

AVALIAÇÃO E POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: REFLEXÕES A PARTIR DA ATENÇÃO BÁSICA*

Angélica Ferreira Fonseca

Maria Helena Magalhães Mendonça

INTRODUÇÃO

No final dos anos 1990, Zulmira Hartz, pesquisadora que se firmou como um dos nomes mais representativos da avaliação em saúde no Brasil, em meio a um debate bastante notório, publicou um texto sobre a institucionalização da avaliação, no qual afirmava que no Brasil e na América do Sul, em contraste com a Europa e os Estados Unidos, a prática da avaliação, como função pública, era rara (Hartz, 1999). Desde então, testemunhamos diversos movimentos que têm o pensamento e as práticas de avaliação como eixo. Dois deles merecem ser destacados: a transição da avaliação da condição de ferramenta do planejamento para seu reconhecimento como

* Este texto é uma versão modificada do segundo capítulo da tese de doutorado *O trabalho do agente comunitário de saúde: implicações da avaliação e da supervisão na educação em saúde*, de Angélica Fonseca, defendida na Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), em 2013.

campo de conhecimento produtor de tecnologias de gestão e a sua estabilização entre as estratégias da administração pública.

A partir de seu posicionamento como campo, a avaliação alcançou uma nova dimensão, gerando condições para a organização das práticas em áreas que têm em comum a discussão sobre o mérito e a implantação de políticas e de programas. Vedung (2010) afirma a centralidade da relação avaliação/intervenção e destaca algumas vertentes que adquiriam estabilidade no campo: alcance de resultados, avaliação dos grupos de interesses (*stakeholders*), avaliação centrada no cliente/usuário, avaliação profissional, autoavaliação, estudos randomizados e garantia de qualidade, aos quais acrescentamos a análise de implantação (Denis e Champagne, 1997) e a análise do modelo lógico (Hartz, 1997; Hartz e Vieira-da-Silva, 2005). Tal relação não esgota o repertório de modos pelos quais têm sido sistematizados conhecimentos e operacionalizados os métodos e procedimentos de avaliação. Serve, talvez, para assinalar a dinamicidade de um campo inteiramente fortalecido no discurso instituído pela esfera da gestão.

Esse caráter dinâmico é lido por Vedung (2010) como ondas da avaliação, em que cada uma delas deixa camadas de sedimentos que nunca desaparecem e se fazem presentes nos diversos modos de construir avaliações. Nesse sentido, consideramos importante recuperar características de alguns movimentos e, evitando uma historicização prolongada, focar em características da avaliação contemporânea que nos parecem ter desdobramentos significativos sobre a avaliação em saúde.

AValiação e Políticas Públicas: Pontuando Elementos do Contexto

O século XIX foi o período que marcou o início da avaliação na Europa e nos Estados Unidos. No campo da educação, onde eclodiu esse movimento, logo se estabeleceu a associação entre a produção de dados de modo sistemático e a tomada de decisões, visando maior racionalização do trabalho (Dubois, Champagne e Bilodeau, 2011) e

estabelecendo parâmetros para a atuação das instituições estatais. No mesmo período, na saúde, a avaliação pautava-se na associação entre estatística e epidemiologia, desde então uma vertente de bastante prestígio na área.

Seguindo o pensamento de Vedung (2010), entendemos que a gestão pública sofreu uma mudança nos processo de legitimação de suas políticas e programas. Houve um momento em que a aceitação de propostas políticas se estabelecia com base no exame de coerência da relação entre propósitos, ações, financiamento e da retórica de sustentação. Essa conjunção cedeu espaço a um processo de legitimação fundamentado na obtenção de resultados, disseminando a ideia da *gestão orientada por resultados* (Vedung, 2010; Hartz, 2012).

Ao tratar de particularidades da avaliação de políticas públicas, Arretche (1998) descreve a avaliação como um tipo de pesquisa que possibilita estabelecer uma relação de causalidade entre um programa e um resultado, enquanto Faria (2005) admite que são três as suas funções básicas: produzir informação, direcionar alocação de recursos e legitimar políticas.

Vedung (2010) localiza nos anos 1960 a primeira onda da avaliação, cujas características vinculam-se ao arcabouço do planejamento e da programação. A avaliação partiria da definição de uma situação e de sua caracterização como problema a partir do qual se produz um conjunto de indagações, supondo a possibilidade de examinar um problema em sua totalidade antes de qualquer intervenção e com a finalidade de subsidiar as decisões de governo.

Para Miller (2006), cujo livro questiona frontalmente o *status* atribuído à avaliação no contexto atual, a avaliação repousa sobre dois paradigmas articulados entre si – o do problema-solução e o da medida – assinalando que a medida remete a um cálculo que pode se efetivar em termos qualitativos ou quantitativos. Os argumentos de Miller nos levam a reconhecer que a avaliação contém uma disposição para o empobrecimento do que há de singular em cada experiência para valorizar a possibilidade de comparação. Viabilizar

comparações e amparar o julgamento ou gerar recomendações preferencialmente generalizáveis sobre a pertinência e a qualidade da execução de políticas públicas, finalidades que frequentemente definem o que é a avaliação (Champagne et al., 2011), são ações que têm se dado mediante a construção de conhecimentos que pretendem ser assimilados como objetivos.

Ao realizar uma análise bibliográfica da avaliação na saúde, Stenzel comenta que, embora a “definição conceitual” de avaliação enfatize a questão do “juízo de valor”, a definição “operacional”, predominante na literatura, indica que é a “medida”, e não o “juízo”, a questão central da avaliação (Stenzel, 1996, p. 21), assinalando um deslocamento da dimensão subjetiva a favor da precisão pretendida pela medida.

Nesse aspecto reside uma característica do tipo particular de conhecimento produzido a partir da avaliação. Esse conhecimento tem o pleito de ser reconhecido como objetivo, neutro e cientificamente fundado, o que garantiria uma superioridade ante outros tipos de saber. É frequentemente ocultado, na apresentação de indicadores, o fato de que a sua definição pressupõe uma análise de valores.

Uma vez assumida como campo de conhecimento, o arcabouço teórico e os conceitos que vão balizar a formulação de indicadores de avaliação são gerados internamente à discussão sobre avaliação e na interação com a área/especialidade em que se situa o recorte do objeto avaliado. Delimitada como campo científico, a avaliação se afasta da vulnerabilidade a qual está submetida quando identificada como ação do território da política. Dialogando com as ciências duras, a avaliação se volta para o refinamento de métodos de prestígio científico, o que corrobora pensá-la como livre de valores (Guba e Lincoln, 1989).

