	<p>Problemas na integração entre os setores que compreendem que o mesmo pertence à AB Apoio tecnológico com problemas (Disponibilização de software pelo Ministério deficiente). Incompatibilidade de regras de execução financeira Banco mundial e brasileira Centralização dos processos licitatórios pela SES Insuficiente participação do setor de planejamento Insuficiente participação do CES Dificuldades na gestão intersetorial do mesmo, incluindo a integração dos setores. Dificuldades na relação com a capital (partido político oposto) Tempo do projeto-ainda não finalizado Mudanças eleitorais</p>	Legitimou necessidades de mudanças na Estrutura Organizacional da SES em relação ao M&A
	<p>Prioridade do PG para com a AB Relevância da AB o M&A Incorporação ao Programa Projetos complementares ao Programa (Especialização com o ISC</p>	PG		Revelou propósito de governo com a institucionalização do M&A contribuindo com a discussão do papel da SES no atual contexto da descentralização

Quadro 31- Retrato da influência do contexto sobre as dimensões do programa analisadas. (continua)

Dimensões	Elementos positivos do contexto			Restrições no contexto					Efeitos
Dimensão Integração	<p>Experiência da equipe no Pacto e SIAB Existência de técnico em SIS Experiência atuação do CC Técnicos com conhecimento- SIS</p>	CG		<p>Falhas na relação da SES com os municípios nas atividades de cooperação e execução de avaliações Desenho macro-institucional – departamentalização Falta de uma cultura de gerência por operações Sobrecarga de trabalho dos membros participantes Problemas no sistema de comunicação Planejamento do programa Estrutura municipal deficiente (informática, RH...) Monitoramento e avaliação incipientes. Deficiência de Integração entre os setores. Deficiência na qualidade dos SIS e estrutura de informática</p>					<p>Incentivou o fortalecimento do M&A no âmbito municipal</p>
	<p>Boa relação com os municípios, exceto Aracaju – Proesf Interesse da equipe técnica</p>	GOV		<p>Problemas na integração entre os setores Características individuais Experiência negativa em relação à avaliação-sentimento de que AB ira fiscalizar o seu trabalho Sentimento de que o programa está fortalecendo uma área que já é fortalecida na SES Sentimento de que o programa é da AB e não dos setores convidados Falta de conhecimento do Programa Dificuldade na relação com a SMS da capital-partidos opostos Competição entre programas Tempo técnico e político Afastamento de setores importantes: planejamento, financeiro</p>					<p>Melhorou relação de cooperação com os municípios Fortaleceu a percepção dos atores sobre o papel da AB na reorientação do modelo tradicional de Atenção à Saúde e, conseqüentemente,, à adesão dos atores ao Projeto de Governo</p> <p>Fortaleceu integração entre os setores</p>

Quadro 31 - Retrato da influência do contexto sobre as dimensões do programa analisadas. (continuação)

Dimensões	Elementos favoráveis do contexto		Restrições no contexto	Efeitos
Dimensão Desenvolvimento Capacidade Técnica	Atuação do CC Experiência da equipe	CG	Política de RH deficiente Funcionamento dos outros setores Estrutura organizacional da SES não compatível com as Funções Essencias Departmentalização Pouco domínio da SES sobre o assunto pesquisas avaliativas impacto Incipiente em uso de pesquisa	Ampliou conhecimento da Equipe Técnica em M&A Fortaleceu práticas anteriores de M&A Fortaleceu o planejamento das ações na SES
	Interesse de atores pelo programa como forma de atualizar os seus recursos Satisfação dos atores com o CC Afinidade da coordenação com o centro Boa relação com os demais setores Satisfação do CC com o programa Boa relação do programa com demais programas Boa relação do programa com demais programas	GOV	Descontinuidade decorrente das mudanças de governo decorrente dos resultados das eleições 2006 onde o candidato da oposição saiu vitorioso. Pouco envolvimento do setor de RH Dificuldade de Integração Competição entre programas Insatisfação de alguns atores com a atuação do centro colaborador Insuficiente estímulo do MS para participação da SES nos ELB Conjuntura política desfavorável pela incongruência entre tempo político e técnico	Fortaleceu integração entre os setores Fortaleceu cooperação técnica com os municípios
	Prioridade para AB e M&A Projetos complementares	PG		
Dimensão Informação e Comunicação	Projeto de Governo- com a comunicação Projeto de Governo que fortalece	PG		
	Perícia em construir viabilidade através da publicização das ações Perícia para condução do programa	CG	Funcionamento isolado nos departamentos Falta de uma cultura de gerência por operações Falhas no sistema de comunicação	Ampliou capacidade de tomada de decisão
	Interesse dos Municípios	GOV	Conjuntura política desfavorável pela incongruência entre tempo político e técnico	

Quadro 31 - Retrato da influência do contexto sobre as dimensões do programa analisadas. (conclusão)

6.6 Efeitos do Programa sobre o Contexto Político- institucional

Embora não tenha sido objetivo específico do estudo, efeitos no contexto foram percebidos e por isso, aqui apresentados (quadro 32). Eles revelam influências nos três lados do triângulo, mas especificamente na Capacidade de Governo.

De uma forma geral, o programa encontra-se implantado, mas a institucionalização da avaliação ainda não foi alcançada, uma vez que ainda não mudou práticas:

Então, eu acho que, nós ganhamos, eu acho que o que nós aprendemos com a pessoa do CC, o trabalho que nós fizemos, tudo. Aprendemos muito, mas aplicamos pouco ainda. (GF)
Ou seja, pra mim deu mais clareza e maior possibilidade de se institucionalizar, mas ainda é informal, não se formalizou isso (GF).

E ainda o *modus operandi* das pessoas, ainda é aquele velho, coisa antiga (E3)

Que esse monitoramento e avaliação, ele não existe só para prova pra dar nota, se foi A, B ou C, não. É pra ser capaz de alavancar um processo de mudança desse modelo, de estabelecimento de novas práticas, e de respostas às necessidades de saúde da população. Esse é o desenho final, quer dizer, é o objetivo maior, que está por trás de todo esse processo (E12)

Categorias	Efeitos observados	Evidências
Projeto de Governo	Revelou o propósito de institucionalização da Avaliação na SES	[...] a gente avançou concomitante, porque tinha uma decisão política, e o projeto só fortaleceu, só ajudou. Então, o projeto veio complementar, porque sem a decisão, a gente não estaria no processo que a gente está hoje (GF) Porque em que pese o projeto ser a melhoria da capacidade de monitoramento e avaliação da atenção básica da SES, essa qualidade ou essa questão do monitoramento e avaliação tem que ser uma coisa muito mais ampla pra todas as secretarias (E3).
Governabilidade	Fortaleceu a integração dos setores	Segundo ganho que eu vejo nessa questão do fortalecimento, é a integração entre as pessoas (E3) Foi uma integração muito grande, todas as áreas técnicas, e a gente teve que falar de todas as áreas técnicas, era a saúde bucal tratando de hipertensão e diabetes, era a hipertensão e diabetes, tratando de hanseníase, e foi assim um momento importantíssimo, e eu queria que isso tivesse continuidade, fosse multiplicado por mais tempo, porque eu acho que ia crescer muito mais (GF) ... E paralelo, tentando pelo menos o AMQ, acho que agora não sai mais né, mas a gente já trabalhou muito junto (GF)
	Fortaleceu a percepção dos atores na SES de que a reorganização da AB possibilita a reorientação do modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde	Eu acho como um todo, mas, mais atenção básica, sempre foi a mais fragilizada, porque historicamente ela não tinha uma visão, era sempre levada como uma coisa sem importância. A cultura sempre foi da assistência, só cuida quando adoecer, então enquanto não adoecer, não tem importância nenhuma. (E5)
	Melhorou a relação com os municípios	O nosso discurso, era um discurso de afastamento, era até um discurso ainda ativo de relação de dominação, de que a gente manda cortar, de que a gente vai dizer ao Ministério que corte a verba, e a gente mantinha isso [...] um discurso que separava o estado do município: Como é que a gente tem uma macrofunção de aproximação, de cooperação... quem é que vai querer cooperar com alguém que □a olhando, vai □a olhando pra saber se você errou, e punir, e cortar e mesmo porque o processo, eu entendia que seria um processo de reeducação, tanto do estado, da secretaria estadual, como dos municípios [...] o município precisa tomar conhecimento, o estado precisa se apropriar disso também, não é responsável pelo corte, ele é responsável pela função dele... Tivemos que aprender juntos né, tirar aquela, não digo máscara, mas a nossa roupa de ferro, a nossa que eu digo armadura, e eu sou o estado né, cheguei né, então nós tivemos que quebrar isso (GF)
Capacidade de Governo	Provocou mudanças na Infra-estrutura da SES melhorando as condições de trabalho do setor	Hoje [...] me sinto em condições excelentes de trabalho. Por que eu tenho uma mesa pra mim, um computador, não só eu, como todos os técnicos, todas as áreas técnicas [...] essa parte de manutenção de computador, a gente tem o apoio [...] a estrutura vem melhorando, a gente percebe a mudança (E11).
	Legitimou necessidade de mudanças na Estrutura Organizacional da SES em relação ao Monitoramento e Avaliação	Se não criar uma estrutura organizacional que faça um monitoramento e avaliação ampliada, uma andorinha só não faz verão. Tem que mexer na cultura, ou se organiza uma estrutura organizacional, efetiva, de fato, aonde se tem um núcleo de monitoramento e avaliação, ou então não adianta (GF)
	Ampliou conhecimento da equipe técnica em avaliação	O mais importante é o que você ganha com isso, que você consegue avançar. Enquanto profissional, enquanto pessoa, enquanto técnico, e é uma coisa que fica pra você. Então, foi um crescimento muito grande pra mim, não só esse projeto como tudo que nós vivemos junto com esse projeto dentro da secretaria. Hoje eu sou outra profissional (E11). Assim, o que foi mais importante realmente, foi fortalecer os técnicos. Os técnicos saíram mais fortalecidos (E6). Uma das coisas que os professores do curso de gestão, mais comentam, é como as pessoas cresceram, tecnicamente. Eles perceberam o crescimento para operacionalizar todo esse projeto de qualificação.

Quadro 32- Evidências dos efeitos observados considerando as categorias operacionais do triângulo de Matus. (continua)

Melhorou as práticas de monitoramento mediante uso de métodos sistematizados e disponibilização de informações	Um portal pra se entrar e ter acesso a todo tipo de informação, tá previsto no projeto e que a secretaria bancou (CC). Apesar de o pacto ter ocorrido, a gente já tinha a proposta na cabeça do que queria fazer em relação às oficinas, a mudança de metodologia, de estratégias. Todos, inclusive a vigilância, a tuberculose e hanseníase, participaram, e a gente fez as oficinas, mas monitoramento, efetivamente, eu posso dizer, foi de julho pra cá, foi quando me chegou o instrumento, foi quando me chegaram o computador, que não tinha, e o espaço apropriado pra trabalhar (E5)
Fortaleceu as práticas anteriores de avaliação avançando na sua concepção no âmbito estadual	[...] a gente já fazia isso com os municípios, porque a gente tem uma programação que anualmente avalia. Só que a gente fazia isso, assim, sem saber. Hoje eu tenho um instrumento que a gente criou, a gente foi adaptando, criamos um, então... (GF) Por que hoje quando eu voltar, se for lá pra ponta, eu vou ter uma nova visão de trabalho, e eu tenho certeza que meus colegas precisavam ter essa nova visão na ponta e receber o monitoramento e avaliação como um engrandecimento, uma ajuda no trabalho e não como uma supervisão (GF) Já vínhamos fazendo monitoramento e avaliação, sem perceber. É claro que não era assim, era sem técnica, ainda naquela visão policialesca.... (GF)
Fortaleceu a Capacidade de cooperação técnica da SES junto aos municípios	É a macro função da secretaria, a cooperação técnica, o acompanhamento e avaliação que a gente já estava gestando, mas entendo que a cooperação técnica é a parte mais importante do projeto [...]. Levando aos municípios, discutindo junto com os municípios. E aí onde eu digo aí onde a gente vai conseguir reeducar o município para o monitoramento e avaliação deles (GF) Supervisão era aquela idéia sinônimo de auditoria. De você ir lá pra ver o que tá errado e dizer que tá errado, que não pode ser assim, e pronto e chamar atenção. Quem se não ajustasse, ia ter que cortar, fazer isso, fazer aquilo (GF) A supervisão hoje se transforma ao meu ver numa educação continuada. Então acho que essa é uma contribuição muito grande que a secretaria deu aos municípios, aos profissionais. Acabou aquela visão de você ir ao município ver o erro, hoje você vai pra está sentando junto ao profissional de saúde e ajudando com que ele operacionalize seus trabalhos, então esse instrumento veio contribuir muito pra isso (E11)
Fortalecimento do planejamento	Na secretaria, a avaliação puxou o planejamento, né? Por que se pensa assim, monitoramento e avaliação seria a última coisa a ser feita numa gestão, num planejamento de uma gestão, não, foi o monitoramento e avaliação que começou a se fazer um processo reflexivo das ações e tá fortalecendo o planejamento (CC)
Ampliou a capacidade de tomada de decisão	E a saúde bucal, ela já provocou a primeira intervenção, já fez um segundo momento com os dentistas (GF)
Incentivou o trabalho com gerência por operações	... Saíram mais engajados, se agruparam mais. Como em uns depoimentos, você pode ter percebido que se trabalhava muito, só o meu, a minha área, a minha área. E hoje não, hoje é em cima dos projetos, houve uma maior coesão das ações. As pessoas ficaram mais habilitadas, a trabalhar com o projeto (E6).
Incentivo ao fortalecimento do M&A no âmbito municipal	... Nós estamos começando a pincelar para eles, que há uma necessidade de se criar um grupo de monitoramento e avaliação, mas o que estamos colocando, não é que eles cheguem lá e já criem...

Quadro 32 - Evidências dos efeitos observados considerando as categorias operacionais do triângulo de Matus. (conclusão)

7 DISCUSSÃO

De uma forma geral, o contexto político-institucional apresentou-se favorável à implantação do PFCT-SES-M&A AB, ao ser estudado enquanto um programa para institucionalização da avaliação. Do ponto de vista da análise contextual, o Projeto de Governo foi o vértice do triângulo de Matus que mais favoreceu o empreendimento. Vale ressaltar que tanto elementos da Capacidade de Governo quanto da Governabilidade contribuíram para a implantação encontrada, e a partir de agora, estas contribuições serão discutidas.

7.1 A influência do contexto sobre as dimensões do Programa

Sem a pretensão de estabelecer uma relação linear entre cada dimensão estudada e as categorias do triângulo de governo, pelo reconhecimento das infinitudes de possibilidades de ligações entre as categorias operacionais, as dimensões do programa entre si e as dimensões, torna-se importante apontar elementos facilitadores e dificultadores que mantiveram uma relação.

Na primeira Dimensão, Gestão Técnico-Financeira, os propósitos do setor saúde explicitados no Projeto de Governo; aliada à perícia pessoal do dirigente foram elementos do contexto que se destacaram na explicação do grau de implantação encontrado. A boa relação da direção do programa com a alta direção da SES foi um elemento da Governabilidade condicionante do sucesso da implantação desta primeira dimensão.

A pouca familiaridade da coordenação com os equipamentos de informática, aliada à falta de experiência no gerenciamento de Projetos financiados pelo Banco Mundial por este ator, foram situações pouco favoráveis, relativas à Capacidade de Governo da coordenação do programa (direção do programa).

A falta de um fluxo organizado dos pedidos de licitação também apareceu como elemento que dificultava a implantação e o desenvolvimento das atividades previstas. De fato, a execução financeira se revelou problemática já na primeira etapa da avaliação formativa (NATAL et al., 2007). Este estudo revela que a demora

na execução dos processos licitatórios da SES ocorre, entre outros, pelas dificuldades de adequação entre as regras brasileiras e as regras do Banco Mundial especialmente na contratação do Centro Colaborador. Já foi superado por Sergipe. Nesta área, a boa relação da direção com a coordenação nacional do programa e o setor financeiro da SES facilitou a identificação de estratégias para superar este problema, assim como a disponibilização das informações para acompanhamento regular da execução financeira.

Todavia, a execução dos processos de licitação, que havia sido centralizada pelo governo, tendo em vista a justificativa da busca da eficiência e da racionalização dos processos administrativos, repercutia sobre a integração inter-setorial (Saúde e Administração). No estudo conduzido por Sampaio (2008), com esta centralização na secretaria da administração do governo do estado, dos processos de compras e licitações, burocratizou-se a aquisição dos equipamentos e insumos repercutindo diretamente na Capacidade de Governo a tal ponto que dificultou a operacionalização do PFCT-SES-M&A AB.

