

Daniela Alba Nickel

Meta-avaliação da gestão da Atenção Básica em Santa Catarina,  
com foco na utilização

Tese submetida ao Programa de Pós-  
graduação em Saúde Coletiva da  
Universidade Federal de Santa  
Catarina para a obtenção do Grau de  
Doutor em Saúde Coletiva  
Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Cristina  
Marino Calvo  
Coorientador: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sonia Natal

Florianópolis  
2013

## Ficha Catalográfica

Nickel, Daniela Alba  
Meta-avaliação da gestão da Atenção Básica em Santa  
Catarina, com foco na utilização / Daniela Alba Nickel ;  
orientadora, Maria Cristina Marino Calvo ; co-orientadora,  
Sonia Nabel. - Florianópolis, SC, 2013.  
143 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-  
Graduação em Saúde Coletiva.

Inclui referências

1. Saúde Coletiva. 2. Avaliação em saúde. 3. Gestão de  
saúde. 4. Utilização de avaliação. I. Calvo, Maria Cristina  
Marino. II. Nabel, Sonia. III. Universidade Federal de  
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.  
IV. Título.



## Agradecimentos

Eis o momento de agradecer aqueles que construíram comigo esta Tese. Uma orientação, uma conversa franca, um carinho, uma palavra de apoio, enfim, cada um contribuiu à sua maneira e de alguma forma transformou minhas ideias e sentimentos.

O dom da vida não deve ser ao acaso, por isso agradeço a Deus pelos dias de aprendizado neste mundo.

Minha família, principalmente meu pai Luiz Alberto e mãe Inaci pelo carinho e apoio incondicional que recebo.

Pessoas especiais que nos quatro anos de curso participaram das conquistas e derrotas, ouviram e aconselharam com carinho: Cristine, Lacita, Leslie, Luis (em memória), Ricardo.

Amigos queridos, vocês fazem a diferença na minha vida.

Grandes mulheres e orientadoras: Maria Cristina, Sonia e Zulmira. Três professoras que nas suas características únicas apresentaram soluções e críticas preciosas para o trabalho, e às vezes até conselhos para a vida.

Também é o momento de lembrar as instituições que permitiram o desenvolvimento da pesquisa:

Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Saúde Pública e Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, onde iniciei meus estudos na Saúde Coletiva e agora fecho um ciclo com a defesa da Tese.

Secretaria de Estado da Saúde, por ter aceito participar da pesquisa, e cada um dos técnicos da Gerência da Atenção Básica que de alguma forma contribuíram para enriquecer o trabalho.

Capes, pela bolsa recebida nos quatro anos de trabalho exclusivo no doutorado e pelo período sanduíche na Universidade Nova de Lisboa, concedido em 2012.

CNPq, que através do Edital Universal permitiu a realização da pesquisa com financiamento público.

## Resumo

A política para institucionalizar a avaliação no Sistema Único de Saúde é recente, bem como as experiências avaliativas no setor público de saúde. Projetos foram executados no país por meio de financiamento específico a fim de induzir cultura avaliativa no sistema de saúde, e verificar como essas avaliações serviram aos interesses dos gestores e como os resultados contribuíram para a reorientação de ações é um passo para disseminar essa cultura no SUS. A pesquisa caracterizou-se como um estudo de caso único e dois níveis de análise do sistema de saúde, com uso de método misto para meta-avaliar a intervenção “Avaliação da gestão da atenção básica em Santa Catarina” (AGAB) com foco na sua utilização. Utilizaram-se dados primários e secundários. Os dados secundários foram os resultados da AGAB nos 293 municípios, no período de 2008 a 2011, os quais são públicos e disponíveis *online*, a sua análise foi descritiva. Os dados primários foram coletados por entrevistas semiestruturadas com informantes-chaves nas quatro unidades de análise municipais e na estadual. O material coletado passou por análise de conteúdo com categorias pré-definidas na matriz avaliativa. Os resultados indicaram que: a avaliação com participação ativa dos interessados e de acordo com suas necessidades faz com que eles se apropriem do processo e reforça os usos; a avaliação conseguiu produzir informações úteis aos atores das esferas municipal e estadual, sendo o contexto político-organizacional um limitador do uso; o uso político foi mais reportado pelos municípios e o uso instrumental foi pouco explorado devido a pouca autonomia técnica em avaliação na esfera municipal. O estado apresentou uso processual para desenvolvimento de capacidade avaliativa, e o uso instrumental foi pouco explorado pelos atores possivelmente pela falta de autonomia financeira e acesso pouco facilitado a lideranças para tomada de decisões que extrapolam o setor da atenção básica. A tese de que a AGAB colaborou para desenvolver a prática avaliativa e para a melhoria da gestão no nível municipal e estadual foi comprovada.