Do ponto de vista histórico e lógico, os mecanismos de avaliação representam a introdução de elementos racionalizadores na administração pública. No setor saúde no Brasil, isso ocorria de forma difusa nos anos 1930. Barros Barreto e José Paranhos Fontenelle, personagens do processo de estruturação de uma polí-

tica fundamentada nos centros de saúde, produziram, já em 1935, instrumentos de avaliação com o propósito de “aferir a eficiência, quantidade e qualidade do trabalho selecionando as atividades mais importantes e estabelecendo uma pontuação para concretizar os procedimentos de avaliação” (Mello, 2010, p. 136).

A relação entre as formas de controlar o trabalho e gerar eficiência, sustentadas pelas teorias da administração científica do trabalho de Taylor e Fayol, são elementos que marcam o período que, nos Estados Unidos, vai até os anos 1930. Qualidade organizacional e produtividade eram tornadas equivalentes e a criação de instrumentos e medidas eram as contribuições mais identificadas com a avaliação (Dubois, Champagne e Bilodeau, 2011).

No Brasil da década de 1930, durante o governo Vargas, movimentos importantes de racionalização da administração pública levaram à criação de instituições com essa influência e influentes na saúde, valorizando as concepções da “administração científica” (Mello, 2010). Em 1938, a criação do Departamento de Administração do Serviço Público (Dasp) tornou-se um marco na história do planejamento. A intervenção do Estado na economia era o tema central do contexto de difusão do planejamento, que estava centrado no planejamento econômico. A Comissão Econômica para América Latina e Caribe (Cepal), criada em 1948, além de constituir uma escola de pensamento sobre o desenvolvimento econômico, fortalecia os métodos de planificação, tendo como horizonte a industrialização (Rezende, 2010).

Entretanto, no Brasil, a avaliação não estava inserida, com destaque, entre as práticas que compunham o planejamento. Assim, o período em que a avaliação é recuperada de forma intensa e renovada é o dos anos 1990, já influenciados e potencializados pela incorporação das tecnologias de informática que tiveram grande impacto na sistematização de dados. Insistimos em retomar algumas características desse contexto histórico para a nossa reflexão, pois diversas práticas que permeiam o setor da saúde hoje têm nele importantes referências.

Avaliação nos anos 1980 e 1990 e a emergência das concepções do gerencialismo

As concepções do gerencialismo (modelo gerencial ou *managerialism* ou, ainda, *public management*) nos remetem diretamente às reformas administrativas,¹ que assumiram o protagonismo da discussão sobre o papel do Estado em diversos países da Europa nos anos 1980 – e no Brasil, de forma mais orgânica, nos anos 1990. A crise que ganhou relevância a partir dos anos 1970 continha dimensões interdependentes: econômica, social e administrativa (Abrucio, 1997). Nosso foco é a dimensão administrativa dessa crise, centrada na superação do modelo burocrático weberiano de gestão do Estado e a partir da qual se fortalece a introdução do modelo gerencial, no qual a avaliação se destaca.

Entretanto, fazemos a ressalva de que a redefinição das relações entre público e privado, que determinou uma redução da ação do Estado na sustentação de uma rede de proteção social baseada no modelo do bem-estar social, foi um fenômeno da dimensão social da crise que se valeu de conceitos clássicos da administração na avaliação – como o da eficácia na relação custo-benefício (Abrucio, 1997) – para induzir a redução dos gastos públicos. Embora a dimensão econômica da reforma perpassasse todos os balizadores desse programa político de modificação na estrutura do Estado, no presente texto, estamos focalizando a dimensão gerencial, por sua relação mais direta com a avaliação.

É interessante registrar que a “reconstrução do Estado”, expressão frequentemente utilizada em documentos de referência sobre esse processo (Brasil, 1995), concebia o Estado como instância regu-

¹ Uma história das reformas na administração pública no Brasil teria como marco inicial o governo Vargas, ainda nos anos 1930, passando por eventos menos expressivos em governos posteriores até que, em 1967, no governo Castelo Branco, por meio do decreto-lei nº 200, formulou-se uma reforma administrativa significativa, que possibilitou a criação de entidades estatais juridicamente diversificadas (Martins, 1995). Contudo, no âmbito do nosso estudo, enfocaremos a crise dos anos 1990 em função da sua vinculação com a expansão das práticas de avaliação no setor público.

latória, e não de intervenção direta. Tal acepção implica a redução da oferta de serviços diretos, sustentada na premissa da necessidade de redução dos gastos públicos com concomitante redução dos custos do Estado (Santos, 1999).

A avaliação também deve ser situada entre os mecanismos de regulação² que deveriam ser incorporados tanto pelo Estado, quanto pelas instituições da sociedade civil, no projeto de reforma em pauta, tendo em vista que a reforma em curso previa a “descentralização para o setor público não estatal da execução de serviços que não envolvem o exercício de poder do Estado, mas devem ser subsidiados pelo Estado, como é o caso dos serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica” (Brasil, 1995, p. 12-13).

Assim, esse processo contribuiu para a intensificação da avaliação como atividade do Estado a partir de seu papel regulador, bem como da avaliação como prática das organizações sociais que executariam serviços considerados não exclusivos do Estado (Simionatto, 2000). Faria (2005, p. 98) é contundente ao afirmar que nos anos 1980 e 1990 a avaliação foi posta a serviço da reforma do Estado. Nesse contexto, em diversos países a avaliação deixou de ser um instrumento de programas sociais para ser assumida pelos ministérios da Fazenda e escritórios de auditoria, “guardiões” tradicionais do orçamento, partindo daí as indicações sobre expansão, limitação ou extinção de programas sociais, proporcionando a redução no gasto público (Derlien, 2001, p. 15).