A situação anterior, somada à dificuldade de articulação interna dos setores na SES (integração inter-setorial), à relação conflituosa entre SMS de Aracaju e SES de Sergipe (integração-intergovernamental) e entre programas complementares (integração dos programas de M&A) foram considerados elementos explicativos do fato da segunda Dimensão, Integração, encontrar-se apenas parcialmente implantada.

Aracaju era um dos dois municípios participantes do Proesf e o programa previu o auxílio da SES no fortalecimento de ações de M&A da AB nestes municípios. Os outros, não tinham mais de 100.000 habitantes, e, portanto, não participavam do componente 1 do Proesf. À SES Sergipe, só restava um município para assessoria.

A iminente mudança de gestão decorrente da eleição do candidato da oposição (conjuntura política) logo no primeiro turno das eleições 2006, surge como mais um elemento restritivo, no âmbito da Governabilidade, por desacelerar a aplicação da proposta junto aos municípios. Vale ressaltar que o candidato eleito para governador ocupava o cargo de prefeito da capital, e pertencia ao mesmo partido do governo federal, o que garantia, a priori, uma continuidade do programa na SES, e o desenvolvimento da proposta junto às secretarias municipais para implantação total da mesma.

O resultado observado na Dimensão 2 (dois) é consonante com os resultados da primeira e segunda etapa da avaliação formativa, onde ela foi a que teve menor grau de implantação em todos os estados (NATAL et al., 2007).

A explicação para o grau de implantação parcial esteve, então, mais relacionada às restrições na governabilidade (integração dos atores em torno do programa na SES, integração entre a SES e Administração do Governo, e entre SES e SMS do município da Capital participante do Proesf).

Neste caso, a Capacidade de Governo, especialmente a perícia pessoal do governante, no quesito liderança, foi determinante para as atividades implantadas: fortalecimento do SIAB, do pacto e elaboração de propostas de M&A nos municípios participantes do componente 1 do Proesf. Esta perícia também foi responsável pela construção de viabilidade política da proposta, objetivando vencer restrições no âmbito da governabilidade devido a pouca integração dos setores e à desarticulação dos setores na SES. O sucesso em relação ao SIAB e ao Pacto encontram explicação na experiência dos atores (Capacidade de Governo) em torno destas duas ações.

O fato da cooperação técnica com os municípios ter ficado para a segunda fase é também explicada pelo entendimento do Programa por parte dos atores envolvidos na SES. Para ela SES ainda é a primeira fase, que tem como propósito a melhoria das condições de trabalho e no desenvolvimento de capacidade técnica. O próximo passo seria a ida aos municípios, para cooperação técnica nas práticas de monitoramento e avaliação (propósito do programa). Esta fase se encontrava limitada pelo período de realização do processo eleitoral e espera pelas diretrizes políticas da nova gestão. No estudo realizado por Frias et al. (2008) no estado do Mato Grosso do Sul, esta ação foi antecipada pela dificuldade de articulação interna do programa com a alta direção da SES e a pequena adoção do fortalecimento da AB pelo Projeto de Governo naquele contexto.

Avançando na explicação é possível encontrar uma maior quantidade de elementos contextuais fragilizando esta dimensão nas áreas da Governabilidade que fortalecendo. A Capacidade de Governo se destaca enquanto uma fortaleza.

Na Dimensão 3 (três), Desenvolvimento de Capacidade Técnica, a falta de um cronograma de atividades na constituição do núcleo ampliado, com encontros sistemáticos de reuniões, foi causada pela sobrecarga de trabalho dos membros participantes e deficiência no planejamento da implantação do mesmo. Explica-se,

então, por problemas na Capacidade de Governo: deficiência na política de recursos humanos: insuficiência, dificuldades na contratação e sobrecarga de atividades.

A sobrecarga dos técnicos nas secretarias de saúde também vem sendo referida por outros autores, como Natal et al. (2007), na avaliação formativa do projeto em questão; e Facchini et al. (2006), no estudo de avaliação institucional e epidemiológica da atenção básica de saúde. Esta sobrecarga está relacionada às deficiências na Política de Recursos Humanos, que será discutida mais adiante em termos de Capacidade de Governo. Este também foi um dos achados de Sampaio et al. (2008): insuficiente rotina de encontros sistemáticos, poucos profissionais e acúmulo de tarefas.

A análise de contexto revelou que o setor de planejamento é um problema da Capacidade de Governo que interfere no planejamento do Programa. Como um todo, no quesito Governabilidade, o setor do planejamento não participou do núcleo coordenador e possui uma fraca mobilização no núcleo ampliado. Dificuldades na realização de atividades estruturadas de planejamento já foram identificadas como problemas na gestão estadual por Lotufo (2003) e Vilasbôas (2006). A primeira numa secretaria estadual de saúde, e a segunda, numa gestão municipal considerada avançada. Para Freese, Cesse e Machado (2004) o uso de tecnologias de gestão como o planejamento estratégico facilitam os processos de mudança. Esta é a percepção de Matus (1987). Em relação ao Proesf, Sampaio et al. (2008) também sinalizou a ausência deste tipo de planejamento na SES como um todo provocando dificuldades de operacionalização do Projeto.

Assim como no estudo de Sampaio et al. (2008), foi observado pouco envolvimento de alguns setores da SES. Eles foram convidados, mas não participaram do projeto. A explicação encontrada por este estudo está na área da Governabilidade, uma vez que o Programa passou a ser percebido como sendo específico da Atenção Básica. Assim como o estudo citando anteriormente, ele foi visto como uma responsabilidade da Coordenação da AB, o que marcava a desarticulação das ações e projetos na SES, mesmo diante da liderança exercida pela gerente da Atenção Básica e reconhecida pelos técnicos. Diferentemente do estudo de Sampaio et al. (2008), o programa a ser incorporado ao Projeto de Governo e condicionou o êxito na implantação desta dimensão. No entanto, não era assumido por todos os setores como propósito da SES, mas da Atenção Básica e da Secretária Adjunta.

Em que pese estes problemas, esta Dimensão foi a segunda melhor avaliada, inclusive na primeira etapa da avaliação formativa. Soma-se a prioridade que o Programa assumiu quando se alia ao Projeto de Governo da SES-SE. A realização do curso de avaliação da atenção básica e das oficinas para elaboração da proposta metodológica foram alcançadas pelo interesse dos atores em se qualificarem (Governabilidade) e pelo conhecimento dos mesmos sobre as funções da gestão estadual (Capacidade de Governo). Ainda a boa relação entre SES e o centro colaborador foram responsáveis pelos mecanismos encontrados na otimização de projetos realizados em parceria, como o curso de especialização. O Grau de implantação alcançado é explicado pela influência de grande quantidade de elementos favoráveis no contexto, dos três vértices do triângulo de governo de Matus. Diferentemente dos achados de Sampaio et al. (2008), os atores envolvidos demonstravam um conhecimento sobre as funções da gestão estadual por ter sido tema discutido amplamente na SES.

O êxito alcançado pela Dimensão 4 (quatro) Informação e Comunicação é explicado pela priorização da SES na publicização das informações, elemento destacado no Projeto de Governo. Ela mantém uma gráfica própria e assume este compromisso na Agenda de saúde. Ainda, o novo organograma cria e propõe a ligação da Assessoria de Comunicação ao Gabinete. No que tange à comunicação interna entre os setores, esta apresentou problemas tendo sido necessárias a definição de outras ações objetivando a melhoria dos mecanismos de comunicação internamente à SES para ampliação do conhecimento do programa. Propõe uma ênfase na melhoria do fluxo de informações e comunicação mediante democratização da informação bem como investimento na divulgação do mesmo. Diferentemente do que foi encontrado neste caso SES-SE, a avaliação formativa encontrou esta dimensão pouco implantada nos demais estados (NATAL et al., 2007).

Resumindo, este estudo de caso revelou que a SES-SE investiu bastante na estruturação da atenção básica (Dimensão 1), e na formação em avaliação com a elaboração da Proposta Metodológica (Dimensão 3) no Momento Inicial do Programa. Depois, no Momento de Desenvolvimento, ela seria aplicada. Por isso, também, a relação de cooperação técnica em monitoramento e avaliação da atenção básica com os municípios ficou prejudicada. Esta aplicação estaria

ameaçada em virtude das eleições e futura troca de Governador que talvez não mantivesse a equipe para implementá-la.

7.2 A influência do contexto sobre os propósitos do Programa

Tendo em vista o objetivo de institucionalizar a avaliação, e as várias atividades definidas para tal objetivo, é possível tecer comentários sobre cada categoria do triângulo de governo de Matus em relação a tal propósito.

7.2.1 A influência do Projeto de Governo

Como a Saúde havia sido assumida como prioridade de Governo, mediante cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 desde 2003, e a política apresentava uma certa direcionalidade SUS, enfatizando a integralidade da atenção, os processos de mudanças que traduzissem propósitos com a melhoria do SUS eram favorecidos. O projeto de fortalecimento já havia explicitado tal intenção uma vez que afirmara ser seu intento maior fortalecer os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2004). Machado, Freese e Cesse (2004) constataram que a presença de marcadores SUS, no conteúdo do Projeto de Governo de uma Gestão, favorece mudanças em determinadas situações no setor saúde.

Ainda, os propósitos de governo estavam centrados na reorganização da Atenção Básica (AB) para reorientação do modelo tradicional hospitalocêntrico de Atenção à Saúde, e no fortalecimento do papel das secretarias estaduais na gestão descentralizada do SUS, encontrando ressonância nos objetivos do programa. Estes propósitos, contidos no Plano Estadual de Saúde, foram traduzidos e a sua implantação só veio a fortalecer os objetivos do governo com a Institucionalização da avaliação, o fortalecimento da Atenção Básica e o papel da gestão estadual. Por isso, ele foi incorporado rapidamente ao Projeto de Governo.

O Projeto de Governo explica ainda o investimento realizado com recursos próprios, na proposta de reestruturação organizacional e na criação de uma coordenação de acompanhamento e avaliação dos resultados da atenção básica.

Ao que tudo indica, o movimento iniciado pelo Conass na discussão das Funções Essenciais de Saúde Pública, oriundas da Organização Pan-americana de Saúde (MÜLLER NETO, 2006), e o interesse em discutir o atual papel do gestor estadual no sistema de saúde por parte da SES, tornaram-se elementos de destaque no contexto da Secretaria. O monitoramento e avaliação é a primeira função essencial da Saúde Pública. O conhecimento insuficiente a respeito das Funções Essenciais da Saúde Pública e, do papel do Estado, pelos atores que fazem a SES poderia dificultar a adesão ao propósito da institucionalização advogado pelo programa em questão. Este foi o caso observado por Sampaio et al. (2008) em seu estudo. O fato de a discussão ter entrado na “Agenda” dos dirigentes e técnicos, elemento ligado tanto ao Projeto quanto à Capacidade de Governo, torna ainda mais o contexto favorável à implantação do Programa. De fato, o objetivo da Institucionalização da avaliação não se restringia à coordenação da AB. Ela estava incorporada ao Projeto de Governo. Todavia, o programa era visto como da Atenção Básica.

Existia, também, a presença de outras intervenções cujos objetivos poderiam tornar-se complementares, e se coadunarem, influenciando favoravelmente a implantação do programa de fortalecimento da avaliação. Assim, além da discussão sobre as Funções Essenciais da Saúde Pública, os processos de Gestão do Conhecimento, como o fortalecimento da comunicação; as políticas voltadas para o planejamento e informação em saúde, tal como a proposta da Sala de situação; e ainda, a proposta de implantação do núcleo de ciência e tecnologia (SERGIPE, 2004a, p. 62) fortalece a atuação do estado na gestão do SUS e, simultaneamente, contribuem para a institucionalização do monitoramento e avaliação na SES-SE.

O problema aqui se encontrava na participação do Conselho Estadual que deixava de incluir seus interesses na proposta metodológica de monitoramento e avaliação. Esta foi aprovada muito mais pela boa relação do Gabinete com o Conselho, do que pelo seu envolvimento com o projeto de institucionalização da avaliação. Apoiada em Freese, Cesse e Machado (2004) Sampaio et al. (2008) discute que a frágil participação do controle social, também verificada na SES PB, apontava para baixa democratização da gestão.

O fato do Conselho Estadual de Saúde ter aprovado apenas ad referendum leva ao entendimento de que pode haver centralização do poder decisório a uma parcela restrita de atores, o que repercute negativamente na Capacidade de Governo. Embora o compromisso com o fortalecimento da participação social tenha aparecido no Plano Estadual de Saúde, evidencia-se que a gestão não investiu nesta pactuação com outros atores representantes das esferas de controle social. Segundo Freese; Cesse e Machado (2004) a participação do controle social na gestão é um importante critério de avaliação da capacidade de governo, demonstrando seu perfil, mais ou menos, democrático.

7.2.2 A influência da Capacidade de Governo sobre os propósitos

Dentre as quatro áreas analisadas na Capacidade de Governo (Desenho Organizativo, Perícia Pessoal do Dirigente, Sistema de micro processos das relações entre dirigentes e operadores dos programas e Tecnologias de Gestão), a Perícia pessoal da Direção e o Perfil da equipe revelaram-se os elementos mais fortemente favoráveis à implantação. Contribuíram para isto a formação e conhecimento da saúde pública, atenção básica e avaliação e, a forte liderança e experiência da Secretária Adjunta e da Gerência da Atenção Básica, ambas responsáveis pela coordenação estadual (direção do programa). Isto foi elemento chave na superação de restrições no âmbito da governabilidade no que tange aspectos burocráticos e administrativos do sistema de execução financeira. Tal perícia foi determinante na viabilização da contratação do centro colaborador e na execução dos recursos para realização de reparos e aquisição de equipamentos. Para Vilasbôas (2006) a perícia de um dirigente pode superar situações de governabilidade restrita. Ele terá que construir a viabilidade (MATUS, 1987). De acordo com Vilasbôas (2006), uma gestão pode gozar de relativa Governabilidade por sofrer pressões externas, mas haver perícia suficiente da direção do programa para encontrar saídas (raciocínio técnico-estratégico para vencer estes pressões).

Essa é uma observação de Matus (1987), ao destacar que um determinado ator que possuir alta Capacidade de Governo, controlará mais variáveis e, portanto, aumentará a sua Governabilidade. Ela ainda depende do capital político - peso

político dos setores envolvidos no projeto de fortalecimento, quanto maior, maior a Governabilidade. Esta situação foi encontrada em SES-SE, uma vez que muitos membros do núcleo de M&A ocupavam cargos estratégicos. A equipe também possuía formação em saúde pública, sendo, em sua maioria, pertencentes ao quadro da SES.

O estudo permite dizer que o desenho organizativo da SES do ponto de vista funcional, favorece a implantação do Programa. A presença de reformas administrativas é fator favorável à implantação. Era expressão da forte decisão da SES em fortalecer a gestão estadual e atenção básica. Faltou, todavia, a aprovação legal, adiada pelas mudanças de secretários de saúde. Estudo realizado por Vilasbôas (2006) revela que uma ação política, envolvendo os principais grupos interessados na mudança, pode ser necessária para pressionar os políticos a votarem o pleito no espaço de legitimação (câmara ou assembléia). No estudo conduzido por Sampaio et al. (2008) o organograma também se encontrava desatualizado e não correspondia às atividades da SES.

No caso Sergipe, a instabilidade dos Secretários de Saúde no cargo, bem como o perfil de cada um deles, dificultou a consolidação desta reforma no organograma. Ou seja, a governabilidade influenciando a Capacidade de Governo como já mencionara Matus (1996). A falta de estabilidade da direção num estudo avaliativo conduzido por Ferreira e Silva (2005) foi determinante para a dificuldade de implantação de uma intervenção. Machado, Freese e Cesse (2004) ratificam, em estudo realizado, que a estabilidade é um elemento que, na maior parte das vezes, favorece o bom desempenho de uma gestão. A estabilidade de direção é vista como um dos elementos que favorecem mudanças nas instituições (FERREIRA; SILVA, 2005; FREESE; CESSÉ; MACHADO, 2004; SAMPAIO et al., 2008).

Num estudo realizado por Sampaio et al. (2008) noutra Secretaria Estadual que aderiu ao Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica, as mudanças de secretário impediram um maior envolvimento dos atores em torno do projeto, ficando o setor da atenção básica, com o centro colaborador, com a responsabilidade de manter a discussão sobre a institucionalização da avaliação da atenção básica em pauta.