Palavras-chave: avaliação em saúde, gestão de saúde, utilização de avaliação

## Abstract

The policy for institutionalization of evaluation in Brazilian Health System is recent, as well as the evaluation experiences. Evaluation projects with public funding were undertaken to induce evaluative culture in the health system and analyse how these evaluations served the interests of managers and how the results contributed to better action is a step to spread this culture in Brazilian health system. The research was a mixed method single case study with two levels of analysis of the health system to aim a meta-evaluation focused on use of the intervention called: "Management Evaluation of primary care in Santa Catarina" (AGAB). The data comes from the results of AGAB in the 293 municipalities in the period 2008-2011, which are public and available online, their analysis was descriptive, and from semi-structured interviews with key informants in four municipalities and state health managers, this data were analysed by content analysis with pre-defined categories by the evaluation matrix. Results indicated that: evaluation with active participation of stakeholders and in accordance with their needs strengthens the use, AGAB was useful to the actors and the political and organizational context limited evaluation use, the political or symbolic use was reported by most municipalities and the instrumental use has been underexplored due to poor technical autonomy in evaluation at the municipal level. The state presented process use and the instrumental use has been little explored possibly by lack of financial autonomy and not facilitated access to some leaders to make decisions. The thesis that AGAB collaborated to develop evaluation culture and to improve health management at the municipal and state level practice has been proven.

**Keywords:** health evaluation, health management, evaluation utilization.

## Lista de abreviações

AB – Atenção básica  
AGAB – Avaliação da gestão da atenção básica em Santa Catarina  
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
BIRD – Banco Mundial  
CIB – Comissão Intergestores Bipartite  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde  
DOU – Diário Oficial da União  
DST – Doenças sexualmente transmissíveis  
FCTMA – Projeto de Fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação  
M&A – Monitoramento e avaliação  
MS – Ministério da Saúde  
PFCT – Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica em Monitoramento e Avaliação  
PNM&AAB – Política Nacional de Monitoramento e Avaliação para a Atenção Básica  
PROESF – Projeto de Expansão e Fortalecimento da Estratégia Saúde da Família  
SES – Secretaria Estadual de Saúde  
SES/SC – Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina  
SPB – Departamento de Saúde Pública  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TDR – Termo de Referência  
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

## Lista de figuras

- Figura 1. Mecanismos de influência e níveis de análise \_\_\_\_\_ Pág. 24
- Figura 2. Modelo teórico de Hartz (2008) da influência da avaliação \_\_\_\_\_ Pág. 29
- Figura 3. Modelo de Peck e Gorzalski (2009) para o uso de avaliação \_\_\_\_\_ Pág. 31
- Figura 4. Componentes e projetos estratégicos da PNM&AAB \_\_\_\_\_ Pág. 35
- Figura 5. Linha do Tempo do Processo de Elaboração do Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica das SES em M&A da AB \_\_\_\_\_ Pág. 37
- Figura 6. Etapas da metodologia \_\_\_\_\_ Pág. 39
- Figura 7. Modelo teórico da Avaliação da Gestão da Atenção Básica \_\_\_\_\_ Pág. 42
- Figura 8. Modelo lógico baseado em objetivos da Avaliação da Gestão da Atenção Básica \_\_\_\_\_ Pág. 42
- Figura 9. Modelo teórico de uso e influência da avaliação \_\_\_\_\_ Pág. 43
- Figura 10. Matriz avaliativa: dimensão contexto político-organizacional \_\_\_\_\_ Pág. 44
- Figura 11. Matriz avaliativa: dimensão implantação da avaliação \_\_\_\_\_ Pág. 45



## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>18</b>
<b>3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>19</b>
3.1. USO E INFLUÊNCIA DA AVALIAÇÃO	19
3.2. FATORES QUE INTERFEREM NO USO E NA INFLUÊNCIA DA AVALIAÇÃO	25
3.3. AVALIAR O USO E A INFLUÊNCIA DA AVALIAÇÃO	28
3.4. A AVALIAÇÃO DA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: CONTEXTO POLÍTICO INSTITUCIONAL	31
3.4.1. <i>Política Nacional de Monitoramento e Avaliação para a Atenção Básica</i>	32
3.4.2. <i>Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica</i>	36
<b>4. METODOLOGIA</b>	<b>39</b>
4.1. DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO	39
4.2. DESENHO DO ESTUDO	39
4.2.1. <i>Seleção do caso</i>	40
4.2.2. <i>Seleção das unidades de análise</i>	40
4.2.3. <i>Elaboração do modelo teórico e lógico</i>	41
4.3. COLETA E ANÁLISE DE EVIDÊNCIAS	45
4.4. DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	47
<b>5. ASPECTOS ÉTICOS</b>	<b>48</b>
<b>6. ORÇAMENTO E CRONOGRAMA</b>	<b>49</b>
<b>7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO</b>	<b>50</b>
<b>8. RESULTADOS</b>	<b>52</b>
<b>ARTIGO 1.</b> REVISÃO DA LITERATURA DO USO E INFLUÊNCIA DA AVALIAÇÃO E MODELO TEÓRICO APLICADO À GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA.	52
<b>ARTIGO 2.</b> A EXPERIÊNCIA DA AVALIAÇÃO DA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SANTA CATARINA: CONSTRUÇÃO, DESENVOLVIMENTO E QUATRO ANOS DE APLICAÇÃO.	66
<b>ARTIGO 3.</b> DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE AVALIATIVA NA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO DE CASO EXEMPLAR EM SANTA CATARINA DE 2008 A 2011.	84
<b>ARTIGO 4.</b> O USO DE UMA AVALIAÇÃO POR GESTORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO NO SUL DO BRASIL.	105

<b>9. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>123</b>
<b>10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>125</b>
<b>APÊNDICE 1</b>	<b>131</b>
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA	131
<b>APÊNDICE 2</b>	<b>132</b>
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	132
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA GRAVAÇÕES EM ÁUDIO	134
<b>APÊNDICE 3</b>	<b>135</b>
ROTEIRO DA ENTREVISTA	135
CHECKLIST DO ROTEIRO DE ENTREVISTA	143

## 1. Introdução

A avaliação é uma área de amplo interesse e uma ferramenta para subsidiar o processo de decisão. A prática de avaliação é rotina em organizações nos países desenvolvidos, onde seu papel vem sendo discutido há algumas décadas (MARK, 2011; JOHNSON ET AL 2009; SANDISON, 2006). As políticas públicas incluem-se nessa área de interesse pelas informações provenientes de avaliações, especialmente quando agências financiadoras estão envolvidas e há demanda por resultados. A avaliação constitui, portanto, um importante instrumento para qualificar a gestão pública em saúde. Termos como “racionalidade política”, “escolha informada” ou “política baseada em evidências” têm sido usados para expressar essa necessidade de informações para a tomada de decisão (ALMEIDA E BASCOLO, 2006).

Diferentes funções, tipos e metodologias são apresentados em textos sobre a avaliação (CONTANDRIOPOULOS, 2000), mas o seu objetivo principal é ser útil na identificação das escolhas mais adequadas em determinado tempo e espaço. As decisões em políticas públicas devem estar fundamentadas nos padrões estabelecidos ou em conhecimento científico sólido para não comprometer a qualidade dos cuidados oferecidos à população, e a avaliação é capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas, permitindo o posicionamento de diferentes atores e a construção de juízos de valor para orientar ações (HARTZ, 2008; CONTANDRIOPOULOS, 2006).

No contexto internacional, o processo avaliativo está disseminado entre as organizações, mas pouco tem sido investigado sobre seus usos e influência. Uso e influência são consequências relevantes a serem consideradas como resultado de uma avaliação (HENRY E MARK, 2003). As avaliações, com algumas exceções, ainda têm modesto uso ou influência nas decisões de políticas públicas em diversos países. (GERTLER et al, 2011; SANDISON, 2006).