De acordo com Barreto (2005), devemos refletir sobre os limites e possibilidades da avaliação, sobretudo para a discussão da qualidade, lembrando que ela se institui com o principal objetivo de cortar custos, com a pretensão de contribuir para a maior eficiência explícita na

² Para Costa, Silva e Ribeiro (2000), o caráter regulador da avaliação proporcionaria à saúde pública uma nova função, ressignificando seu perfil coercitivo de atuação. Para Santos e Merhy, a avaliação integra-se à regulação, pois essa pode ser conceituada “como a capacidade de intervir nos processos de prestação de serviços, alterando ou orientando a sua execução. Essa intervenção pode ser feita por intermédio de mecanismos indutores, normalizadores, regulamentadores ou restritores” (2006, p. 28).

expressão *work better and cost less*, um dos lemas internacionais das reformas (Rezende, 2002). Desse modo essas práticas são incorporadas na reforma administrativa no sentido de aumentar a governança, para utilizarmos os termos característicos do diagnóstico da crise (Bresser-Pereira, 1998).

Divergindo de uma posição fatalista segundo a qual a avaliação estaria, em qualquer contexto, destinada a cumprir o mesmo papel, achamos prudente pensar sobre esse processo tentando identificar outros interesses também presentes no cenário. De acordo com Abrucio (2004), as duas tendências seguintes, que estão incorporadas no modelo gerencial, refletem preocupações da opinião pública, contribuindo para a criação de um ambiente favorável à adoção desse modelo: o controle dos gastos públicos e a demanda pela melhor qualidade dos serviços. Nesse período, encontramos a ideia, amplamente irradiada no senso comum, de que a burocracia estatal é um entrave ao desenvolvimento da nação por ser um grupo ineficiente que defende os seus próprios interesses valendo-se de práticas clientelistas, contrárias ao interesse público. Paralelamente, consolida-se uma ideologia privatizante, na qual as práticas da gestão empresarial/privada figuram como modelo a ser difundido.

Esse cenário se projeta mundialmente nos anos 1980 a partir da Inglaterra de Margaret Thatcher e dos Estados Unidos de Ronald Reagan, e, apesar das reformulações posteriores que diluíram os traços mais radicalmente conservadores do modelo, parece-nos apropriado considerá-lo como a referência em torno da qual se edificou a proposta de reforma administrativa no Brasil nos anos 1990, fortemente inspirada na experiência britânica (Santos, 1999; Brasil, 1995).

A lógica da produtividade, oriunda do setor privado, capitaneava outros eixos do pensamento gerencial que se projetavam como soluções para um contexto de escassez de recursos públicos. Os preceitos de agilidade e flexibilidade (em contraponto à rigidez e à centralização), satisfação do “consumidor” (em contraponto ao atendimento às necessidades sociais) e controle orçamentário, aliados aos

métodos de avaliação de desempenho, foram tornando-se parâmetros para as reformas administrativas (Almeida, 1999). Assim, a avaliação do desempenho organizacional (*performance* organizacional) se estabeleceu como prioridade, confirmando a ideia em torno da necessidade de mensurar para gerir (Abrucio, 1997; Rezende, 2002). Segundo análise de Almeida, a “avaliação de desempenho passa a ser o fundamento sobre o qual as reformas são construídas” (1999, p. 266).

Embora esse movimento tenha sido perpetrado tendo como pano de fundo a ideia de que tais propostas eram fruto de consenso, existiam críticas, dentre as quais ressaltamos a sobrevalorização da eficiência em detrimento da equidade e da efetividade, valores que deveriam ser caros à atividade pública (Santos, 1999; Abrucio, 1997). A exclusão dessas dimensões reflete a despolitização do gerencialismo, que pressupõe uma separação entre administração e política, outra crítica comum ao modelo.

A legitimidade alcançada por essas críticas trouxe a avaliação da qualidade como uma dimensão crescentemente incorporada pelo modelo gerencial (Abrucio, 1997), mas cuja expansão teve como referência a satisfação do consumidor (*consumerparadigm*). Entretanto, esse paradigma apresenta-se problemático para serviços como os da saúde, que não se inserem dentro da lógica das escolhas individuais, mas do próprio reconhecimento da cidadania como componente intrínseco à democracia.

Para Almeida, “a mudança crucial de paradigma foi na direção de tentar transformar o compromisso governamental – de garantia do direito de acesso aos serviços para todos os cidadãos – em políticas que se baseavam num conceito de demanda expressa” (1996, p. 8). Uma série de outros problemas é identificada na base dos conceitos que sustentam esse modelo, quando considerados os propósitos de universalidade, equidade e integralidade das ações de saúde, tais como a competitividade entre serviços e instituição de bônus financeiros como mecanismos de valorização do trabalhador.

O desenvolvimento da avaliação, enquanto prática simultaneamente técnica e política, depara-se com essas questões que não

estão equacionadas apenas pela inserção da dimensão da qualidade nas avaliações. Evitando confinar a avaliação entre as práticas conservadoras e incapazes, portanto, de contribuir para a conformação de políticas e práticas sociais alinhadas com um projeto de sociedade democrática, propomos analisar as práticas de avaliação e suas possibilidades de contribuir para a gestão participativa das políticas de saúde.

AVALIAÇÃO E GESTÃO DEMOCRÁTICA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: IMPASSES E PERSPECTIVAS

Partindo da recuperação histórica que nos faz pensar sobre a consolidação da avaliação na agenda das políticas públicas, chegamos às seguintes perguntas: como a avaliação, que se estabelece no contexto de questionamento da relação entre o Estado e a garantia de proteção social, pode contribuir para o fortalecimento de uma política de caráter democrático? Qual o sentido que vem sendo construído para a avaliação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)?

Vamos nos concentrar na reflexão sobre dois aspectos articulados, que estão relacionados ao fortalecimento da avaliação e que são, embora presentes na pauta das reformas neoconservadoras, elementos cruciais do projeto democrático da Reforma Sanitária brasileira: a descentralização e o controle social.

Um dos sentidos que pode ser atribuído à descentralização, talvez o mais relevante no âmbito da agenda de reforma de Estado em pauta, diz respeito ao reordenamento das relações público-privado por meio da transferência de responsabilidades do Estado para as instâncias privadas nas mais diversas modalidades: associações comunitárias, organizações sociais, organizações não governamentais, empresas privadas (Abrucio, 2004).

Em decorrência desse processo e em congruência com a perspectiva do Estado regulador, a avaliação se prestaria a responder a questão do desempenho. A indagação em torno dessa

questão pode ser formulada ora por instâncias da sociedade civil organizada – atuando no sentido de verificar o cumprimento das responsabilidades do Estado ou das entidades responsáveis por cumprir as funções sociais –, ora pelo Estado – como forma de exercer o controle sobre as diversas instituições, cujas ações passariam a ser financiadas com recursos públicos, ou sobre as instituições estatais.