De fato, um problema enfrentado pelas gestões refere-se à ausência de direção estável. A mudança dos dirigentes das instituições está relacionada à inexistência de uma burocracia estável no sentido Weberiano, pois caso existisse,

não haveria problema decorrente das mudanças no governo. Porém, como o Estado é patrimonialista e clientelista, os projetos pertencem a determinados grupos, e quem assume os cargos políticos faz questão de trazer seus projetos, descartando os existentes, como também faz freqüentemente uma ampla substituição de técnicos nos diversos postos de trabalho (FERREIRA; SILVA, 2005)

Neste caso, a permanência da secretária de adjunta acabou gerando certa estabilidade. Devido a isto, mudanças constantes de direção de secretário, que influenciam negativamente um processo de mudança (FREESE; CESSE; MACHADO, 2004; FERREIRA; SILVA, 2005) como observado por Sampaio et al. (2008), não se constituíram em dificuldades neste contexto.

A fragilidade da política de Recursos Humanos, elevando a rotatividade de profissionais também foi condicionante de problemas na implantação, especialmente no desenvolvimento de capacidade avaliativa de uma forma mais homogênea, pois muitos eram incorporados ao programa já tendo passado os processos de formação. Outros, que haviam começado, iam embora por novas oportunidades de trabalho.

Isto acaba afetando a Governabilidade, relacionando-se à rotatividade de membros das equipes técnicas (VIANA et al., 2006). Os que chegavam depois perdiam todo o processo de discussão coletiva que contribui para agregação em relação ao programa e seus objetivos.

A história de enfraquecimento das SES ao longo da descentralização (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2004) e a influência negativa das questões de recursos humanos para implantação de mudanças na gestão SUS são bastante discutidas na literatura atual (MACHADO; FRESSE; CESSE, 2004; FERREIRA; SILVA, 2005; VILASBÔAS, 2006) explicando, assim, o que foi encontrado em termos de atração e retenção de pessoas.

Ainda pode ser percebido um problema no desenho macro-institucional relacionado ao modelo de gerência (vertical x consensual), mas que pelo discurso e relatos encontrados nos relatórios de gestão demonstram uma tendência à implementação de processos coletivos, associado mais a um modelo gerencial consensual (RIVERA, 1995 apud LOTUFO, 2003).

As secretarias estaduais de saúde, de acordo com Lotufo (2003), são organizações profissionais que devem ter uma estrutura flexível, serem criativas e adotarem um modelo de gerência consensual, comunicativo e de negociação de compromissos. Para Matus (1997), a complexidade das organizações, como as que

compõem o sistema de saúde, impõe um modelo de gestão fundamentado nos princípios da responsabilidade, criatividade, descentralização e centralização, da normatização, da modulação do planejamento e no princípio de subordinação da organização às práticas. Por isso, os modelos mecanicistas não são adequados. São considerados mecanismos flexíveis de gestão: grupos de trabalho, definição de agendas fixas de reuniões. No entanto, a implementação de processos de discussão coletiva com os diversos atores, não é garantia de uma gestão democrática descentralizada. Promover espaços de escuta dos diversos atores, não garante que o poder decisório seja compartilhado e nem sempre está relacionado ao caráter mais democrático de uma gestão (SAMPAIO et al., 2008).

Dificuldades no planejamento, e falta de um planejamento estratégico na SES foi um problema mencionado anteriormente. Também foi outro achado de Sampaio et al. (2008), apontando a necessidade deste tipo de prática para implantar um programa como este. A introdução das ferramentas de planejamento é meio de fortalecer a descentralização (LOTUFO, 2003). O Plano e a Agenda de Saúde foram instrumentos propostos pelo Ministério da Saúde para auxiliar o planejamento das ações. O Plano de Saúde deve manter estreita confluência com Plano Plurianual (PPA), instrumento da administração pública brasileira e valendo para igual período (quatro anos). O último ano corresponde ao primeiro da próxima gestão. Já a Agenda deve ser revista anualmente como instrumento dinâmico de atualização do Plano de Saúde (VILASBÔAS, 2006). O Plano e a Agenda foram elaborados pela SES num processo importante de construção coletiva entre gestores, técnicos e municípios. Ao que tudo indica, processos coletivos de planejamento e avaliação são tecnologias inovadoras de gestão, e diminuem as influências político-partidárias ou familiares (MACHADO; FRESE; CESSE, 2004).

Embora possam ser identificadas práticas isoladas com tendências a um funcionamento com gerência por operações, o antigo organograma não impulse esta disposição. Uma gerência por operações pressupõe a existência de um plano modular, associada à estruturação de um orçamento-programa-resultado. Para Lotufo (2003), devido à tradicionalização das práticas de orçamentação, esses módulos transformam-se mais em um tipo de classificação do que em propostas de ação e dificultam as conversas entre os módulos orçamentários e os programas. No seu estudo, os gerentes da SES se angustiavam por não conseguirem identificar os projetos sob sua responsabilidade na peça orçamentária. Um exemplo desta forma

de operar é introduzido com o sistema de gerenciamento do Proesf. No caso do Programa em avaliação, o plano modular está articulado ao orçamento. Já quanto aos demais programas no orçamento geral da SES, isso não está claro.

A gerência por operações do projeto numa organização favoreceria a instauração de um sistema de petição e prestação de contas (LOTUFO, 2003; MATUS, 1987), ou seja, da avaliação. Existem ações de monitoramento e avaliação também, no entanto elas ainda não revelam a existência deste sistema, com ênfase nos resultados que caracteriza a avaliação na concepção Matusiana.

Para Freese, Cesse e Machado (2004) a avaliação que auxilia a tomada de decisão é aquela que se torna aliada do planejamento sem se tornar um setor isolado na SES. Este autor ainda defende que a participação de instituições acadêmicas na gestão do SUS favorece processos de mudança. Neste sentido, o centro colaborador desempenharia um papel importante para institucionalização da avaliação ao se tornar parceiro da SES. Essa colaboração foi reconhecida neste caso pela facilitação dos processos de discussão coletiva na elaboração da proposta metodológica. O estudo de Sampaio et al. (2008) revelou que o Centro Colaborador foi responsável, além da formação, por favorecer o reconhecimento dos atores sobre o seu papel no processo de institucionalização da avaliação na SES.

A falta de estrutura física adequada e demais condições de trabalho da SES-SE, referida em todas as entrevistas e no grupo focal, explicam o grande investimento inicial da SES em prol da estruturação do setor. Essa também foi uma diretriz contida no termo de referência da coordenação nacional para os estados (BRASIL, 2004). A estruturação está relacionada à Capacidade de Governo de uma gestão (FREESE; CESSE; MACHADO, 2004; SAMPAIO et al., 2008) e pode comprometer a implantação de uma intervenção pelas condições de trabalho em que os atores estão inseridos. Neste sentido, é relevante considerar quais as estruturas disponíveis para que sejam desenvolvidas as habilidades desejadas. Elas interferem na capacidade produtiva do grupo (FREESE; CESSE; MACHADO, 2004). No estudo de Sampaio et al. (2008), também foram observadas as precárias condições da estrutura física em que se encontrava a coordenação da AB do nível central da SES, no início da implantação do Proesf. Os técnicos estavam alojados numa sala com paredes mofadas e com infiltrações. Havia carência de equipamentos de informática, de acesso à internet e de insumos em geral. Com recursos do Proesf, a coordenação da AB reformou sua estrutura física e adquiriu equipamentos, o que

segundo a equipe viabilizou ações até então não desenvolvidas. O Programa, neste caso, também foi relevante para a ampliação da Capacidade de Governo da SES com melhorias na estruturação física e de equipamentos.

No âmbito municipal as dificuldades enfrentadas para a Institucionalização do M&A da AB ocorrerem, pela sobreposição de funções, deficiência na estrutura física e equipamentos, insuficiente qualificação dos profissionais e nos sistemas de informação dos pequenos municípios. Isto reforça a relevância da esfera estadual na descentralização e fortalecimento da gestão municipal. Esse também foi outro achado do estudo de Sampaio et al. (2008) que se assemelha à situação encontrada em Sergipe.

A relação entre os atores deve ser considerada como elemento importante na explicação da implantação de um programa, e somadas às questões estruturais (contingências) condicionam a implantação (DENIS; CHAMPAGNE, 1997). Esta estrutura é constituída não apenas dos elementos físicos, mas também dos simbólicos e dos valores no contexto institucional (CHAMPAGNE; CONTANDRIOPOULOS, 2005). No caso da SES-SE, a divisão de um espaço em comum como o gabinete e toda atmosfera diferenciada em relação aos demais setores, incluindo exibição de marcas de projetos de cooperação internacional como o Prodoc UNESCO revelavam a estrutura diferenciada e o status que a Atenção Básica detinha. O Programa contribuiu com a melhoria desta estrutura e fortalecimento deste status.

7.2.3 A influência da Governabilidade

Os elementos da Capacidade de Governo que mais contribuíram para a boa Governabilidade do contexto foram a estabilidade da direção do programa. A autonomia da SES para execução dos recursos, aliada a autonomia da coordenação e a boa relação com o centro colaborador, satisfeito com o programa. Estes elementos, em conjunto com a legitimidade do núcleo coordenador e ampliado contribuíram para favorecer o contexto. O bom relacionamento com o Ministério da Saúde, o Conselho Estadual de Saúde e o apoio do Conselho Nacional de Secretários de Saúde também favoreceu.

A média governabilidade deu-se na relação do programa como os demais setores e na satisfação dos envolvidos com o trabalho do centro colaborador.

A pequena integração dos que deveriam constituir o núcleo coordenador também pode ser interpretado como elemento dificultador. Numa avaliação realizada por Ferreira e Silva (2005) onde havia a proposta da constituição de um grupo intersetorial, essa falta de integração também ocorreu e prejudicou a implantação do mesmo. O estudo de Sampaio et al (2008) também revelou problemas na constituição do núcleo coordenador do Programa que também não conseguiu garantir sistematicidade de reuniões, com representatividade dos diversos setores. A condução do M&A da AB ficou restrita basicamente a três representações: secretária executiva, coordenação de AB e coordenação de vigilância epidemiológica, estando os demais setores numa posição periférica. Neste estudo, esta condução se restringiu a AB, Vigilância em Saúde e Sistemas de Informação. Assim como verificado por Sampaio et al. (2008), o gerente do Proesf passou a executar ações que, *a priori*, deveriam ser pactuadas dentro do grupo, tornando-se responsável pela elaboração dos documentos oficiais.

Mesmo com tais dificuldades, a conformação do Núcleo Coordenador permitiu articulações entre algumas coordenações da secretaria, que apesar de pontuais e restritas à implantação do plano de M&A da AB, são avaliadas como um avanço em sua dinâmica. Este dado demonstra a relevância do Proesf para melhoria da integração na SES e para a proposição de novas práticas gerenciais (SAMPAIO et al., 2008).

Ainda sobre a dificuldade integração entre os envolvidos, vale refletir sobre os atores em torno de uma intervenção. Ele pode ser explicado pela percepção que os interessados têm do atendimento às suas estratégias individuais e coletivas de acumulação e capitalização de recursos, poder político, econômico ou social (FERREIRA; SILVA, 2005; MATUS, 1987).

O valor de um Programa para um ator depende da sua apreciação quanto ao papel que ele pode desempenhar no seu Projeto. Assim, ele rejeita, torna-se indiferente ou aceita (receptividade). O Projeto de Fortalecimento apresentou uma boa receptividade, gerando convencimento de que a Avaliação é importante para gestão. Pela excelente receptividade inicial, eles acreditam nessa possibilidade até o momento da capacitação, acumulando capacidade técnica. Logo depois, são

tomados por outras prioridades, ficando a atenção básica e as vigilâncias, os mais envolvidos.

Vale ressaltar que por se tratar de um Programa voltado para a institucionalização da avaliação, sua implantação se torna um processo político (POTVIN; GERDRON, 2006; WORTHEN, FITZPATRICK; 2005). Nos processos políticos estão envolvidas estratégias de convencimento, mas também de negociação e outras necessárias ao êxito dele (MATUS, 1987). Ele traz à tona medos e inseguranças e afetam a mobilização dos atores em torno dele (WORTHEN; SANDERS; FITZPATRICK, 2004). E foi isso que aconteceu na SES-SE. Os setores manifestaram receio de exposição de suas falhas dentro da SES.

Vale destacar que a experiência anterior negativa da equipe, pela vivência em processos punitivos de avaliação, corroborava para o medo de envolvimento. Temiam pelo maior fortalecimento de um setor já fortalecido no contexto da SES Sergipe e exposição de suas fragilidades. A Atenção Básica enquanto prioridade do Projeto de Governo torna o setor muito forte e repleto de oportunidades, diferentemente dos demais. Nestes casos, os atores ficam “passivos ante a uma operação que os prejudiquem” (MATUS, 1996). Por isso, surgem aqueles que se tornam indiferentes, ou, até mesmo, outros programas acabam competindo por se tornarem mais relevantes para os que não estão envolvidos diretamente com a coordenação da atenção básica. Nestas situações, as estratégias de cooperação devem ser pensadas por não se tratarem de situações tão conflituosas (MATUS, 1996). O fato é que setores, com interesses em programas diferentes, mas que tenham um mesmo propósito ou propósitos semelhantes poderiam seguir juntos, tendo mais possibilidades de obter êxito do que separados. Os dois atores, então, prefeririam cooperar, embora tenham que dividir a ampliação do poder e a coesão de sua força se o seu programa sozinho tivesse sido implantado.

O Programa PFCT-SES-M&A-AB não possui oponentes, só indiferentes. Em todo caso, os que se posicionam de forma passiva, podem passar a rejeitá-lo e se tornarem oponentes (MATUS, 1987).

Alguns dos atores vêem noutros Programas a possibilidade de atualizar as estratégias de acúmulo de recursos técnicos e políticos para o alcance de seus interesses individuais muito mais do que no projeto de fortalecimento. Outros preferem não se mobilizar evitando o fortalecimento excessivo da Atenção Básica em detrimento ao fortalecimento da SES como um todo. Ainda parecem se sentir

pouco à vontade com explicitação de suas fragilidades por um setor tão importante quanto o da Atenção Básica.

Em termo de mobilização dos atores, num programa de avaliação, a identificação das controvérsias dos envolvidos são as fontes de mobilização dos atores. Por isso, a identificação delas é um ponto de passagem obrigatório de um sistema de avaliação. A fonte das controvérsias está na interpretação diferente dos objetivos de um projeto. Elas surgem da confrontação de diversas interpretações concorrentes sobre um mesmo fenômeno numa mesma questão. Ela precede a emergência da mudança, de inovação. A resolução das controvérsias se faz orientando os atores em direção a uma solução, um compromisso, um ponto de partida obrigatório, que permita sua cooperação para responder, pelo menos parcialmente, aos seus interesses. Elas se tornam o objeto de julgamento e os atores fazem um pacto a fim de esclarecê-las. Talvez a falta deste momento de identificação das controvérsias tenha contribuído ainda mais para diminuição da mobilização dos atores (POTVIN; GERDRON, 2006).

Para Sampaio et al. (2008) quando os técnicos da coordenação da AB e das regionais assumem de forma autônoma e crítica suas funções, percebendo-se como atores estratégicos e implicados na institucionalização do M&A da AB, eles tornam-se pró-ativos no desempenho de suas atividades e permite que o projeto de governo ganhe legitimidade política, descentraliza os poderes decisórios e amplia a base de apoio aos propósitos do programa para com a institucionalização da Avaliação.

Fugia da Governabilidade da SES a relação difícil que existia com a capital Aracaju, por serem de partidos opostos. A falta de clareza entre os papéis da SES e das SMS na descentralização já bastante discutida neste trabalho, também poderia ter se tornado um problema. Embora a capacidade de governo da secretaria municipal de saúde não tenha sido estudada, a perda de muitos técnicos capacitados da SES para os municípios explica o fato da existência de conhecimento acumulado superior nas secretarias municipais, que aquela existente na SES, dificultando a relação de cooperação. No caso da avaliação, a SES estava adiantando-se e com possibilidades de cooperação. Neste caso, a dificuldade encontrava explicação maior na oposição dos partidos.

Se a secretaria municipal de saúde da capital tivesse se tornado um oponente também ao programa, para viabilizar politicamente a implantação, o estudo da

viabilidade política seria uma das estratégias. Ele considera as intenções do ator, a sua força na conjuntura e as afinidades com outros atores (MATUS, 1987).

As capacidades de ação do ator (poder) também devem ser avaliadas. Há atores com mais intenções que capacidade. Há atores com mais capacidades que intenções. Cada ator possui um vetor de peso que expressa suas capacidades na situação (MATUS, 1987).

Cada ator tem afinidades em relação aos outros: positivas (de atração) ou negativas (de rejeição) em relação a outros. Tudo depende do valor do programa e do interesse por eles. Dois atores têm afinidade se seus espaços direcionais se interceptam com projetos de alto valor; a interseção indica um mesmo signo de interesses (MATUS, 1987). As afinidades são delineadas pelas coincidências de intenções entre ele. Este é o caso das afinidades entre o centro colaborador e a coordenação do programa.

Considerando que um ator é aquele que cria, acumula intenções, capacidades e afinidades que são relevantes para suas intenções, capacidades e afinidades (MATUS, 1987), outro programa pode se tornar um ator e acabar competindo se eles não estiverem coordenados. Uma figura que exerça este papel de coordenação é fundamental. De acordo com Lotufo (2003), para imprimir um rumo a uma política é preciso uma liderança, mas também uma capacidade institucional capaz de exercer uma coordenação estratégica que permaneça fazendo a ligação das várias ações de modo que todas elas venham a colaborar com o alcance dos resultados. Conduzir estrategicamente implica tomar decisões considerando oportunidades reais e problemas, para a construção do futuro, e essa ação demanda uma grande capacidade de articulação intra e interinstitucional, sobretudo no setor saúde (LOTUFO, 2003), o que precisa ser reforçado na SES-SE.

O Centro Colaborador surge, então, como figura facilitadora das relações entre os setores que estão na AB, e aqueles que não, capaz de favorecer esta integração. A dificuldade de integração dos atores em torno da intervenção, foi problema também verificado por Sergipe (2005) no Conass Documenta 10 e também por Sampaio et al. (2008).

A centralização da execução dos processos licitatórios e o processo eleitoral, que demarcava o fim de gestão, conjugada à incompatibilidade de regras de financiamento, foram as situações problemáticas mais expressivas em termos de restrição de Governabilidade.

Para Vilasbôas (2006), embora Matus não tenha inserido o contexto histórico na explicação da implantação de inovações, ou no desenvolvimento de práticas gestão, é importante considerar este aspecto vinculado ao modelo proposto por ele.

O histórico de surgimento e implantação do programa aparece como um elemento favorável uma vez que a SES se sentiu co-partícipe de sua elaboração junto ao Ministério da Saúde. Isso remete à atuação da coordenação nacional do programa em superar as críticas constantes sobre a tradição do governo federal na proposição de programas verticalizados, que não consideravam o contexto o local, pelo fato de poder financiar e direcionar o rumo de vários programas. A idéia de convidar as SES para o diálogo, e propor um termo de referência com um certo grau de abertura favorece a adesão ao programa e contribui para o equilíbrio de papéis dos entes que fazem a gestão do SUS.

7.3 A pertinência do referencial teórico-metodológico

A opção pelo referencial teórico adotado na análise do contexto, originalmente elaborado para apoiar o Planejamento Estratégico Situacional (PES) de Carlos Matus, mostrou-se adequada à análise explicativa do Grau de Implantação no âmbito de uma pesquisa avaliativa deste tipo, ampliando o entendimento sobre a situação na qual ele havia se desenvolvido. Ou seja, o Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica das SES pôde ser entendido como um programa compartilhado entre governos federal e estadual, que sofreu influência do contexto-político institucional na SES. Além do mais, a proposta do PES foi pensada para problemas não estruturados como é o caso da institucionalização avaliação. Para Contandriopoulos (2006) a institucionalização da avaliação é uma intervenção sobre problema complexo o que requer a superação da lógica normativa, em favor do olhar sobre a dinâmica social e as alternativas criativas e pouco estruturadas.

Todavia, a abordagem quantitativa utilizada para avaliação normativa do grau de implantação permitiu observar o quão o programa estava implantado e revelou a congruência, em grande proporção, entre o modelo lógico oficial pensado pelo Ministério da Saúde e aquele que foi encontrado na Secretaria de Saúde de Sergipe.

A abordagem qualitativa utilizada na análise do contexto político-institucional da SES permitiu o conhecimento de elementos explicativos tanto favoráveis quanto potencialmente restritivos à implantação.

Este tipo de pesquisa avaliativa, num caso de sucesso, permite pensar se as ações previstas pelo programa de fato contribuem com o propósito de institucionalização após uma análise mais explicativa da influência do contexto. O segundo passo seria a busca dos efeitos, a investigação sobre o uso e a sustentabilidade do projeto.

A identificação das características de cada gestão no qual o programa está sendo, implantado para melhor definir as características do sistema de avaliação, esclarece que tais sistemas nascem para atender a distintas lógicas que vão de uma reforma administrativa ao fortalecimento de uma política de estado como o SUS. Discutir a natureza destas conformações pode se tornar um próximo objeto de investigação.

7.4 Os efeitos e a institucionalização da avaliação

Foi necessário um olhar cuidadoso em relação à dimensão temporal dos discursos: afinal, as afirmações dos entrevistados se referiam a que momento do contexto? anterior, concomitante ou após à implantação? Diante disto, foram encontrados efeitos do programa sobre o contexto, uma vez que modificações ocorreram posteriormente à implantação da primeira fase do Proesf estadual. O fato de o programa influenciar o contexto já é reconhecido por Contandriopoulos (2006b). Neste caso, o programa era uma intervenção sobre o próprio contexto da gestão SES, o que exigiu a identificação da relação temporal.

Os efeitos observados no contexto incidiram, sobretudo, no fortalecimento da Capacidade Técnica de Governo da SES, atingindo os objetivos do projeto, ora entendido como programa. Ampliação de conhecimento da equipe técnica das SES (servidores efetivos, especialmente) no campo da avaliação e fortalecimento das práticas anteriores, inclusive no âmbito municipal foram mencionados. Foram observados também efeitos no Projeto de Governo, incluindo o surgimento do propósito da institucionalização da avaliação no Plano Estadual de Saúde. Quanto à

Governabilidade, foram fortalecidas a integração dos setores e da adesão dos atores aos propósitos do governo com a atenção básica e avaliação. Inclui-se ainda a qualificação das relações com os municípios, no sentido cooperação técnica e não da fiscalização. Situações de uso da avaliação na tomada de decisão como exemplificado pela saúde bucal, alavancadas pelo programa, foram apontadas pela SES.

De uma forma geral, o programa encontra-se implantado, mas a *institucionalização da avaliação ainda não foi alcançada*. As mudanças provocadas pela introdução desta tecnologia de gestão, e de todo o movimento no sistema social de ação necessário para tal implantação, foram muito mais conceituais que operacionais. Portanto, o programa ainda não alcançou uma fase de consolidação onde se pudessem verificar mudanças na cultura institucional ou a rotinização de novas *práticas*: “Mudar uma instituição é mudar suas práticas de trabalho e, para mudar suas práticas de trabalho é necessário transformar a cultura institucional” com a introdução de métodos e sistemas inovadores (MATUS, 1997 apud LOTUFO, 2003). A fase 2 do Proesf poderá ajudar neste sentido.

Retomando os pressupostos iniciais do estudo, um programa para a institucionalização da avaliação pôde ser entendido como uma intervenção para aumentar a Capacidade de Governo de uma SES. Tal categoria condicionou e esteve condicionada pelo Projeto de Governo e pela Governabilidade. Ao atuar sobre a Capacidade de Governo também se estava melhorando o PG e aumentando a Governabilidade do sistema.

No campo da institucionalização da avaliação da atenção básica, o programa provoca o entendimento de que ela deve estar voltada ao atendimento dos princípios do SUS mediante a descentralização. Todavia, vale resgatar a história de que a institucionalização dos sistemas de avaliação, na América Latina, foi tradicionalmente impulsionada pela lógica de Reforma do Estado, justificada pela busca da eficiência, também pela via da descentralização (FARIA, 2005). De fato, fazer o questionamento sobre os propósitos da descentralização dos sistemas de avaliação deve ser o primeiro desafio a fim de que os interesses sejam equacionados e os interessados, envolvidos e mobilizados enquanto agentes conscientes da avaliação que irá se institucionalizar.

Ao que tudo indica, a institucionalização da avaliação tem o potencial de contribuir com diferentes propósitos, com o esclarecimento das controvérsias, e ainda com a instauração, de processos democráticos.

Todavia, a transformação, individual e coletiva, dos que se envolvem, favorece o desenvolvimento de capacidades avaliativas e de formação constantes, contribuindo, inclusive, com a Integralidade da Atenção em todos os pontos do sistema de saúde (FELISBERTO, 2006; FELISBERTO et al., 2008).

8 CONCLUSÃO

O Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica foi um programa flexível - não estruturado como programa verticalizado. Destinou-se à melhoria da gestão, especialmente pelo desenvolvimento de capacidade avaliativa, dimensão extremamente relacionada à Capacidade de Governo.

A SES-SE, elegeu um interlocutor para atuar junto ao Ministério da Saúde, selecionou técnicos para participarem, constituiu um núcleo coordenador e núcleo ampliado intersetorial para o monitoramento e avaliação da atenção básica. Estruturou o setor com mobiliário e equipamentos; impetrou reformas na estrutura física, adquiriu veículos e contratou um centro colaborador para institucionalização da avaliação. Capacitou os envolvidos em avaliação e elaborou uma proposta metodológica em monitoramento e avaliação. Conseguiu melhorar a pactuação da atenção básica e investiu na melhoria do SIAB. Os elementos explicativos do êxito desta implantação contidos nesse contexto foram especialmente o Projeto de Governo e a Capacidade de Governo.

Finalmente, os resultados demonstram que houve influência do contexto político-institucional na implantação do programa, com maior ou menor intensidade de um destes lados do triângulo de Matus, a depender da Dimensão estudada. Do ponto de vista da análise de contexto, a estrutura e a história surgiram como elementos explicativos incorporados na Capacidade de Governo e Governabilidade, respectivamente. Ainda, a adesão ao programa e sua incorporação ao Projeto de Governo são explicadas pela história do programa, percebida como conquista da coordenação estadual junto ao Ministério da Saúde.

Por outro lado, pode-se dizer que os elementos que restringiram a implantação se encontraram em alguns aspectos da Capacidade de Governo e, sobretudo, no âmbito da Governabilidade, e especial na integração inter-setorial e inter-gestores SES-SMS capital. No primeiro a departamentalização do funcionamento organizacional, o sistema de execução de recursos da SES poucos claros foram os mais explicativos.

De fato, instituir um sistema de avaliação em prol da institucionalização é colocar em movimento todo um sistema social que provocará mudanças no cotidiano das Secretarias Estaduais de Saúde. Mesmo numa situação considerada de

sucesso, foi possível conhecer pontos de fragilidade que justificam uma análise situacional estratégica para implantá-lo, tendo em vista o potencial desta abordagem na detecção dos problemas considerados nós-críticos. O desafio de institucionalizar a avaliação será melhor superado quando o planejamento estratégico da institucionalização de sistemas sociais de avaliação propuser o diálogo com o sistema social de planejamento e programação, identificando-se as controvérsias advindas das interpretações distintas que os atores fazem em relação às diferentes intervenções estaduais.

No caso do Brasil, tendo em vista os princípios que norteiam o sistema de público de saúde ainda se faz necessário definir os propósitos, a imagem-objetivo da institucionalização da avaliação em cada contexto. A avaliação que se quer institucionalizar está a serviço de quem? Que interesses ela está alimentando? Mobilizar todo esse sistema social requer planejamento, uma vez que se quer alavancar um processo de mudança. A abordagem estratégica situacional de Matus como instrumento de análise do contexto político-institucional pode ser uma etapa importante a ser realizada em toda a implantação de um programa como este. As dificuldades deverão ser enfrentadas e as fortalezas, utilizadas como elementos propulsores.

Enquanto abordagem social e estratégica, ela aponta caminhos de estudar as relações sociais entre atores permitindo interpretar o distanciamento e as aproximações a partir dos seus interesses, propondo caminhos para tornar estes sistemas interessantes, e proporcionando reflexões sobre o encontro com os princípios da política de saúde brasileira.

9 RECOMENDAÇÕES

O estudo permitiu então a identificação de pistas que podem contribuir com a implantação de programas de institucionalização tais como:

- Planejar cuidadosamente, mediante abordagem estratégica e situacional, a implantação do mesmo uma vez que ele é um processo complexo de mudança, não estruturado, articulando-o à programação;
- Considerar as diferentes interpretações que os atores fazem das intervenções existentes na SES a fim de conhecer os seus sentimentos, as controvérsias, ampliando a adesão e mobilização em torno do mesmo, tendo em vista o caráter técnico e político da institucionalização da avaliação;
- Iniciar, na fase 2 do Proesf, a cooperação técnica com os municípios;
- Manter o diálogo permanente entre instâncias federal e estadual, assim como a flexibilidade dos planos estaduais e das propostas metodológicas;
- Ampliar a participação do Conselho Estadual;
- Promover a coordenação entre programas semelhantes a fim de evitar competição entre eles. Para tanto, ampliar o apoio técnico da coordenação nacional à esta articulação, inclusive em torno de outros projetos de monitoramento e avaliação da AB, a exemplo do AMQ, e outros programas como o das Funções Essenciais e os Núcleos de Avaliação Econômica;
- Manter o investimento no Desenvolvimento de Capacidade Técnica, fortalecendo o papel dos centros colaboradores;
- Tornar avaliação participativa e democrática. Ou seja, utilizada como mecanismo de ampliação não apenas dos espaços de reflexão coletivos, mas que se constitua em espaços democráticos de gestão prezando-se pela implementação das decisões tomadas, de forma compartilhada entre os envolvidos que se apoiaram nos processos e resultados dela;
- Orientar a implantação dos sistemas de avaliação pelos princípios do SUS, auxiliando o fortalecimento de um Projeto de Governo com esta direcionalidade, aumentando a Capacidade de Governo dos que atuam, o papel que desempenham na gestão do sistema, gerando Governabilidade das mudanças nesta direção.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA SERGIPE DE NOTÍCIAS. Novo secretário de Saúde será empossado hoje. **Informe Sergipe**, Aracaju, 30 dez. 2004. Disponível em <http://www.informesergipe.com.br/pagina_data.php?sec=7&&rec=7305&&aano=2004&&mms=12>. Acesso em: 19 set. 2006.

ARAÚJO. A. L.; MACHADO, H. O. P.; CARVALHO, E. F. Autonomia Municipal, descentralização, governabilidade e financiamento do SUS: uma análise de municípios em gestão plena do sistema no Estado de PE. In: FREESE. E. (Org.) **Municípios: A gestão da mudança em saúde**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004. p 297- 327.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 331-341, 2001.

BARATA, B.; TANAKA, O.; MENDES, J. D. V. O papel das três esferas de Governo no SUS. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Convergências e divergências sobre gestão e regionalização**. Brasília, DF, 2004. p. 17-19. (Conass Documenta, n. 6).

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2000.

BARNETTE JÚNIOR, J.; WALLIS, A. B. Helping evaluators swim with the current: training Evaluators to Support Mainstreaming. **New directions for evaluation**, San Francisco, n. 99, p. 51-61, 2003.

BARRETO, JÚNIOR. I. F.; SILVA, Z. P. Reforma do sistema de saúde e as novas atribuições do gestor estadual. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 18, n. 3. p. 47-56, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, DF, 2006a. (Série Pactos pela Saúde, v. 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional da atenção básica**. Brasília, DF, 2006b. (Série Pactos pela Saúde, v. 4).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de monitoramento e avaliação da atenção básica**: encontrando caminhos para institucionalização. Brasília, DF, 2005. Apresentação em PowerPoint. Disponível em: <www.saude.gov.br/caadab>. Acesso em: 20 set. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, de 6 de novembro de 1996. Aprova Norma Operacional Básica –NOB- SUS 01/96. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 6 nov.1996. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/esp2/img2/NOB%20SUS%2001_96.pdf>. Acesso em: 19 set. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 234, de 7 de fevereiro de 1992. Aprova Norma Operacional Básica – SUS 01/92. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 10 fev.1992. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf>. Acesso em: 20 set. 2005.

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 República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, n. 40, 28 fev. 2002. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/esp2/img2/NOAS%2001_2002.pdf>. Acesso em: 20 set. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/01. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 29 jan. 2001. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/noas.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204/GM de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm>>. Acesso em: 3 mar. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PROESF - o projeto de expansão e consolidação do Saúde da Família**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2003.