Porém, outro sentido, que não foi capaz de excluir os desdobramentos anteriormente mencionados, mas que estava radicado no movimento de redemocratização do país, trouxe-nos a descentralização como mecanismo capaz de configurar novas arenas de decisão mais participativas (Labra e Figueiredo, 2002), que estimulam a formulação, o monitoramento e a fiscalização da implantação de políticas, em uma nítida relação com a intensificação do controle social.³

Pensada na referência com essa orientação, a avaliação em saúde poderia ser inserida no cenário de produção de modos de trabalho e de controle das ações, capaz de colocar o SUS “em questão” na sociedade e com a sociedade. Mas nos interessa afirmar que a sociedade não é um ente abstrato, externo ao ambiente ao qual se dirige a avaliação. Aprendendo com as críticas dirigidas à avaliação como controle, permeada por autoritarismo, e diante da aposta no caráter democratizador da avaliação, cabe retomar a reflexão de Egon Guba e Yvonna Lincoln (1998). Os autores, com formação e atuação no campo da educação e cujos trabalhos têm ênfase na pesquisa qualitativa, são defensores da profissionalização da avaliação e publicaram em 1989 uma sistematização sobre a avaliação, em termos de quatro gerações, que se tornou referência onipresente na produção nacional⁴ e internacional.

³ Um conceito igualmente formulado no âmbito das teorias gerenciais para evocar a discussão sobre a responsabilização do Estado ante a sociedade é o de *accountability*, que optamos por não abordar.

⁴ Em estudo realizado no âmbito do doutorado (Fonseca et al., 2012), fizemos uma análise bibliográfica de artigos científicos sobre a avaliação na atenção básica, cujos resultados mostraram que Guba e Lincoln (1989) e a proposta de avaliação de quarta geração são frequentemente referenciados.

Cruz sistematiza a distinção entre as quatro gerações, sinalizando as seguintes características de cada uma delas:

[...] *primeira* (1900-1930), que tem como ênfase a construção e a aplicação de instrumentos de medidas para avaliar os beneficiários de uma intervenção; a *segunda* (1930-1960), centrada na *descrição* da intervenção, que marca o surgimento da avaliação de programas; a *terceira* (1967-1980) apoiada no julgamento de mérito e do valor de uma intervenção para ajudar na tomada de decisões; e a *quarta* (1980 – atual) que se refere à negociação entre os atores interessados e envolvidos na avaliação. (Cruz, 2011, p. 182)

A autora registra que um elemento fundamental na diferenciação das gerações de avaliação diz respeito à posição do avaliador – podemos acrescentar, aqui, daquele que se coloca no lugar de produção de conhecimento – diante do uso potencial dos resultados da avaliação, do sentido que é dado à criação dos parâmetros e critérios e, portanto, ao modo como são criados, e da forma como outros atores são incluídos ou não no processo avaliativo (Cruz, 2011).

A partir de uma revisão crítica das gerações anteriores, os autores demarcam ao menos três defeitos dessas gerações que merecem um esforço de superação: a tendência ao gerencialismo, a incapacidade de compatibilizar a pluralidade de valores⁵ e a excessiva adesão ao paradigma cientificista (Guba e Lincoln, 1989, p. 31-32). Na tentativa de superar essas limitações, os autores elaboraram o que chamaram de *avaliação de quarta geração*, uma proposição sustentada pelo paradigma construcionista.

As características do paradigma construcionista trazem implicações diretas para os estudos avaliativos, conforme propõem Guba e Lincoln. Dessas características destacamos a rejeição à ideia de

⁵ Guba e Lincoln (1989, p. 34) se referem à dificuldade dos norte-americanos em reconhecer que não há, em seu interior, homogeneidade. Comentam que o *melting pot* ao qual frequentemente se referem para tratar de suas origens tem mais efeito retórico do que desdobramentos ante o que seria a diversidade de valores dessa sociedade.

ser possível e desejável estabelecer uma relação entre realidade e objetividade do conhecimento. Tanto sujeito quanto objeto do conhecimento são construções sociais. Nesse sentido, não existe uma essência da realidade, sendo impossível um conhecimento que represente a realidade. Cabe aos diferentes sujeitos constituir os sentidos que lhe são mais compreensíveis a partir do seu lugar social e de sua experiência.

A *avaliação de quarta geração* estabelece algumas diretrizes para os estudos do campo. A mais notabilizada e que, em certo grau, sintetiza alguns elementos anteriores é instaurar a perspectiva de negociação dos vários sentidos e valores que transbordam do espaço entre avaliação e objeto avaliado, e que podem ser enunciados pelos diversos grupos de interesse. Além disso, aponta a hermenêutica dialética como um referencial de análise sobre o qual se fundamentaria a proposição de uma avaliação concreta. Nessa abordagem o conhecimento é sempre contextualizado, o que implica em rígidos limites às ambições de produzir um conhecimento generalizável (Guba e Lincoln, 1989).

A despeito do prestígio e da notoriedade alcançados por Guba e Lincoln a partir da proposição da *avaliação de quarta geração* e das interferências que esse debate gerou no campo, percebemos que os âmbitos da produção científica e da política de avaliação em saúde no Brasil, evitam afastar-se de referenciais tradicionais, ainda com forte carga positivista (Fonseca et al., 2012). O apego a essa filiação epistemológica é hoje enriquecido pelo que Vedung (2010) nomeia como onda da evidência (*evidence wave*). A pergunta sobre a qual se fundamenta o movimento da formulação de políticas baseada em evidências é o que realmente funciona? (Vedung, 2010; McQueen e Anderson, 2001; Atallah, 2002; Contandriopoulos, 1999).

Embora a ideia de natureza de uma evidência contenha grau elevado de plasticidade nas disciplinas que a adotam (McQueen e Anderson, 2001), não é essa a tendência predominante na saúde (Vedung, 2010). Uma perspectiva mais restrita dos termos em que se equaciona a questão da evidência como base dá origem a duas

consequências teórico-práticas. A primeira traz para a avaliação o compromisso de produzir um conhecimento suficientemente capaz de apresentar, com elevado grau de certeza, algo que funcione, implicando revelar uma associação direta entre intervenção, efeitos e resultados desejáveis. A segunda é a crença de poder alcançar os mesmos resultados ao transferir para outros contextos a intervenção, assim convertida em tecnologia política com credibilidade científica.