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. Disponível em: <www.saude.gov.br/caadab>. Acesso em: 20 set. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 258, de 7 de janeiro de 1991. Aprova Norma Operacional Básica – SUS 01/91. **Diário Oficial [da República Federativa**

do Brasil], Brasília, DF, 10 jan.1991. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolucao%20258_07_01_1991.pdf>. Acesso em: 20 set. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Descentralização das ações e serviços de saúde**. A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasília, DF, 1993.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v 3, n. 30, p. 285-292, 1996.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. **Conheça o manifesto Emenda Constitucional 29**: qual regulamentação? Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.cebes.org.br/default.asp?site_Acao=mostraPagina&paginaId=167&acao=exibe&ID=11>. Acesso em: 26 nov. 2007.

CHAMPAGNE, F.; CONTRANDIOPOULOS, A. P. Elementos de arquitetura dos sistemas de avaliação do desempenho dos sistemas de serviços de saúde. In: CONFERENCIA LUSO-FRANCÓPHONA DA SAÚDE, 2005, Montréal. **Documento de trabalho**. Montréal: Université de Montréal, 2005.

CHAMPAGNE, F. et al. **L'évaluation en santé: Concepts, methodes et pratiques**. Montréal: Faculté de Médecine, Université de Montréal, 2007. No prelo.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Atenção primária- Seminário do CONASS para construção de consensos**. Brasília, DF, 2004a. (Conass Documenta, n. 2).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). Exercício do papel dos diversos entes federados e comando único. In: _____. **Convergências e divergências sobre gestão e regionalização**. Brasília, DF, 2004b. p. 67-70. (Documenta, n. 6).

CONTANDRIOPOULOS, A. P. **Avaliação**: conceitos e definições. Aula do Seminário Custos e Consequencias das Intervenções de Saúde. Recife: Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, 2006a. 1 CD ROOM.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705-711, jul./set. 2006b.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. **Saber preparar uma pesquisa**: definição, estrutura e financiamento. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.

CONTANDRIOPOULOS, A. P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.; A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.). **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática da implantação. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. p. 29-48.

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.

DENIS, J. L.; CHAMPAGNE, F. L'Analyse de l'implantation: modeles et méthodes. **Canadian Journal of Program Evaluation**, Ottawa, v. 5, n. 2, p. 47-67, 1990.

ELIAS, P. E. A Descentralização na periferia do capitalismo: os desafios para a construção de sistema universal de saúde com mecanismos de participação direta. In: CONFERENCIA LUSO-FRANCÓPHONA DA SAÚDE, 2005, Montréal. **Documento de trabalho**. Montréal: Université de Montréal, 2005.

FACCHINI, L. A. et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, 2006.

FARIA, C. A. P. A política da avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 20, n. 59, p. 97-109, out. 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, jul./set. 2006.

FELISBERTO, E. 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 Jr., A. G.; MATTOS, R. A. (Org.). **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos das práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2008. No prelo.

FERREIRA, V. S. C.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Intersetorialidade em saúde: um estudo de caso. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). **Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 103-150.

FREESE, E.; CESSÉ, E. A.; MACHADO, H. O. P. O desenho da pesquisa os contextos municipais. In: FREESE, E. (Org.) **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004. p. 195- 232.

FRIAS, P. G. et al. **Relatório final dos resultados do projeto de pesquisa: Institucionalização da Avaliação da Atenção Básica: Análise da Implantação de um Projeto em duas Secretarias Estaduais de Saúde**. Recife, 2008.
GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília, DF: Líber livro, 2005. (Série Pesquisa em Educação, 10).

GOMES, R. *et al.* Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 185-221.

HARTZ, Z. M. A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341-353, 1999a.

HARTZ, Z. M. A. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 413-421, 2002.

HARTZ, Z. M. A. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over ready-made. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 229-259, abr./jun. 1999b.

HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). **Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 207-253.

HARTZ, Z. M. A. Princípios e padrões em metavaliação: diretrizes para os programas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p 733-738, jul/set. 2006.

KHAN, M. A. Evaluation Capacity Building: an overview of current status, issues and options. **Evaluation**, Minneapolis, v. 3, n. 4, p. 310-328, 1998.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

LOTUFO, M. **Gestão pública em saúde**: análise da Capacidade de Governo da Alta Direção da SES - Mato Grosso em 2001. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

MACHADO, H. O. P.; FREESE, E.; CESSÉ, E. Analisando situações de governo em municípios pernambucanos: quem busca e quem produz mudanças na gestão do SUS. In: FREESE, E. (Org.) **Municípios**: a gestão da mudança em saúde. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2004. p 261- 296.

MATSUDA, E.; LINDERT, K. **Programa Brasil avaliação**. Trabalho apresentado no Encontro de Apresentação da Proposta em Brasília, DF, 2005.

MATUS, C. O. **Política, planejamento & governo**. Brasília, DF: IPEA, 1996. Tomo 2.

MATUS, C. **Política, planificación y gobierno**. Washington, D.C: Borrador, 1987. Tomo I.

MOREIRA, E. **Repensando conceitos e práticas**. Aula da Disciplina Avaliação de Políticas e Programas de Saúde. Recife: Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, 2006. 1 CD ROOM.

MÜLLER NETO, J. S. **Funções essenciais em saúde pública no Brasil**. Brasília, DF: Conass, 2006. Apresentação em PowerPoint. Disponível em: <http://www.conass.org.br/admin/arquivos/Apresen_FESP_JMuller_OPAS.pdf>. Acesso em: 26 dez. 2006.

NATAL, S. et al. **Avaliação formativa do componente fortalecimento técnico das Secretarias de Estado de Saúde em monitoramento e avaliação**: relatório executivo. Rio de Janeiro: ENSP, FIOCRUZ, 2007.

O, DWYER, G. C. O papel das três esferas de governo no SUS. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Convergências e divergências sobre gestão e regionalização**. Brasília, DF, 2004. p. 21-22. (Documenta, n. 6).

POTVIN, L.; GENDRON, S. Programação e avaliação em saúde. In.: SEMINÁRIO AVANÇADO: PROGRAMAÇÃO E AVALIAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2006, Recife. **Apostila...** Recife: Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, 2006.

RAGGIO, A. Debate. O papel das três esferas de governo no SUS. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Convergências e divergências sobre gestão e regionalização**. Brasília, DF, 2004. p. 17-25. (Documenta, n. 6).

SAMPAIO, J. et al. Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da atenção básica: lições relevantes. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, jul. 2008. No prelo.

SEIXAS, J. C. Debate. O papel das três esferas de governo no SUS. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Convergências e divergências sobre gestão e regionalização**. Brasília, DF, 2004. p. 22-23. (Documenta, n. 6).

SERGIPE. Governo. **Projetos e programas da saúde em sergipe** Aracaju, 2004c.

SERGIPE. Portaria n. 1793 de 24 de outubro de 2006. Designa comissão para compor a equipe de monitoramento e avaliação da atenção básica no estado de Sergipe e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado**, Aracaju, 25 out. 2006.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. **Agenda estadual de saúde**. Aracaju, 2003.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. **Agenda estadual de saúde**. Aracaju, 2004b.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano estadual de saúde 2004-2007**. Aracaju, 2004a.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. **Pró-Saúde**. Aracaju, 2006. (Caderno Livro Texto da Avaliação do Pró-Saúde 2006).

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. **Proposta Metodológica de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica**. Aracaju, 2006.

SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. **Relatório de Gestão 2003 e 2004**. Aracaju, 2005.

SOUZA, L. E.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; HARTZ, Z. M. A. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da Atenção à Saúde no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (Org.). **Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 65-102.

SOUZA, R. R. A Organização da Atenção a Saúde. In: ENCONTRO DE GESTORES DO ESTADO DE SERGIPE. 2003.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001.

STENZEL, A. C. B. **A temática da avaliação no campo da saúde Coletiva**: uma bibliografia comentada. 1996. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Departamento de Medicina Preventiva e Sócia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

TOLEDO, R. S. Cuadro actual de la evaluación de políticas y programas gubernamentales en Brasil. In: _____. **Fortalecimiento de la función evaluación en los países de América del Sur**. Brasília, DF: IPEA, 2005a. cap. 1. p. 19-79.

TOLEDO, R. S. Objetivos del subproyecto y procedimientos metodológicos de análisis. In: _____. **Fortalecimiento de la función evaluación en los países de América del Sur**. Brasília, DF: IPEA, 2005b. cap. 3. p. 219-294.

URQUIETA, J. Concepts fundamentals de evaluación de programas. In: TALLER EVALUACIÓN DE IMPACTO DE PROGRAMAS EM POBLACIÓN, SALUD Y NUTRICIÓN, 2005, Cuernavaca, México. **Apostila measure evaluation**. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.

VARONE, F.; JACOB, S.; WINTER, L. Polity, politics and policy evaluation in Belgium. **Evaluation**, Minneapolis, v. 11, n. 3, p. 253-273, 2005.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; OLIVEIRA, R. G. O. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 493-507, 2002.

VIANA, A. L. D. et al. Modelos de atenção básica nos grandes municípios paulistas: efetividade, eficácia, sustentabilidade e governabilidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 577-606, jul./set. 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.). **Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 15-39.

VILASBÔAS, A. L. Q. **Prática de planejamento e implementação de políticas de saúde no âmbito municipal**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

WIDMER, T.; NEUENSCHWANDER, P. Embedding Evaluation in the Swiss Federal Administration. **Evaluation**, Minneapolis, n. 4, v. 10, p. 388-409, 2004.

WORTHEN, R. B.; SANDERS, J. R. FITZPATRICK, J. L. Avanços e tendências recentes na Avaliação In: _____. **Avaliação de programas: concepções e práticas**. São Paulo: Gente, 2004a. cap. 2, p. 73-96.

WORTHEN, R. B.; SANDERS, J. R. FITZPATRICK, J. L. Definição de limites e análise do contexto da avaliação In: _____. **Avaliação de programas: concepções e práticas**. São Paulo: Gente, 2004b. cap. 13, p. 301-339.

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

**Apêndice A - Matriz de Julgamento da Dimensão 1-
Gestão Técnico-Financeira. Sergipe, 2006.**

Crítérios	Parâmetros	Pontuação consensuada	Pontuação Obtida	Percentual	Grau de Implantação
1. Elaboração do POA pelo núcleo coordenador (p.45)	POA 1 e 2 elaborados- custos globais do plano e fonte dos recursos definidos*	15	15	88%	IMPLANTADO
2. Alimentação da declaração de gastos/prestação de contas no Sistema de Gerenciamento do Proesf	Sistema de Gerenciamento Alimentado	10	5		
3. Execução dos recursos programados para realização das ações programadas	Pelo menos 80% das licitações programadas realizadas	30	30		
4. Definição de responsável técnico pelo projeto na SES para manter interlocução com o Ministério da Saúde	1 Responsável técnico definido e atuando	20	20		
5. Criação do Núcleo coordenador	<i>Núcleos/grupos/equipes de M&A da AB estabelecidos no âmbito central da SES e em pelo menos 30% das Regionais/Diretorias de saúde do Estado*e**</i>	15	15		
6. Constituição do Núcleo ampliado de M&A e Estabelecimento das equipes de M&A na AB no âmbito central e regional dos estados	Núcleo ampliado implantado/constituído de âmbito central e regional (plano de trabalho constando metodologia e produtos esperados, ou agenda, reuniões sistemáticas, local de encontros,pessoa exclusiva para estas atividades, portaria)	20	10		
7. Definição de pelo menos 1 profissional de cada área da NOAS para ser capacitado em M&A		15	15		
8. Realização de reparos e adequações físicas nas SES para fortalecer M&A 11. % de reparos e adequações físicas nas SES para fortalecer M&A realizados	<i>90% dos reparos e adequações físicas previstas nas SES para fortalecer sua capacidade de M&A da AB realizados (p.28 e p. 29* ou Ampliação da infra-estrutura **</i>	10	10		
9. Aquisição de veículos e equipamentos (p.30) 13. % de veículos e equipamentos adquiridos	<i>80% dos equipamentos e veículos previstos como necessários ao fortalecimento da capacidade da SES em M&A adquiridos*</i>	10	10		
10. Contratação e implantação de consultoria especializada em M&A por instituição de ensino e pesquisa (p. 32,33, 36, 37, 38)	Pelo menos 1 Centro colaborador contratado** 1 Cronograma de reuniões, pelo menos 70% dos produtos acordados com o cc alcançados e existência de critérios (p.33)*	40	40		
11. Proposta Metodológica de M&A, apresentação, discussão e aprovação .na CIB e CES (p.2).	PM aprovada na CIB e CES constando em ATA **	25	20		
12. Realização avaliativas dos MPF	-Síntese Avaliativa dos MPF realizados, dos resultados alcançados e dificuldades encontradas**	20	10		
13. Revisão do Plano Estadual com acréscimo da PM (análise documental na 2ª. proposta etodológica)	Plano Estadual revisado acrescido da PM ao final do MI**.	20	20		

Matriz de Julgamento da Dimensão 2- Integração. Sergipe, 2006.

Critérios	Parâmetros	Σ dos pontos dos indicadores esperados	Σ dos pontos observados pelos indicadores	$(\Sigma$ observado/ Σ pontos máximos) 100	Grau de Implantação
		250			
14. Execução de ações previstas na Proposta Metodológica para Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica aprovada pela CIB, CES e DAB/MS em municípios acima e abaixo de 100.000hab.		30	10	56%	PARCIALMENTE IMPLANTADO
15. Cooperação técnica com os municípios na dinamização do Pacto da AB e no uso do SIAB	Sim/Não	25	20		
16. Análise das Estratégias utilizadas junto aos municípios para o fortalecimento do uso do SIAB como instrumento**		25	25		
17. Análise do desempenho dos municípios no cumprimento do Pacto AB e no uso do SIAB	Aprovação da pactuação da AB na CIB e CES**	35	35		
18. Monitoramento e viabilização das metas do pacto implantado		20	5		
19. Desenvolvimento de ações para construção de sistemas de M&A	24.1Sim/Não (30)	30	0		
20. Assessoria aos municípios pelo menos na implantação do AMQ	Sim/Não	25	15		
21. Assessoramento aos municípios na atualização do CNES	Pelo menos 40% dos municípios com CNES atualizado**	10	10		
22. Incentivo e Avaliação da integração das áreas da SES no processo de M&A da AB	Sim/Não Relatório da avaliação das ações realizadas de forma integrada pleos distintos setores da SES **	30	20		
23..Assessorando a elaboração de 2 propostas de M&A da AB em pelo menos 2 municípios do proesf	2 Propostas preliminares de M&A da AB nos municípios do Proesf, construída pelo município e assessorado pela SES e CC **	20	0		

Matriz de Julgamento da Dimensão 3- Desenvolvimento de Capacidade Técnica. Sergipe,06 .

Critérios	Parâmetros	Σ dos pontos dos indicadores esperados	Σ dos pontos observados pelos indicadores	(Σ observado/ Σ pontos máximos) 100	Grau de Implantação
24. Elaboração de uma proposta de educação permanente em M&A da AB	Proposta de educação permanente em saúde para equipe técnica da SES elaborada**	40	10	80%	IMPLANTADO
25. Realização de cursos em M&A envolvendo profissionais do Núcleo coordenador e Áreas da NOAS, AB	Pelo menos 1 profissional de 70% das Regionais de Saúde capacitado em monitoramento e avaliação em saúde;* Pelo menos 1 profissional de cada área constante da NOAS de âmbito central, capacitado em monitoramento e avaliação em saúde*	50	45		
26. Elaboração de uma proposta de M&A da AB como produto do processo de capacitação	1 Proposta Metodológica construída com participação da AB e 7 áreas* (contendo: metas, indicadores, método de coleta de dados, fontes de informação, freqüência de coleta dos dados e método de análise) com 1 Metodologia de monitoramento incluindo i)metas e indicadores ii) método de coleta de dados iii)fontes de informação iv)freq de coleta de dados v) métodos de análise*	40	40		
27. Realização de momentos processuais de avaliação do projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica	MPF I realizados- Sim/Não**	20	20		
28. Realização de momentos processuais de avaliação do projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica	MPF II realizados- Sim/Não**	20	20		
29.% Assessoramento aos municípios na atualização do SIAB	80% dos municípios do estado, com Programa Saúde da Família e/ou Programa de Agentes Comunitários de Saúde, alimentando regularmente o SIAB nos últimos 12 meses*. Estratégia de melhoria da qualidade elaborada/discutida	20	20		
30. Elaboração de processos de melhoria da qualidade dos SIS		30	30		
31. % de municípios assessorados		15	15		
32. Participação da SES na realização dos ELB do Proesf	Participação da SES nos ELB	15	0		
33. Solicitação e acompanhamento de pesquisas avaliativas realizadas com auxílio do CC	Pesquisa avaliativa solicitada	20	15		
34. 1 Plano de avaliação de impacto de intervenção sobre problema prioritário	1 Plano de avaliação de impacto contendo: tema, justificativa, perguntas de pesquisa, objetivos, explicação de como os resultados poderiam contribuir com a melhoria do sistema de atenção básica e cronograma de execução*	10	05		
35. Estabelecimento de categorias de avaliação para classificação dos municípios na realização do diagnóstico situacional da Atenção Básica/ elaboração do Diagnóstico situacional da ABS	Diagnóstico situacional da ABS elaborado com classificação de municípios em categorias segundo sua situação (as categorias serão estabelecidas a partir de critérios definidos pela SES)*	50	50		
36. Assessoria do CC implantada na SES		40	40		
37. Assessoria do CC na avaliação da AB		30	10		

**Matriz de Julgamento da Dimensão 4- Informação e Comunicação.
Sergipe,06**

Critérios	Parâmetros	Σ dos pontos dos indicadores esperados	Σ dos pontos observados pelos indicadores	$(\Sigma \text{ observado} / \Sigma \text{ pontos máximos}) \cdot 100$	Grau de Implantação
		100	95		
38. Produção e reprodução de informes sobre a situação da AB no estado a partir dos processos de M&A da AB	N. de informes produzidos com a classificação dos municípios em categorias segundo sua situação (as categorias serão estabelecidas a partir de critérios definidos pelas SES).	10	5	95%	IMPLANTADO
39-Apresentação do Relatório analítico da situação da Atenção Básica no estado, com avaliação do alcance das metas pactuadas com os municípios	Pelo menos 1 relatórios apresentados sobre a situação da AB no estado**	30	30		
40- Elaboração de proposta de divulgação dos resultados de M&A para os municípios	Divulgação dos resultados do M&A ou pelos menos proposta elaborada para os municípios.	30	30		
41- Elaboração de proposta de divulgação dos resultados de M&A para gestores	Divulgação dos resultados do M&A ou pelos menos proposta elaborada para os gestores.	30	30		

Perfil dos Entrevistados

Função	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12
Idade	45 anos	51 anos	48 anos	47 anos	47 anos	51 anos	50 anos	47 anos	43 anos	40 anos	58 anos	48 anos
Formação	Psicóloga	Enfermeiro	Enfermeira	Média	Enfermeiro	Odontologia	Enfermeira	Enfermeira	Psicólogo	Médico	Assistente Social	Enfermeira
Tempo de Formação (anos)	18	26	24	23	23	27	27	26	17	14	26	25
Pos-graduação, aprimoramento	Curso de Especialização em Saúde Coletiva com concentração em Gestão de Serviços de Saúde	Saúde Pública/Fiocruz Administração Hospitalar-FAc São Camilo Saúde Coletiva com Concentração em GSS pelo ISC	Gestão em Saúde Coletiva	Hansenologia Saúde Coletiva-Gestão de Serviços	Saúde Pública	Saúde da Família Auditoria em Saúde	Terapia Intensiva	Gestão hospitalar	Psicologia Clínica e Saúde Coletiva pelo ISC	Administração Hospitalar e Auditoria em Serviços e Sistemas de Saúde	-	Enfermagem do Trabalho Administração Hospitalar
Estabilidade na direção	18 meses	24 anos na SES 3 anos	4 anos	3 anos	12 anos	8 anos	2 anos	3 anos	2 anos	1 ano	18 meses	2 anos
Tempo no projeto	2 anos	2 anos- início	1 ano	2 anos	NR	2 anos	1 ano	2 anos	2 anos- início	2 anos	1 ano	18 meses
Experiência anterior em M&A	Módulo no curso de especialização do ISC/BA	Curso de Avaliação promovido pelo MS	Curso promovido pelo MS em 2004		Avaliação com os municípios	Oficinas de Avaliação da Agenda Estadual Oficinas para diagnóstico das FESP	Oficinas de Avaliação da Agenda Estadual Oficinas diagnóstico das FES	Avaliação da implantação do Programa Viva Mulher como coordenadora estadual	Módulo no curso de especialização do ISC Oficinas Diagnóstico das FES	Módulo de Avaliação em SS na especialização em auditoria Oficinas Diagnóstico das FES	Oficinas de Avaliação da agenda estadual de saúde Oficina para diagnóstico das Funções	Não
Experiência Atual	Curso de M&A da AB promovido pelo :ISC	Curso de Avaliação em Saúde pelo ISC	Curso M&A do ISC	Curso avaliação do ISC-disciplina no curso de gestão		Curso M&A do ISC Oficinas para elaboração da PM	Curso M&A do ISC; Oficinas para construção da Proposta Metodológica	Curso de M&A da AB do ISC	Aperfeiçoamento em avaliação do ISC		Curso de M&A da AB do ISC Oficinas para construção da PM; Essenciais do Estado; Oficinas para implantação do AMQ	Curso de MA do ISC

**Apêndice B - Influência do Contexto por Critérios
Contexto na Dimensão 1- Gestão Técnico-Financeira. Sergipe, 2006.**

Critérios	Pontuação consensuada	Pontuação Obtida	Influência positiva do contexto	Restrição do contexto
1. Elaboração do POA pelo núcleo coordenador (p.45)	15	15	CG:Perícia da Direção do Programa-capacidade para elaboração do POA	
2. Alimentação da declaração de gastos/prestação de contas no Sistema de Gerenciamento do Proesf	10	5	GOV: Boa relação SES com o setor financeiro CG: conhecimento da equipe técnica da AB em informática; perícia da direção do programa (liderança)	CG: sistema de execução financeira fluxo desconhecido; dificuldade na operação de sistemas computacionais Apoio tecnológico do MS deficiente
3. Execução dos recursos programados para realização das ações programadas	30	30	CG:Perícia pessoal da direção do programa GOV:Boa relação com o Ministério da Saúde	
4. Definição de responsável técnico pelo projeto na SES para manter interlocução com o Ministério da Saúde	20	20	PG: relevância da AB o M&A GOV: Boa relação do programa com a alta direção da SES	
5. Criação do Núcleo coordenador	15	15	GOV: Boa relação da coordenação do programa com a alta direção da SES CG- Perícia pessoal em identificar os atores influentes PG: M&A e PG	Governabilidade: integração entre os setores compreendem que o Programa é da AB
6. Constituição do Núcleo ampliado de M&A e Estabelecimento das equipes de M&A na AB no âmbito central e regional dos estados	20	10	CG:Colocar o projeto em prática GOV: portaria- boa relação da coordenação com demais setores PG- portaria- relevância da AB e do M&A	Capacidade de Governo-deficiência no planejamento Falha no sistema de Gerencia por operações
7. Definição de pelo menos 1 profissional de cada área da NOAS para ser capacitado em M&A	15	15	CG-implementar os requisitos formais GOV-definir pessoas influentes, que ocupavam cargos aliados a técnicos -Boa relação com o setor financeiro	GOV: Centralização da licitação CG: desconhecimentot do fluxo
8. Realização de reparos e adequações físicas nas SES para fortalecer M&A 11. % de reparos e adequações físicas nas SES para fortalecer M&A realizados	10	10	CG:g overno em executar os recursos, liderança Autonomia da coordenação PG:prioridade do PJ para com a AB	
9. Aquisição de veículos e equipamentos (p.30) 13. % de veículos e equipamentos adquiridos	10	10	CG:liderança GOV: Autonomia da coordenação, boa relação com o setor financeiro Prioridade do PJ para com a AB	
10. Contratação e implantação de consultoria especializada em M&A por instituição de ensino e pesquisa (p. 32,33, 36, 37, 38)	40	40	CG: perícia em superar as restrições da Governabilidade PG: prionidade AB e M&A. Incorporação ao Programa CG GOV: afinidade entre SES e CC	Governabilidade- incompatibilidade de regras CG Dificuldades no Planejamento; Dificuldade no sistema de execução financeira-
11. Proposta Metodológica de M&A, apresentação, discussão e aprovação .na CIB e CES (p.2).	25	20	GOV- boa relação com o CES PG que reforça a AB e o fortalecimento do CES CG para condução do processo	GOV: falta da participação do controle social
12. Realização avaliativas dos MPF	20	10	CGoverno- apoio do centro colaborador; experiência da coordenação do programa e Secretária Adjunta. Experiencia da equipe em participar de processos avaliativos. Sistema de petição por prestação de contas-avaliação das agendas PG- cultura avaliativa	Tempo do projeto-ainda não finalizado Mudanças eleitorais
13. Revisão do Plano Estadual com acréscimo da PM (análise documental na 2ª. proposta etodológica)	20	20	CP: centro colaborador. Perícia da liderança do programa- liderança Perícia da SAAD Estabilidade da direção GOV: satisfação dos envolvidos Capacidade de condução	
	250	220		

Contexto na Dimensão 2- Integração. Sergipe, 2006.

Critérios	Parâmetros	Σ dos pontos dos indicadores esperados	Σ dos pontos observados pelos indicadores	Restrição do contexto		(Σ observado/ Σ pontos máximos)100
		250				
14. Execução de ações previstas na Proposta Metodológica para Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica aprovada pela CIB, CES e DAB/MS em municípios acima e abaixo de 100.000hab.		30	10		GOV- tempo técnico e político Má relação com a SMS da capital-partidos opostos CG Planejamento do programa	56%
15. Cooperação técnica com os municípios na dinamização do Pacto da AB e no uso do SIAB	Sim/Não	25	20	CG- Experiência PG-AB como prioridade GOV- interesse do município	CG: processo incipiente de M&A	
16. Análise das Estratégias utilizadas junto aos municípios para o fortalecimento do uso do SIAB como instrumento**		25	25	CG-Experiência da equipe CG existência de técnico em SIS Boa relação com os municípios	Má relação com a SMS capital	
17. Análise do desempenho dos municípios no cumprimento do Pacto AB e no uso do SIAB	Aprovação da pactuação da AB na CIB e CES**	35	35	CG- Experiência atuação do CC Interesse da equipe técnica	Estrutura municipal deficiente (informática, RH...)	
18. Monitoramento e viabilização das metas do pacto implantado		20	5	Proposta metodológica de M& que melhorou a supervisão	CG monitoramento e avaliação incipientes. Estrutura de informática. Deficiência de Integração entre os setores. Qualidade dos SIS Processo de supervisão deficiente Dificuldade de integração na SES	
19. Desenvolvimento de ações para construção de sistemas de M&A	24.1 Sim/Não (30)	30	0	CG-	CG deficiente no planejamento. Dificuldade de integração	
20. Assessoria aos municípios pelo menos na implantação do AMQ	Sim/Não	25	15	Capacidade de Governo	Competição entre programas GOV tempo técnico e político	
21. Assessoramento aos municípios na atualização do CNES	Pelo menos 40% dos municípios com CNES atualizado**	10	10	Conhecimento do dirigente e da equipe CP da equipe da SES- SIS		
22. Incentivo e Avaliação da integração das áreas da SES no processo de M&A da AB	Sim/Não Relatório da avaliação das ações realizadas de forma integrada pleos distintos setores da SES **	30	20	Características do Programa Assessoria técnico-política especializada.	Dificuldades na integração entre setores e	
23. Assessorando a elaboração de 2 propostas de M&A da AB em pelo menos 2 municípios do proesf	2 Propostas preliminares de M&A da AB nos municípios do Proesf, construída pelo município e assessorado pela SES e CC **	20	0	Planejamento do Programa	GOV: dificuldade na relação entre SES e SMS da capital-partidos políticos opostos	
		200				

Contexto na Dimensão 3- Desenvolvimento de Capacidade Técnica. Sergipe,06.

Critérios	Σ dos pontos dos indicadores esperados	Contexto favorável	Contexto desfavorável	Σ dos pontos observados pelos indicadores
24. Elaboração de uma proposta de educação permanente em M&A da AB	40		CG- política de RH deficiente; GOV-pouco envolvimento do setor de RH	10
25. Realização de cursos em M&A envolvendo profissionais do Núcleo coordenador e Áreas da NOAS, AB	50	CG- em conduzir o programa GOV Boa relação com os demais setores	Dificuldade de integração Estrutura da SES	45
26. Elaboração de uma proposta de M&A da AB como produto do processo de capacitação	40	CG GOV interesse das áreas em atualizar seus recursos	Dificuldade de Integração Afastamento de alguns setores.	40
27. Realização de momentos processuais de avaliação do projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica	20	CG	CG-	20
28. Realização de momentos processuais de avaliação do projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica	20	CG com auxílio do CC		20
29.% Assessoramento aos municípios na atualização do SIAB	20	CG e Experiência da equipe		20
30. Elaboração de processos de melhoria da qualidade dos SIS	30	CG e Experiência da equipe		30
31. % de municípios assessorados	15	CG e Experiência da equipe		15
32. Participação da SES na realização dos ELB do Proesf	15		GOV: pouco apoio do MS	0
33. Solicitação e acompanhamento de pesquisas avaliativas realizadas com auxílio do CC	20	CG do CC	Pouco domínio da SES sobre o assunto- CG incipiente em uso de pesquisa	15
34. 1 Plano de avaliação de impacto de intervenção sobre problema prioritário	10	CG do CC e interesse de atores	O mesmo	05
35. Estabelecimento de categorias de avaliação para classificação dos municípios na realização do diagnóstico situacional da Atenção Básica/ elaboração do Diagnóstico situacional da AB	50	CC e PM Experiência da equipe		40- faltou aplicação Aplicou no pacto
36. Assessoria do CC implantada na SES	40	Afinidade da coordenação com o centro	Insatisfação de alguns atores com a atuação e presença	40
37. Assessoria do CC na avaliação da AB	30		Tempo político e técnico	10

Contexto na Dimensão 4- Informação e Comunicação. Sergipe,06

Critérios	Parâmetros	Σ dos pontos dos indicadores esperados			Σ dos pontos observados pelos indicadores	(Σ observado/ Σ pontos máximos) 100
		100			95	
38. Produção e reprodução de informes sobre a situação da AB no estado a partir dos processos de M&A da AB	N. de informes produzidos com a classificação dos municípios em categorias segundo sua situação (as categorias serão estabelecidas a partir de critérios definidos pelas SES).	10		Tempo técnico e político	5	95%
39-Apresentação do Relatório analítico da situação da Atenção Básica no estado, com avaliação do alcance das metas pactuadas com os municípios	Pelo menos 1 relatórios apresentados sobre a situação da AB no estado**	30	Projeto de Governo-com a comunicação		30	
40- Elaboração de proposta de divulgação dos resultados de M&A para os municípios	Divulgação dos resultados do M&A ou pelos menos proposta elaborada para os municípios.	30	Projeto de Governo que fortalece Perícia em construir viabilidade		30	
41- Elaboração de proposta de divulgação dos resultados de M&A para gestores	Divulgação dos resultados do M&A ou pelos menos proposta elaborada para os gestores.	30	Projeto de Governo-forte comunicação o AB e Avaliação CG Perícia em construir viabilidade política		30	

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA GESTORES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Título do Projeto: Análise da Implantação do Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica da SES em Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica.

Investigador: Cinthia Kalyne de Almeida Alves

Local da Pesquisa: Secretarias Estaduais de Saúde de Santa Catarina, Mato Grosso do Sul e Sergipe.

O Sr. está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa. Para poder participar, é necessário que leia este documento com atenção. Caso haja alguma dúvida, peça ao responsável pelo estudo para explicar qualquer palavra ou procedimento que não esteja devidamente esclarecido para você. Caso haja alguma dúvida após o encontro para a entrevista o contato com a equipe de pesquisa poderá ser feito pelos telefones (81)21224147 e (81)91999916.

O propósito deste documento é fornecer as informações sobre a pesquisa e, se assinado, a permissão da SES para participar no estudo. O documento descreve o objetivo, procedimentos, benefícios e eventuais riscos ou desconfortos, caso decida participar. A participação é voluntária. A SES pode se recusar a participar ou se retirar deste estudo a qualquer momento.

PROPÓSITO DO ESTUDO

Este estudo pretende aprofundar a avaliação do processo de implantação do projeto **Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde (SES em Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica - Componente III**, no Brasil. Dessa maneira possibilitará uma melhor compreensão do processo de implantação favorecendo o conhecimento da situação do projeto com vistas à melhoria da qualidade do programa, tendo em vista que a continuidade do projeto está garantida, se depender dos atores institucionais. Para realizar essa avaliação foi escolhida com estratégia de estudo o Estudo de Caso. Os casos selecionados, conforme os critérios pré-estabelecidos (ver projeto Anexo 1), foram as SES de SC, SE e MS. As fontes para verificação das evidências serão os profissionais e gestores da SES, Participantes do Núcleo Coordenador de M&A e Grupo Ampliado o processo de implantação do projeto.