Com base em estudos de alguns autores,⁶ Vedung chama atenção para a sistematização de uma hierarquização entre os desenhos de estudos avaliativos e sua capacidade de produzir evidências confiáveis. Essa hierarquização é baseada em três níveis: no primeiro encontram-se os estudos randomizados, no segundo, os quase experimentais e no último, diversas outras formas, dentre as quais se destaca a avaliação de processo, estudos formativos, pesquisa-ação e a pesquisa etnográfica (Vedung, 2010, p. 273).

A referida hierarquização demonstra que o campo da avaliação em saúde é permeado por disputas de projetos, nos quais subsistem valores ideológicos sobre o conhecimento, sobre a relação entre conhecimento, ciência e política, sobre os modos de pensar e operar no campo da saúde e sobre os interesses que atores concretos possam colocar na arena de disputa política.

O pressuposto analítico com o qual trabalhamos assume a avaliação como uma ação que articula diversas atividades e que conforma realidades. Nós nos afastamos da perspectiva segundo a qual ela é uma atividade que incide sobre outras ações (a realidade) – percepção esta que pode ser reiterada pela ideia de que avaliar é medir e emitir julgamento. Como prática social, avaliar não é um agir neutro. Estrutura-se a partir de determinadas concepções e contribui para constituir valores de caráter geral e específico no setor saúde, o que ganha força pelo papel a ela atribuído de direcionar a formulação tanto de políticas, quanto de ações que atravessam o cotidiano dos serviços.

⁶ Vedung se apoia em contribuições de Pawson, 2006, p. 49 e Rieper e Hansen, 2007.

Os principais mecanismos através dos quais a avaliação opera tal positividade são a seleção das práticas implantadas nas diferentes instâncias, que vão se constituir como objetos de avaliação, e a construção do método a partir do qual esses objetos de avaliação serão abordados. Ao conferir valor a determinadas práticas e estabelecer a forma de abordá-las por meio de indicadores, a avaliação irá pautar as ações e os modos de agir e, portanto, o trabalho, tendo isso mais ou menos impacto, em função do poder de direcionalidade atribuído aos resultados da avaliação nos contextos em que ela se desenvolve.

Para além de orientar a tomada de decisões, cabe pensar sobre as formas pelas quais a avaliação pode ser um dispositivo que direcione poder a favor dos que estão em avaliação, como propõe Springett (2001), de modo que efetivamente favoreça a aprendizagem e que tenha em seu horizonte a construção de sujeitos mais autônomos.

A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE NO SUS E AS PRÁTICAS DE AVALIAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA

A institucionalização da avaliação é um movimento que extrapola o contexto nacional e que tem se fortalecido a partir de uma rede de atores institucionais que inclui, por exemplo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Banco Mundial. Nos lugares em que foi incorporada como integrante da política pública – tal como acontece em diversos países da União Europeia, nos Estados Unidos, Canadá e Austrália (Felisberto, 2009) –, variadas estruturas foram concebidas para dar perenidade à formulação e implantação de políticas de avaliação de uma forma progressivamente profissionalizada. Contandriopoulos (1999) afirma que, em conjunturas nas quais a avaliação está institucionalizada, o controle dos mecanismos de avaliação põe em disputa os principais atores coletivos que interagem na saúde.

O próprio grau de institucionalização alcançado pela avaliação tornou-se objeto de estudo e, portanto, de debate teórico e

pesquisa empírica (Varone e Jacob, 2004; Alves, 2010) em que se avalia em que medida o redirecionamento das etapas de planejamento, execução, avaliação e intervenção, tendo por referência conhecimentos provenientes da avaliação, está incorporado à rotina (Contandriopoulos, 2006).

No Brasil, embora o termo institucionalizar tenha diversas acepções no campo da saúde, no que tange a sua relação com a avaliação e com as políticas de saúde Lins e Cecílio (2008) observam o predomínio de uma perspectiva pragmática, sendo a institucionalização da avaliação abordada por meio de seus aspectos operacionais. Esta postura pragmática implica em uma ideia de eficácia. Desse modo, podemos incluir no processo político dessa institucionalização, no interior do aparelho de Estado, os variados dispositivos que têm como vértice comum proporcionar as bases concretas para consolidar a avaliação no SUS e na atenção básica.

Em 2006, o Pacto da Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2006) incluía o monitoramento e a avaliação em diversos itens relativos às competências das esferas de governo. A expressão *institucionalização da avaliação* já estava presente no texto, assinalando o lugar da avaliação na política de saúde. Nesse momento foi particularmente importante a definição dos indicadores do Pacto da Atenção Básica, que se tornou o principal instrumento de monitoramento e avaliação. Esses indicadores sustentam-se na relação epidemiologia-planejamento e remetem às cinco áreas seguintes: oferta de serviços, atenção a grupos específicos, vigilância epidemiológica, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família (PSF). De acordo com o Departamento de Atenção Básica (DAB), os indicadores sofreram diversas revisões, sendo a mais significativa em 2006.

Contudo, o período em que a institucionalização da avaliação na atenção básica tem seu desenvolvimento mais intensificado remete à implantação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf). Esse projeto é resultado de um acordo de empréstimo firmado entre o Banco Internacional para Reconstrução

e Desenvolvimento (Bird/Banco Mundial) e o governo brasileiro, e tem como objetivo mais geral expandir o enfoque da atenção primária em saúde, a partir do PSF, para municípios com mais de 100 mil habitantes.

O projeto foi estruturado em três fases e atualmente está na segunda. O acordo de empréstimo é firmado a cada avaliação da fase anterior, tendo em vista os indicadores e metas estabelecidos. Um dos componentes da primeira fase do Proesf,⁷ o componente III, destinava-se ao financiamento de ações de fortalecimento do monitoramento e avaliação e mobilizou recursos da ordem de US\$ 25 milhões (Alves, 2008; Felisberto, 2009). Nesse contexto, um conjunto de ações de impacto é posto em curso. Felisberto (2009) apresenta um bom inventário de ações do período 2003-2006 ao qual agregamos outros dispositivos, organizados no quadro 1.