SELEÇÃO

A seleção das pessoas (fontes de evidências) envolvidas será por livre participação, de acordo com interesse demonstrado. Serão convidados a participar todas as pessoas que direta ou indiretamente participam do projeto.

PROCEDIMENTOS

- Será utilizada a metodologia de pesquisa “Estudo de Caso”, com coleta de dados qualitativos e quantitativos.
- Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário e/ou a uma entrevista, podendo ser utilizado um gravador, caso seja autorizado pelo entrevistado.
- Participação em Grupo Focal, utilizando um gravador, após a autorização da SES.
- Será também efetuada a observação direta no serviço, após autorização pela SES.

RISCOS E BENEFÍCIOS

- Não existem riscos físicos, morais ou outros agravos à pessoa associados à pesquisa.
- Os benefícios relacionados com a sua participação são a possível melhoria da implantação do projeto.
- Como se trata de uma Avaliação Formativa, a coleta de dados, se dará com a participação dos profissionais das SES envolvidas e serão feitos os ajustes e orientações necessárias verificadas durante essa coleta.
-

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA:

A decisão em participar deste estudo é voluntária. O Sr. pode decidir não participar no estudo. Uma vez decidido participar do estudo, a SES pode retirar seu consentimento e participação a qualquer momento. Se a SES decidir não continuar no estudo e retirar sua participação, não será punido ou perderá qualquer benefício ao qual tem direito.

Esse direito estende-se a qualquer participante no estudo, indicado pela SES, Núcleo de Coordenação de M&A, Grupo Ampliado de M&A.

CUSTOS

Não haverá nenhum custo a SES relacionado aos procedimentos previstos no estudo.

PAGAMENTO PELA PARTICIPAÇÃO

A participação da SES e dos profissionais indicados será voluntária, portanto não será pago pela participação neste estudo.

CONFIDENCIALIDADE E ACESSO AOS REGISTROS:

Foi constituído um Grupo de Investigadores, com profissionais da DENSP/ENSP; DAB/MS, IMIP-PE, responsável pela coleta de informações fornecidas pela SES. Em todos os registros um código substituirá o nome dos profissionais da SES participante. Todos os dados coletados serão mantidos de forma confidencial. Os dados coletados serão usados para a avaliação do estudo, e as Autoridades de Saúde ou do Comitê de Ética podem revisar os dados fornecidos. Os dados também podem ser usados em publicações científicas sobre o assunto pesquisado. Porém, **sua identidade não será revelada em qualquer circunstância. Ressaltamos que no caso de publicação científica a origem da SES também permanecerá com a identidade preservada, apenas serão citados como caso 1 a 4.**

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO DO PARTICIPANTE:

Eu li e discuti com os pesquisadores responsáveis pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu recebi uma cópia assinada e datada deste Documento de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/2006

APÊNDICE D - ROTEIRO DE PERGUNTAS GRUPO FOCAL

Objetivo: Conhecer a percepção dos membros do grupo de M&A sobre o processo de implantação dos Planos Estaduais de M&A da AB

- O que vocês sabem sobre o Projeto de Fortalecimento de M&A na AB?
- Como percebem o seu processo de implantação?
- Quais foram as facilidades percebidas nesse processo?
- E quais foram as dificuldades?
- As áreas técnicas da SES, relacionadas com a AB, encontram-se mobilizadas com o projeto desde a sua fase inicial? (elaboração de documentos, orçamento, contratação do Centro Colaborador e participação das atividades programadas).
- Como se dá o processo de trabalho do núcleo ampliado? (têm um plano de trabalho com objetivos, metas, cronogramas e definições do papel de cada participante).
- A estrutura física, recursos humanos (carga horária, quantidade e capacidade técnica) favorecem ou dificultam o processo das ações para implantação do projeto?
- O projeto contribuiu para a integração das diversas áreas? De que forma?
- Como vocês entendem o papel do Centro Colaborador?
- O Centro Colaborador cumpre o papel esperado?
- Se sentem aptos para o que o projeto exige de cada um de vocês?
- Vocês verificaram mudanças na AB da SES, ao longo do processo de implantação?
- O que vocês acham que mudará no processo de trabalho da AB da SES após a implantação do projeto?

APÊNDICE E - PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Local: _____

Data: ____/____/____

Perfil do Entrevistado

1. Idade
2. Formação
3. Tempo de formado
4. Especialização e outros cursos de pós-graduação
5. Participação em cursos de avaliação antes da implantação do projeto
6. Participação em cursos de avaliação durante a implantação do projeto
7. Local de Trabalho
8. Cargo/Função
9. Tempo no cargo
10. Tempo de participação no projeto

APÊNDICE F - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O GABINETE SES

Nome do Entrevistado _____ **Estado:** _____

Setor: _____ **Data:** ____/____/____

A. Projeto de Governo

1. O Sr.(a) poderia me dizer quais são as prioridades da atual gestão?
- 1.1 Para o Sr., considerando uma escala de 1 a 10, qual o peso que a ABS possui diante do elenco de prioridades da atual gestão? Comente.
2. Para o Sr, qual deve ser o papel das SES em relação a Atenção Básica?
- 2.1. E os municípios? Qual é o seu papel em relação a Atenção Básica?
3. O Sr. (a) conhece o projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica em Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica?

B. Governabilidade (Sistema de possibilidades de ações, nível estratégico)

4. Quem está responsável pelo Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica em M&A na SES?
- 4.1. Ele está vinculado a que setor?

A. Projeto de Governo

- 5.1. Esse projeto possibilita a institucionalização da avaliação aqui na SES?
- 5.1. Numa escala de 1 a 10 o Sr poderia me dizer qual é o peso desse projeto para o setor da ABS, tendo em vista o elenco de suas prioridades?
6. Tem conhecimento do recurso financeiro destinado pelo PROESF para a realização desse projeto?
- 6.1. Acha que é suficiente?
7. O Sr. conhece os compromissos da secretaria estadual com o Ministério da Saúde quanto ao projeto? (Ex. carta de compromisso)
8. Como está a relação com o Ministério da Saúde?
9. Que ações foram planejadas ou encontram-se em planejamento para a sustentabilidade do projeto?

C. Capacidade de governo (Sistema de direção e planejamento que produz, monitora e avalia operações)

10. As informações produzidas no âmbito do Projeto, já foram utilizadas para tomada de decisão na SES?

A. Projeto de Governo

11. O que o Sr. espera alcançar com esse projeto?
12. Existe algo que o Sr. gostaria de falar sobre o projeto e que não lhe foi perguntado?

Agradecimentos

Entrevistador: _____

APÊNDICE G - ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O SETOR RESPONSÁVEL PELA ABS

Nome do Entrevistado _____ Estado: _____
 Setor: _____ Data: ____/____/____

A. Capacidade de governo

- 1- Há quanto tempo o Sr.(Sra) trabalha na SES?
- 2- Há quanto tempo o Sr. (a) está à frente da coordenação da Atenção Básica na SES?
- 3- O Sr. participou de alguma atividade de formação em atenção básica, em avaliação em planejamento?
- 4- O Sr (a) teve alguma experiência com um projeto de avaliação (ou essa é uma experiência nova)?
- 5- Qual foi a história do projeto aqui na SES?
- 6- Quando o Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica em Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica foi implantado?
- 7- O(a) Sr.(a) participou da elaboração do Plano de M&A da AB?
- 8- Qual o setor responsável pelo projeto na ABS?
- 9- Quem concebeu a estratégia de implantação do Projeto? (SES, consultores ou Centro Colaborador?)
- 10- Já havia pessoas na equipe ou na SES com experiência em avaliação?
- 11- Quais os setores que participam dele?
- 12- Que ações tiveram que ser realizadas para implantá-lo?
- 13- Houve problemas na implantação do projeto? (se sim quais)
- 14- O que foi feito para superá-los?
- 15- O que facilitou a implantação do Projeto?
- 16- O projeto sofreu adaptações aqui na SES? (se sim porque/ se houve acordo com DAB/MS)
- 17- Quais foram elas?
- 18- Quais as suas expectativas em relação ao projeto?
- 19- O Setor responsável pelo projeto montou alguma operação para monitorá-lo ou avaliá-lo?
- 20- Percebe que a Secretaria Estadual de Saúde tem capacidade de operacionalizar o Projeto (capacidade operativa)?
- 21- A atual estrutura da SES é adequada para implantar o projeto (estrutura física, recursos humanos)?

B. Projeto de Governo

- 22- O Sr. percebe investimento no projeto por parte da Equipe de governo?
- 23- O Sr. crê que o projeto chegou num momento oportuno para SES? (Se sim especificar para que setor)
- 24- O Sr. acha que o projeto é politicamente viável na atual conjuntura da SES? (Solicitar esclarecimento)
- 25- Como a atenção básica é vista na SES?
- 26- Qual a percepção da equipe do gabinete em relação à ABS?
- 27- Numa escala de 1 a 10 que valor o Sr.(a) diria que a ABS possui para a equipe desse governo?

C. Governabilidade

- 28- Numa escala de 1 a 10 que valor o Sr.(a) atribuiria à relação do gabinete com o Setor da ABS?
- 29- O (a) Sr.(a) crê que o projeto esteja ajudando, ou poderá ajudar, nas demandas políticas do secretário?
- 30- Com quais setores (ou áreas) na SES a ABS tem mais afinidade?
- 31- Esses setores de maior afinidade estão envolvidos no projeto?

- 32- Quais deles (setores), em sua opinião, estão mais mobilizados?
- 33- Quais setores foram convidados e não participam?
- 34- Em sua opinião, como os demais setores se sentem em relação à implantação do Projeto?
- 35- O projeto tem gerado consensos (ou existem conflitos)?
- 36- Porque (consensos e conflitos)
- 37- Como os outros setores vêm aderindo ao projeto quais as estratégias de integração utilizadas?
- 38- O Sr. (a) percebe adesão?
- 39- O Sr acha que o projeto traz maior unidade e coesão na SES?
- 40- Surgirão tendências de fragmentação?
- 41- O Proesf fortalece mais que setores na SES?
- 42- Quais setores poderiam se aliar para fortalecer o projeto?
- 43- O PROESF fragilizou algum setor?
- 44- Você percebe projetos de maior interesse na SES para os que estão envolvidos nesse do fortalecimento(Tem algum projeto na SES que compete com este?)
- 45- Estes projetos dialogam como esse de Fortalecimento?
- 46- Há setores demonstrando apoio? (Rejeição? Indiferença?)
- 47- Numa escala de 1 a 10 como o Sr (a) pontuaria a receptividade do projeto pelos diversos setores?
- 48- O(a) Sr.(a) acha que o Projeto de Fortalecimento é economicamente viável?
- 49- O Sr acha que a SES ou a AB estão criando condições de sustentabilidade do projeto?
- 50- Como o Sr. percebe a atuação do CC?
- 51- O centro colaborador possui afinidades com a SES?
- 52- Como o CC foi escolhido?
- 53- O que o Sr. acha de mais importante no Projeto?
- 54- O que o Sr. considera os principais problemas dele?
- 55- O(a) Sr.(a) percebe alguma restrição organizacional (na instituição) para implantar o projeto?

Entrevistador: _____

APÊNDICE H - ROTEIRO DE ENTREVISTA COORDENADOR DO NÚCLEO M&A

Nome do Entrevistado _____ Estado: _____

Setor: _____ Data: ____/____/____

A. Capacidade de governo

1. Há quanto tempo o Sr.(a) trabalha na SES?
 2. Há quanto tempo o Sr. (a) está à frente do Projeto na SES?
 3. Quando o Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica em Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica teve seu processo de implantação iniciado?
 4. O Sr. (a) participou de alguma atividade de formação em atenção básica, em avaliação em planejamento?
 5. O Sr (a) teve alguma experiência com um projeto de avaliação, (ou essa é uma experiência nova)?
 6. O(a) Sr.(a) participou da elaboração do Plano de M&A da AB?
 7. Que ações tiveram que ser realizadas para implantá-lo?
 8. Houve problemas no processo de implantação do projeto?
 9. O que foi feito para superá-los?
 10. O que facilitou no processo de implantação do projeto?
 11. Quem concebeu a estratégia de implantação do Projeto? (SES, consultores ou Centro Colaborador?)
 12. Qual o referencial teórico de M&A escolhido pela SES para o projeto?
 13. Já havia pessoas na sua equipe, ou na SES, com experiência em avaliação?
 14. Quais os setores que participam dele?
 15. O projeto sofreu adaptações aqui na SES?
 16. Se sim, quais foram elas? (Saber se houve consulta e acordo com o DAB/MS)
 17. Quais as suas expectativas em relação ao projeto?
 18. Existe alguma operação para monitorá-lo ou avaliá-lo?
- A atual estrutura da SES é adequada para implantar o projeto (estrutura física, recursos humanos)?

B. Projeto de Governo

20. O (A) Sr (a) percebe investimento no projeto por parte da equipe de governo? Gestão da SES
21. O (A) Sr.(a) crê que o projeto chegou num momento oportuno para SES? Especificamente para que setor?
22. O (A) Sr. (a) acha que o projeto é politicamente viável na atual conjuntura da SES? Por quê?
23. Como a atenção básica é vista na SES?
24. Qual a percepção da equipe do gabinete em relação à ABS?
25. Numa escala de 1 a 10, que **valor** o Sr.(a) diria que a ABS possui para a equipe desse governo?
26. Numa escala de 1 a 10, que **valor** o Sr. (a) diria que o Projeto de Fortalecimento possui que valor para a coordenação da ABS?

C. Governabilidade

27. Numa escala de 1 a 10, que valor o Sr.(a) atribuiria à relação do gabinete com o Setor da ABS?
28. O(a) Sr(a) crê que o projeto esteja ajudando, ou poderá ajudar, nas demandas políticas do secretário?
29. E da coordenação da ABS?
30. Com quais setores na SES a ABS tem mais afinidade?
31. Quais deles, na sua opinião, estão mais mobilizados?
32. Quais foram convidados e não participam?

33. O projeto tem gerado consensos? (ou tem gerado conflitos, solicitar)
34. Como os outros setores vêm aderindo ao projeto quais as estratégias de integração utilizadas?
35. Percebe adesão?
36. O (A) Sr. (a) acha que o projeto traz maior unidade e coesão na SES ou surgirão tendências de fragmentação?

37. O Proesf fortalece mais que setores na SES? Ele fragiliza algum setor?
38. Como o Sr.(a) percebe a relação entre a equipe dirigente do Programa e os demais setores envolvidos?
39. O (A) Sr.(a) percebe projetos de maior interesse na SES para os que estão envolvidos nesse do fortalecimento(Tem algum projeto na SES que compete com este?)
40. Estes projetos dialogam como esse de Fortalecimento? Há setores demonstrando apoio? (Rejeição? Indiferença?)
41. Numa escala de 1 a 10 como o Sr. (a) pontuaria a receptividade do projeto pelos diversos setores?

42. Como o Sr. (a) percebe a atuação do CC?

43. O centro colaborador possui afinidades com a SES?
44. Como o CC foi escolhido?
45. O que o Sr. (a) acha de mais importante no Projeto?
46. O que o Sr.(a) considera os principais problemas dele?