Quadro 1. Ações que marcaram o fortalecimento da avaliação em saúde na atenção primária (1998-2011).

Ano	Ação	Comentários
1998	Implantação do SIAB em substituição ao SI PACS.	Fortalece e operacionaliza a ideia de um sistema de informação para o acompanhamento e a avaliação de ações e resultados do PSF.
1998	Definição do Pacto da Atenção Básica.	Estabelece os indicadores de monitoramento e avaliação da atenção básica (AB).
1999	Regulamentação do processo de acompanhamento e de avaliação da Atenção Básica quanto aos resultados alcançados e quanto à oferta de serviços financiados pelo Piso de Atenção Básica (PAB).	Alocação de recursos via PAB, interferindo nos modos de gestão das secretarias estaduais e municipais. Induz a organização do modelo e a difusão dos sistemas de informação.
2001	Criação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CAA) no Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.	Fortalece a institucionalização na esfera governamental e assume a gerência do pacto de indicadores da AB.

⁷ O Proesf estrutura-se por meio de três componentes: 1) Conversão e expansão municipal do PSF; 2) Desenvolvimento de recursos humanos do PSF; e 3) Monitoramento e avaliação.

2003	Reestruturação da CAA no organograma (fortalecimento da Comissão de Acompanhamento e Avaliação da Secretaria de Atenção à Saúde).	Inserir-se entre os propósitos de garantir a sustentabilidade das ações de monitoramento e avaliação. Segue o modelo de funcionamento tripartite expandido a cultura avaliativa para outros atores do sistema.
2003	Início da elaboração de uma política de avaliação para a atenção básica.	O documento, publicado em 2005, foi elaborado durante um período de dois anos.
2004	Conass institui um grupo de trabalho sobre Acompanhamento, Avaliação e Regulação da AB.	Conass assume a “convergência” dos propósitos apresentados para o acompanhamento e a avaliação elaborados pela gestão federal e coloca-se integrado a esse projeto.
2004/2005	Estudos de linha de base (Proesf componente III): 168 municípios brasileiros com população acima de 100 mil habitantes	A caracterização do quadro sanitário e da organização dos serviços, para traçar uma “linha de base” para posterior seguimento, é o objetivo principal. Treinamentos de profissionais em avaliação também foram incluídos no processo.
2005	Projeto de fortalecimento da capacidade técnica em monitoramento e avaliação das Secretarias de Estado da Saúde (Proesf componente III).	Projeto que conta com financiamento do Banco Mundial e visa expandir o enfoque da APS a partir do PSF para municípios com mais de 100 mil habitantes.
2005	Publicação do Documento Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização.	Formaliza uma política de avaliação na atenção básica.
2005	Publicação, em conjunto com o MCT, do edital MCT/CNPq/MS-DAB/SAS nº 049/2005, para a seleção de estudos de avaliação da atenção básica.	Produção de conhecimento científico e articulação dos espaços acadêmicos e de serviços, tendo a avaliação como tema.
2005	Avaliação para a Melhoria da Qualidade (Proesf).	Institui uma metodologia de autoavaliação a ser implantada em diversos níveis: gestores, coordenadores, unidades de saúde e equipes da ESF, com o propósito de qualificação da AB via avaliação.
2007	Criação do Grupo de Trabalho de avaliação da Abrasco.	Confirma a avaliação como campo de produção de saberes e de articulação política, instituindo um novo espaço para o diálogo acadêmico e com outras esferas da sociedade.
2011	PMAQ – Incorpora elementos da AMQ e amplia a vertente de avaliação com o objetivo final de certificar equipes da saúde da família.	Funciona como um modelo de certificação, com autoavaliação e avaliação externa baseadas em critérios de diversas dimensões.
2011	Inserção de práticas de avaliação na política de AB vinculada ao repasse de recursos do PAB variável.	Estabelece os resultados de avaliação da PMAQ como mais um mecanismo de indução de práticas ao associar incentivos financeiros em função dos resultados obtidos.

Como intelectual atuante nesse processo, Hartz esclarece que institucionalizar a avaliação tem o sentido de “integrá-la em um sistema organizacional no qual esta seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação ligando, necessariamente, as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas” (2002, p. 419).

O compromisso e o grande esforço empreendido para efetivar a incorporação da avaliação no tecido político da reforma do SUS deu origem a um conjunto de dispositivos, destacados no quadro 1. Esses dispositivos foram formalizados através de instrumentos da política normativa e repercutem, direta e simultaneamente, em várias dimensões, sendo possível distinguir importantes influências quanto a: 1) alocação de recursos financeiros; 2) organização do modelo assistencial; 3) produção de conhecimento científico; 4) modos de gestão de outras esferas (estaduais e municipais); 5) revisão das tecnologias de informação e seus usos; 6) composição da estrutura burocrática; e 7) articulação interinstitucional.

Nesse percurso da interação entre políticas de reorientação do SUS pela via da atenção básica e o fortalecimento da avaliação, algumas estratégias merecem ser ressaltadas por terem alcançado as estruturas de gestão descentralizadas, inclusive os serviços de saúde. A primeira é o Projeto Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação. Em *Avaliação na atenção básica: caminhos da institucionalização*, documento que melhor expressa a síntese da política de avaliação da atenção básica nesse período, o projeto é apresentado como eixo estruturante da política e elemento que concretamente visa “construir a viabilidade para a estruturação, na instância gestora estadual, da capacidade técnica em avaliação, dando passos firmes no caminho da institucionalização” (Brasil, 2005b, p. 15).

O resultado mais tangível desse processo foi a elaboração de planos estaduais de monitoramento e avaliação, o que colocou em cena a responsabilidade da esfera estadual na condução de avaliações e estimulou a criação de equipes com condições de efetivá-las. Para a

elaboração e implantação desses planos, a estratégia foi a de criação da Rede de Centros Colaboradores em Avaliação, que envolveu 21 instituições brasileiras de ensino e pesquisa (Alves, 2008; Felisberto, 2008). Esse projeto reitera e operacionaliza o objetivo de introduzir a avaliação nas práticas de gestão dos diversos níveis, o que é potencializado por duas outras ações: Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (AMQ) (Brasil, 2005b) e, posteriormente, o Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) (Brasil, 2011).⁸

Existe, nessa proposta, uma alteração da qualidade da relação entre avaliação, planejamento e gestão no cenário da interação política entre gestor federal e gestores locais. Se anteriormente o gestor federal, através da avaliação e do monitoramento, se atinha aos indicadores que tratavam diretamente dos resultados de saúde e da contabilização de procedimentos da clínica e das vigilâncias, remetendo ao que já estava estabilizado pela epidemiologia e pelo planejamento, a inclusão de novas dimensões da avaliação trouxe novos atores e demandas, novas reflexões e novos critérios e indicadores para essa arena política.

Para alguns gestores, a avaliação e a publicização de seus resultados, combinada com a criação e a utilização de canais de comunicação entre gestores e os profissionais da ponta, é compreendida como uma possibilidade de inversão de poder. O entendimento é de que equipes poderiam identificar quais elementos obstruem o alcance de certas metas e cobrar dos gestores a garantia de condições que possibilitariam o seu cumprimento, tornando assim mais visível os problemas de gestão que repercutem na realização das atividades.

Reflexões sobre essas experiências e seus efeitos, acompanhadas das distinções entre os níveis micro, meso e macro da avaliação já circulam no campo da educação há décadas e têm sido trazidas para

⁸ Uma questão de pesquisa que não foi investigada neste trabalho diz respeito à alteração dos termos que enunciam essas políticas. Se na AMQ é frontalmente assumida a centralidade da avaliação, na PMAQ o termo avaliação é suprimido, reforçando-se a centralidade da relação acesso e qualidade, e a avaliação é situada como uma forma de garantia da qualidade.

a avaliação em saúde (Conill, 2012) frequentemente interligadas ao debate sobre as redes integradas de saúde (Mendes, 2005; Vazquez et al., 2009). Formular apreensões sobre a institucionalização da avaliação e a sua presença no cotidiano das unidades de saúde nos leva a resgatar o questionamento de Lins e Cecílio:

É importante ter sempre claro que como processo histórico de construção social, a instituição saúde é revelada no modo de produção em saúde, na prática concreta dos profissionais que atuam em suas organizações ou estabelecimentos. Portanto, a institucionalização da avaliação em saúde deve se propor a construir uma nova prática, a provocar uma mudança na prática do fazer saúde atual e não apenas na prática de avaliar ou não avaliar (2008, p. 495).

Os autores reiteram o reconhecimento das singularidades e dinâmicas das instituições como algo a ser respeitado pela avaliação em saúde, na medida em que criam modos próprios de alcançar suas finalidades e nos seus contextos específicos produzem sentidos para esses modos de agir. Eles localizam esses movimentos como parte do processo necessário de transformação das práticas de saúde (Lins e Cecilio, 2008).

COMENTÁRIOS FINAIS

Diante da dificuldade de sintetizar limites e possibilidades da avaliação em saúde, propomos destacar algumas reflexões que podem contribuir para nos nortear diante dos movimentos de criação e implantação de formas de gerir que pretendem impactar várias dimensões do sistema de saúde.

Especificamente quanto à avaliação, pensamos ser útil identificar um tronco comum das diversas práticas que marcam o campo. Escapando de um olhar que enfatize as suas utilidades, propomos entender a avaliação como um modo de produção de conhecimento voltado para aplicação, portanto uma tecnologia. Assim, questões que perpassam a produção de conhecimento merecem ser resgatadas. Parafraseando Minayo, afirmamos que nin-

guém desconhece que a produção de conhecimento se insere no mundo de seu tempo (Minayo, 2002, p. 18).

Esse reconhecimento requer dos sujeitos envolvidos com o trabalho em saúde a companhia permanente de algumas indagações. Em primeiro lugar, deve-se questionar que marcas do nosso tempo geram inflexões significativas sobre a avaliação em saúde e suas características particulares. Essas marcas necessariamente têm conexões com as formas de legitimação de conhecimento, mas extrapolam essa dimensão. A história nos mostra que também nos indicam compreensões sobre o trabalho e sua divisão social e sobre o papel do Estado, para destacar alguns mencionados ao longo do texto.

Mapear essas marcas nos conduz a outra interrogação: em que grau as inflexões geradas pela avaliação nos aproximam e nos afastam – provavelmente ambos os movimentos ocorrem – de práticas sintonizadas com os princípios políticos que sustentam nossa perspectiva sobre o papel social do SUS como sistema voltado para a população e também como um espaço público de trabalho de mais de um milhão de cidadãos?

E ainda, entendendo a avaliação como um processo de produção de tecnologias, devemos enfrentar o fato de que a tensão entre atender as demandas dos níveis micro, meso e macro, expressa pela avaliação, não é removível da experiência cotidiana da produção em saúde e, portanto, merece sofrer uma análise crítica de suas repercussões neste cotidiano.

Entretanto, esse processo de formulação de indagações e respostas só alcança um significado favorável ao posicionamento da avaliação como um dispositivo de fortalecimento de práticas de gestão emancipadoras, se for capaz de trazer ao debate as compreensões dos diferentes atores sociais implicados na produção da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRUCIO, F. L. *O impacto do modelo gerencial na administração pública: um breve estudo sobre a experiência internacional recente*. Brasília: Enap, 1997. (Cadernos Enap, 10).

_____. *Descentralização e coordenação federativa no Brasil: lições dos anos FHC*. Brasília: Escola Nacional de Administração Pública, 2004.

ALMEIDA, C. M. Os modelos de Reforma Sanitária dos anos 80: uma análise crítica. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 3-53, 1996.

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

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

_____. et al. Análise da implantação de um programa com vistas à institucionalização da avaliação em uma secretaria estadual de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10, supl. 1, p. 145-156, 2010.

ARENDT, R. J. J. Construtivismo ou construcionismo? Contribuições deste debate para a psicologia social. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 8, n. 1, p. 5-13, 2003.

ARRETCHE, M. Tendências nos estudos sobre avaliação. In: RICO, E. (org.). *Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Cortez, 1998. p. 29-41.

ATALLAH, A. N. Medicina baseada em evidências: o elo entre a boa ciência e a boa prática clínica. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. (org.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 325-344.

BARRETO, J. Governando com números. In: _____. *O umbigo da reforma psiquiátrica*. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2005. p. 53-86.