Entrevistador: _____

APÊNDICE I- ROTEIRO DA AVALIAÇÃO DO GRAU DE IMPLANTAÇÃO

Nome do Entrevistado _____ Estado: _____
 Setor: _____ Data: ____/____/____

Dimensão Técnico-Financeira

1. Existe responsável técnico pelo projeto na Secretaria Estadual de Saúde (SES) que é interlocutor com o Ministério da Saúde (MS)? () Sim Qual a área: () Não
2. A Proposta Metodológica (PM) de M&A foi apresentada, discutida e aprovada na CIB e no CES? () Sim () Não
3. Por quê?(Quais as dificuldades verificadas?)
 Solicitar cópia da Ata de aprovação do CES da Proposta Metodológica para Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica
4. Foi criado um Núcleo coordenador de monitoramento e avaliação da atenção básica?
 () Sim () Não Por quê?
5. Existe portaria e publicação no diário oficial? () Sim () Não
 6. Existe proposta para ser incluído no organograma?
 7. No organograma (formal ou informal), onde o Núcleo Coordenador está inserido?
 8. Quantos participantes?
 9. Quantas pessoas compõem esse núcleo coordenador de M&A?
 10. Qual carga horária dedicada ao núcleo coordenador de M&A, em média, por cada membro
 11. Foi criado Núcleo ampliado de M&A da Atenção Básica? () Sim () Não
 12. A sua criação foi estabelecida em portaria? () Sim () Não
 13. Foram definidas as competências para os avaliadores do núcleo ampliado de M&A?
 () Sim. Quais ?() Não. Por quê?
 14. Quantas pessoas integram este núcleo?
 15. Quais as áreas compõem o núcleo ampliado?
 16. Quantos pertencem ao nível central e quantos pertencem ao nível regional?
 17. A que regionais eles pertencem?
 18. Qual foi o critério de seleção das regionais?
 19. Quantos do núcleo ampliado são do quadro e quantos foram contratados?
 20. Quais foram os critérios de seleção para participar do núcleo ampliado de M&A ?
 21. Existem pessoas dedicadas exclusivamente às atividades do núcleo ampliado de M&A na SES ?
 22. O Núcleo ampliado possui Agenda/Plano de trabalho (onde define as funções, carga horária, métodos e produtos esperados)?)Sim) Não Por quê?
 23. Qual carga horária dedicada ao núcleo ampliado de M&A, em média, por cada membro
 24. Qual a periodicidade de encontros? () Semanal () Quinzenal () Mensal () Outros
 25. Existem dificuldades para agendar os encontros (reuniões, capacitações...)? () Sim () Não Por quê?
 26. Existe local regular de encontros(reuniões, capacitações...)? () Sim () Não
27. Foram realizados reparos e adequações físicas na SES para fortalecer M&A?)Sim () Não Por quê?
28. O que foi realizado?
29. Quanto foi executado (reparos e adequações) em relação ao total de recursos financeiros do projeto? (Pessoa específica do financeiro)
30. Foram adquiridos veículos e equipamentos?)Sim Qual a proporção do total de recursos do projeto? Financeiro () Não Por quê?
31. Para onde foram destinados os veículos e equipamentos: () SES geral () AB () PSF () Núcleo de M&A

32. Foram contratadas consultorias especializadas em M&A? () Sim que tipos? Para quais atividades
Por quê? () Não Por quê?
33. Foram definidos critérios de seleção do Centro Colaborador? Quais?
34. Esse CC já trabalhava com a SES?) Sim () Não
35. Em quais projetos ou ações?
36. Existe um cronograma de reuniões entre a SES e o CC?
() Sim () Não
37. Quantos produtos foram acordados com o centro colaborador?
38. Quantos foram produzidos pelo CC à SES?
39. O Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica foi inserido no orçamento anual do Estado? () Sim
() Não Por quê?
40. A declaração de gastos/prestação de contas é alimentada no Sistema de Gerenciamento do Proesf- SGP com que periodicidade? Informante () Informação não disponível () Não foi lançado. Por quê?
41. Os recursos programados para realização das ações do Plano de Fortalecimento estão sendo executados?
() Sim. Em que proporção? Solicitar documento _____
() Não. Por quê?
42. Quanto do recurso foi destinado às atividades do Núcleo coordenador?
43. Quanto do recurso foi destinado às atividades do Núcleo Ampliado?
44. Qual o critério para a destinação dos recursos financeiros: Núcleo coordenador, Núcleo ampliado
45. O núcleo coordenador participou da elaboração do POA?
46. O núcleo coordenador participa na decisão da execução financeira.
47. Os recursos programados foram orçados em conjunto com o CC? (Ava. Formativa gestão)

III - Dimensão Integração

48. Foi elaborado algum documento que norteasse a integração dos processos de trabalho, contendo metas, objetivos, estratégias e atribuições? () Sim () Não Por quê? Solicitar o documento
49. Que ações voltadas para a integração, instrumento e processos de trabalhos de M&A, foram programadas e desenvolvidas
50. A Proposta Metodológica foi elaborada de maneira participativa? () Sim () Não Por quê?
51. Quais profissionais contribuíram (áreas NOAS) na sua construção?
52. Foram realizadas ações junto aos municípios com participação do MS para construção de sistemas de M&A
. Há algum processo avaliativo em andamento que integre os profissionais das diversas áreas da AB da SES? () Sim Quais? () Não Por quê?
54. As ações previstas na PM M&A da AB prevê assessoria à elaboração de 2 propostas de M&A da AB em pelo menos 2 municípios do PROESF e municípios abaixo de 100.000 habitantes? () Sim () Não Por quê?
- 45.
5. Quais os municípios selecionados para a assessoria de M&A?
56. Os municípios estão sendo assessorados na atualização do CNES? DE QUE FORMA?
57. Os municípios estão sendo monitorados e/ou assessorados quanto ao desempenho no cumprimento do Pacto AB e no uso do SIAB? DE QUE FORMA?) Sim () Não Por quê?
58. Quantos municípios com PSF existem no estado?
59. Qual a proporção que alimenta o SIAB regularmente?
60. Qual a principal dificuldade para manter o SIAB atualizado?
61. Existe uma integração do SIAB com outros SI?
62. Algum processo de melhoria dos Sistemas de Informação em Saúde foi desenvolvido?

63. Os municípios estão sendo assessorados na implantação do AMQ? De que forma? () Sim

() Não Por quê?

46.

64. Foi realizado algum processo avaliativo quanto a integração das áreas técnicas da SES, referente ao M&A da AB? () Sim () Não Por quê?

65. Qual avaliação foi realizada?

66. Qual a metodologia utilizada? Solicitar o relatório com o desenho da avaliação e os resultados

IV- Dimensão Desenvolvimento de Capacidade Técnica

67. Foram realizados processos avaliativos quanto a implementação do Plano no Estado?

() Sim () Não Por quê?

68. Existe proposta de divulgação dos resultados de M&A para os municípios Qual?

69. Já foi elaborada e divulgada alguma?

70. Existe proposta para educação permanente em M&A da AB? () Sim () Não Por quê?

71. Qual? Alguma esta em andamento

72. Foram realizadas cursos/treinamentos/ capacitações sobre M&A em saúde?

73. Quantas capacitações foram realizadas?

74. Qual a carga horária?

75. Quantos profissionais participaram?

76. Quais os critérios de seleção para participar do curso?

77. Distribuição dos profissionais níveis central e regionais?

78. Qual a Proporção dos RH M&A capacitados?

79. Qual a distribuição dos profissionais no nível central e por área do NOAS?

80. O diagnóstico situacional da AB estabelece categorias que classifique os municípios segundo sua situação? () Sim () Não

81. Como o Centro Colaborador participou da realização das capacitações?

82. Os profissionais do CC que participam do projeto são capacitados em M&A?

83. Houve participação da SES na realização dos Estudos de Linha de Base do Proesf? De que forma? () Sim () Não Por quê?

84. Durante a implementação do PE foi realizada alguma pesquisa avaliativa?

As pesquisas realizadas contaram com a participação do CC?

() Sim Quais?

() Não Por quê?

V. A- Dimensão Produção de Informação

85. O processo de implantação dos Planos de M&A contribuiu para a produção de informes ou outras publicações?

() Sim Quais () Não Por quê?

86. Houve apresentação da avaliação do alcance das metas pactuadas com os municípios para algum membro da equipe dirigente? () Sim () Não Por quê?

87. Essas metas dizem respeito ao Pacto da AB?

88. As metas do pacto da AB acordadas com os municípios foram avaliadas?

89. Algum membro da equipe gestora teve acesso ao resultado dessa avaliação?

90. Foi programada e executada alguma ação para a produção de informação e comunicação? Quais?

91. Houve alguma apresentação do relatório da situação da Atenção Básica no estado para algum membro da equipe gestora da SES?

() Sim () Não Por quê?

VI- Dimensão Utilização da Avaliação

92. Houve alguma decisão tomada a partir dos conhecimentos produzidos pelos processos de avaliação?

() Sim () Não Por quê?

APÊNDICE J – ROTEIRO COM OS TÉCNICOS DO PROJETO

Nome do Entrevistado _____ Estado: _____

Setor: _____ Data: ____/____/____

Capacidade de Governo

1. Há quanto tempo o Sr.(Sra) trabalha na SES?
2. Quando foi iniciado o processo de implantação do Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica em Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica?
3. Que setor está à frente do projeto nesta SES?
4. Há quanto tempo o Sr. (a) está participando do Projeto de Fortalecimento do M&A na SES?
5. O(a) Sr.(a) participou da elaboração do Plano de M&A da AB?
6. Quais os setores que participam desta elaboração?
7. O Sr (a) teve alguma experiência com um projeto de avaliação, ou essa é uma experiência nova?
8. O Sr. participou de alguma atividade anterior de formação em atenção básica, em avaliação em planejamento? (Formação Básica em avaliação)
9. Que ações tiveram que ser realizadas para implantar o Projeto de M&A AB?
10. Quem concebeu a estratégia de implantação do Projeto? (SES, consultores ou Centro Colaborador?)
11. Qual o referencial teórico de M&A escolhido pela SES para o projeto?
12. O projeto sofreu modificações ou inovação pela SES?
13. Quais foram elas?
14. As suas expectativas em relação ao projeto estão sendo atendidas?
15. Na sua opinião, a atual estrutura da SES é adequada para implantar o projeto (estrutura física, recursos humanos)?

Governabilidade

16. Numa escala de 1 a 10 que valor o Sr.(a) diria que a SES atribui ao projeto?
17. Numa escala de 1 a 10 que valor o Sr.(a) diria que a ABS/SES atribui ao projeto?
18. Como o Sr. Percebe a relação entre a equipe dirigente do Projeto e os demais setores envolvidos?
19. Existe uma liderança reconhecida pelos envolvidos no Projeto?
20. O Projeto fortalece mais que setores na SES?
21. O(a) Sr(a) acredita que esse projeto ajuda, ou poderá ajudar, nas demandas que o secretário apresenta?
22. Numa escala de 1 a 10 qual o nível de mobilização que o seu setor possui em relação a Projeto?
23. Ele fragiliza algum setor?
24. O projeto tem gerado mais conflito, cooperações ou consensos?
25. O Sr. (a) acha que o projeto traz maior unidade e coesão à SES, ou tende a produzir fragmentação?
26. Tem favorecido a integração na SES? (Solicitar para informar como)
27. O Sr. percebe projetos de maior interesse no seu setor que este?
28. O Sr. poderia me dizer quais são eles?
29. Estes projetos dialogam como esse de Fortalecimento?
30. Tem algum projeto no seu setor que concorre com esse?
31. Numa escala de 1 a 10 como o Sr pontuaria a receptividade do seu setor ao projeto?
32. Numa escala de 1 a 10 como o Sr (a) pontuaria a mobilização/o apoio do seu setor ao projeto?
33. Na sua opinião como os demais setores se comportam diante do projeto? (rejeitam, apóiam ou são indiferentes?)

- 34. Como o Sr. percebe a atuação do CC?
- 35. O centro colaborador possui afinidades com a SES?
- 36. Como o CC foi escolhido?

Projeto de Governo

- 37. Numa escala de 1 a 10 que valor o Sr.(a) diria que a ABS possui para a equipe do atual governo?
- 38. A atual gestão manifesta interesse pelo projeto?
- 39. O Sr. crê que o projeto chegou num momento oportuno para SES?
- 40. Especificamente para que setor?
- 41. Na atual conjuntura da SES, o projeto é politicamente viável? Por quê?

Governabilidade

- 42. O(a) Sr.(a) percebe alguma restrição organizacional para implantar o projeto?
- 43. O que o Sr. acha de mais importante no Projeto?
- 44. O que o Sr. considera os principais problemas dele?
- 45. Gostaria de falar algo mais relacionado ao projeto que não foi perguntado?

Agradecimento

Entrevistador: _____

APÊNDICE L- ROTEIRO DE ENTREVISTA COM O CENTRO COLABORADOR

Nome do Entrevistado _____ Estado: _____

Nome do Centro Colaborador _____

Data: ____/____/____

Capacidade de governo

1. Quais são as principais linhas, na área de educação e de pesquisa do Centro Colaborador?
 2. Há quanto tempo o Centro Colaborador (CC) vem trabalhando com a SES no Projeto?
 3. O CC desenvolve atividades de formação em atenção básica, em avaliação em planejamento?
 4. Como o CC foi escolhido?
 5. O CC possui experiência no desenvolvimento de projetos de avaliação?
 6. Quais as mais relevantes?
- O CC teve alguma experiência com um projeto de assessoria ou implementação da avaliação (ou essa é uma experiência nova?)
- O CC participou da elaboração do Plano de M&A da AB?
- Qual o setor responsável pelo projeto na ABS?
1. Qual é o setor responsável pelo projeto nesta instituição?
 2. Como esta estruturada a coordenação do CC em M&A?
 3. Quantas pessoas estão assessorando a SES?
 4. Qual a formação delas, com enfoque em avaliação?
 5. Tem plano de trabalho? (solicitar o plano de trabalho)
 6. Quem concebeu a estratégia de implantação do Projeto? (SES, consultores ou Centro Colaborador?)
 7. Qual foi a opção da SES, quanto à escolha do referencial teórico de M&A?
 8. O CC participou dessa escolha? (Foi baseada na experiência dos profissionais que compõem o grupo de M&A do CC)
 9. Que ações tiveram que ser realizadas para implantá-lo?
 10. Houve problemas na implantação do projeto?
 11. O que foi feito para superá-los?
 12. Na opinião do CC o que facilita a implantação do Projeto?
 13. O projeto sofreu adaptações ?
 14. As adaptações foram solicitadas por quem?
 15. Foram acordadas com a SES e MS?
 16. Quais foram elas?
 17. O CC acredita que o projeto vem atendendo às expectativas da SES?
 18. Quais?
 19. E às do CC?
 20. O CC ajudou o setor responsável pelo projeto a montar alguma operação para monitorar ou avaliar o projeto?
 21. O CC percebe que a Secretaria Estadual de Saúde tem capacidade de operacionalizar o Projeto (capacidade operativa)?
 22. O que o CC acha da atual estrutura da SES, quanto a adequação para implantar o projeto (estrutura física, recursos humanos)?
 23. E a do CC?
 24. O CC participou das capacitações da SES?
 25. Como: () Identificando as necessidades
 - () Propondo os cursos
 - () Administrando os cursos
 - () Preparando o material instrucional dos cursos
 - () Outros

Solicitar o material instrucional utilizado na capacitação

Projeto de Governo

26. O CC percebe investimento no projeto por parte da Equipe de governo?
27. O CC crê que o projeto chegou num momento oportuno para o CC? E para a SES?
28. Especificamente para que setor?
29. O CC acha que o projeto é politicamente viável na atual conjuntura do CC? E da SES?
30. Por quê?
31. Para o CC, como a atenção básica é vista na SES?
32. Qual a percepção da equipe do gabinete em relação à ABS?
33. Numa escala de 1 a 10 que valor o CC diria que a ABS possui para a equipe desse governo?

Governabilidade

34. Numa escala de 1 a 10 que valor o CC atribuiria à relação que possui com o Setor responsável pelo projeto.
35. E com os demais setores
36. O(a) Sr(a) crê que o projeto esteja ajudando, ou poderá ajudar, nas demandas políticas do CC?
37. Com quais setores na SES o CCA tem mais afinidade?
38. Eles estão envolvidos no projeto?
39. Quais deles, na sua opinião estão mais mobilizados?
40. Quais foram convidados e não participam?
41. O Sr. percebe se o projeto tem gerado consensos (ou conflitos) na SES? E no CC?
42. Como os outros setores vêm aderindo ao projeto?
43. O CC participa da elaboração de estratégias de integração intersectorial e interinstitucional?
44. Percebe adesão?
45. Como o Sr. Percebe a relação entre a equipe dirigente do Programa e os demais setores envolvidos?
46. O CC acha que o projeto traz maior unidade e coesão na SES ou surgiram tendências de fragmentação?
47. O que o Sr. acha em relação ao Proesf, ele fortalece mais que setores na SES?
48. Que estratégias poderiam ser desenvolvidas para fortalecer o projeto?
49. Estes projetos dialogam como esse de Fortalecimento?
50. Há setores demonstrando apoio? (Rejeição? Indiferença?)
51. Numa escala de 1 a 10 como o CC pontuaria a receptividade do projeto pelos diversos setores.
52. O CC acha que o Projeto de Fortalecimento é economicamente viável?
53. O CC esta desenvolvendo alguma estratégia para a manutenção do grupo de avaliação?
54. O Centro Colaborador possui afinidades com a SES?
55. Como se dá a relação com a equipe dirigente da SES? (Há conflito? Há cooperação? Há negociação?)
56. O que o CC acha que projeto traz de mais importante para a SES?
57. O que o CC considera como sendo os principais problemas do projeto?
58. O CC percebe alguma restrição organizacional (na instituição) para implantar o projeto?
59. Quais os benefícios que o projeto trouxe para o CC?