BEVAN, G.; HOOD, C. What's Measured is What Matters: Targets and Gaming in the English Public Health Care System. *Public Administration*, Londres, v. 84, n. 3, p. 517-538, 2006. Disponível em: <http://www.publicservices.ac.uk/wp-content/uploads/dp0501.pdf>. Acesso em: 3 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. *Plano diretor da reforma do aparelho do Estado*. Brasília: Presidência da República, Imprensa Oficial, 1995.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a. 6 v. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. _____. _____. _____. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. *Avaliação da atenção básica em saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. _____. Gabinete do Ministro. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>. Acesso em: 2 mar. 2013.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família*. 3 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 6 v. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. _____. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 2 mar. 2013.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Reforma do Estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle. *Lua Nova*, São Paulo, n. 45, p. 49-95, 1998.

CHAMPAGNE, F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSELLE, A. et al. (org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 41-60.

CONILL, E. M. Sobre os impasses dos usos da avaliação para a gestão: não é preciso inventar, nem basta simplificar. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 834-836, 2012.

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

_____. Is the Institutionalization of Evaluation Sufficient to Guarantee Its Practice? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 253-256, 1999.

COSTA, N. R.; SILVA, P. L. B.; RIBEIRO, J. M. A experiência internacional de reforma do setor saúde: inovações organizacionais e de financiamento. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, p. 209-227, 2000.

CRUZ, M. M. Avaliação de políticas e programas de saúde: contribuições para o debate. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. (org.). *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, 2011. p. 181-199. Disponível em: <http://www.ims.uerj.br/ccaps>. Acesso em: 2 mar. 2013.

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: Editora Fiocruz, 1997. p. 49-88.

DERLIEN, H. U. Una comparación internacional en la evaluación de las políticas públicas. *Revista do Serviço Público*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 105-122, jan.-mar. 2001.

DUBOIS, C. A.; CHAMPAGNE, F.; BILODEAU, H. Histórico da avaliação. In: BROUSSELLE, A. et al. (org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 19-40.

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

_____ et al. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de autoavaliação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p. 2.091-2.102, set. 2008.

FONSECA, A. F. et al. Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do agente comunitário de saúde. *Texto Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 519-527, 2012.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. The Methodology of Fourth Generation Evaluation. In _____; _____. *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park: Sage Publications, 1989. p. 184-227.

HARTZ, Z. M. A. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

_____. Institutionalizing the Evaluation of Health Programs and Policies in France: Cuisine Internationale over Fast Food and Surmesure Over Ready-Made. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 229-260, 1999.

_____. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 419-421, 2002.

_____. Meta-avaliação da gestão em saúde: desafios para uma “nova saúde pública”. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n. 4, p. 832-834, 2012.

_____; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. (org.). *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: Edufba, 2005.

LABRA, M. E.; FIGUEIREDO, J. S. A. Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.

LINS, A. M.; CECILIO, L. C. de O. O discurso da institucionalização de práticas em saúde: uma reflexão à luz dos referenciais teóricos das ciências humanas. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 483-499, 2008.

MARTINS, L. *Reforma da administração pública e cultura política no Brasil: uma visão geral*. Brasília: Enap, 1995. (Cadernos Enap, 8).

McQUEEN, D. V.; ANDERSON, L. M. What Counts as Evidence: Issues and Debates. In: ROOTMAN, I. et al. (org.). *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives*. Copenhagen: WHO, 2001. p. 63-82.

MELLO, G. A. *Revisão do pensamento sanitário com foco no centro de saúde*. 2010. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MENDES, E. V. *Revisão bibliográfica sobre a atenção primária à saúde*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2005 Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revisao_bibliografica_redes.pdf. Acesso em: 2 mar. 2013.

MILLER, J. A.; MILNER, J. C. *Você quer mesmo ser avaliado?* Entrevistas sobre uma máquina de impostura. Barueri: Manole, 2006.

MINAYO, M. C. de S. Entre vãos de águia e passos de elefante: caminhos da investigação na atualidade. In: _____; DESLANDES, S. F. (org.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 17-27.

PAWSON, R. *Evidence-Based Policy: A Realist Perspective*. Londres: Sage, 2006.

REZENDE, F. *Planejamento no Brasil: auge, declínio e caminhos para a reconstrução*. Brasília: Cepal-Ipea, 2010. (Texto para discussão, 4).

REZENDE, F. C. Por que reformas administrativas falham? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 17, n. 50, p. 123-142, 2002.

RIEPER, O.; HANSEN, H. F. *Metodedebatten om evidens*. Copenhague: AKF-Forlaget, 2007. Disponível em: http://www.akf.dk/udgivelser/2007/pdf/metodedebat_evidens.pdf/. Acesso em: 31 mar. 2013.

SANTOS, L. A. Tendências mundiais sobre o papel do estado e suas implicações na conjuntura brasileira. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO. *Caderno de Debates: em busca da EPSJV pública e estratégica*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 1999. p. 9-43.

SANTOS, F. P.; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro: uma revisão. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 10, n. 19, p. 25-41, 2006.

SIMIONATTO, I. Reforma do Estado ou modernização conservadora? O retrocesso das políticas sociais públicas nos países do Mercosul. *Serviço Social*, Brasília, n. 7, p. 11-42, 2000.

SPRINGETT, J. Participatory approaches to evaluation in health promotion. In: ROOTMAN, I. et al. (org.). *Evaluation in Health Promotion: Principles and Perspectives*. Copenhague: WHO, 2001. p. 83-106.

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

VARONE, F.; JACOB, S. Institutionnalisation de l'évaluation et nouvelle gestion publique: un état des lieux comparatif. *Revue Internationale de Politique Comparée*, Louvain-la-Neuve (Bélgica), v. 11, n. 2, p. 271-292, 2004. Disponível em: <http://www.cairn.info/revue-internationale-de-politique-comparee-2004-2-page-271.htm>. Acesso em: 20 out. 2012.

VAZQUEZ M. L. et al. Integrated Health Care Networks in Latin America: Toward a Conceptual Framework for Analysis. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 26, n. 4, p. 360-367, 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n4/v26n4a12.pdf>. Acesso em: 20 out. 2012.

VEDUNG, E. Four Waves of Evaluation Diffusion. *Evaluation*, Uppsala (Suécia), v. 16, n. 3, p. 263-277, 2010. Disponível em <http://evi.sagepub.com/content/16/3/263>. Acesso em: 5 jul. 2010.