A realização de uma avaliação, a apresentação de seus resultados e a entrega dos relatórios aos interessados não são imediatamente traduzidas em ações, e muitas vezes a informação é subutilizada (SANDISON, 2006). Tal subutilização decorre das características dos envolvidos - o lado político do gestor e o lado

técnico do avaliador. Os campos de produção de conhecimento e formulação e implantação de políticas são muito diferentes quanto aos seus objetivos, métodos de trabalho e avaliação de resultados. O conhecimento científico é bastante dinâmico, muda conforme o tempo e lugar, com muitos estudos semelhantes e divergentes em seus resultados. Por outro lado, os responsáveis pelas decisões podem não apresentar condições para lidar com a enorme oferta de informações: possuem um curto tempo para conhecer o assunto e tomar a decisão; não é possível uma leitura completa de um informe científico ou de um relatório de avaliação; lidam com prioridades políticas e ideologias que mudam rapidamente entre um governo e outro (WEISS ET AL, 2008).

O desafio é conciliar os dois lados a fim de que os pesquisadores ou avaliadores entendam o processo de tomada de decisão e traduzam seus resultados para a linguagem da gestão, e de que os gestores consigam interagir com o mundo científico para estruturar mais claramente seus problemas. A frustração em torno das tentativas de aplicar resultados de pesquisa na política decorre de falsas expectativas sobre o que essa aplicação significa e o pequeno conhecimento sobre o processo de tomada de decisão (ALMEIDA E BÁSCULO, 2006).

Além da comunicação, o uso e a influência dos resultados de avaliação nas decisões depende também do nível de conflito político existente, da permeabilidade da estrutura organizacional a novas informações, do grau de pressão para a mudança, da qualidade da avaliação e da inovação dos seus resultados. Para tornar o quadro ainda mais complexo, as características individuais dos envolvidos nas decisões também pesam na utilização das avaliações - pessoas mais comprometidas e motivadas costumam aderir mais facilmente a mudanças ou valorizar novas informações (BAUGHMAN, BOYD E FRANZ, 2012; LEDERMANN, 2012; JACOBSON ET AL, 2011; JOHNSON ET AL, 2009; FLEISCHER E CHRISTIE, 2009).

Países europeus como Suécia, Alemanha e Reino Unido são pioneiros na institucionalização da avaliação em diversas áreas, incluindo a saúde. Suíça, Bélgica e Noruega também possuem uma cultura de avaliação nos programas de governo. Na América, Canadá e Estados Unidos possuem uma história rica em avaliações de programas sociais (ALVES ET AL, 2010). Esses países concentram a literatura sobre utilização e influência da

avaliação, inclusive apresentando alguns estudos empíricos (BAUGHMAN, BOYD, FRANZ, 2012; RIDDE, GOOSSENS, SHAKIR, 2012; LEDERMAN, 2011; BALTHASAR, 2009; VISSCHER, 2008).

No Brasil e em outros países onde a avaliação nas instituições é recente, a análise do uso das avaliações é bastante limitada. Destacam-se as avaliações de projetos ou políticas específicas como o Programa Nacional de DST/ AIDS, a Política de Vigilância em Saúde e a Política Nacional de Atenção Básica (HARTZ, 2008). As bases para uma política de avaliação na atenção básica brasileira, visando à institucionalização da avaliação, foram construídas a partir de uma série de discussões entre gestores de saúde, pesquisadores e avaliadores, com início no ano de 2003 (FELISBERTO, 2009; BRASIL, 2005). Com o desenvolvimento teórico sobre a institucionalização da avaliação na atenção básica, projetos foram elaborados e desenvolvidos com financiamento específico, o que gerou substancial conteúdo de experiências avaliativas (SAMPAIO ET AL., 2011; ALVES ET AL., 2010; BOSI, PONTES E VASCONCELOS, 2010; TAMAKI ET AL., 2010; ALMEIDA, 2008; CAMARGO JR, 2008; HARTZ, 2008; VASCONCELOS, BOSI, PONTES, 2008). Desde a iniciativa de implantação da política de institucionalização da avaliação na atenção básica, estudos vêm sendo desenvolvidos através de parcerias entre instituições de ensino e pesquisa e as instâncias de gestão do SUS (ALVES ET AL., 2010; FELISBERTO, 2009; ALMEIDA, 2008; NATAL, 2008).

Existe uma lacuna de estudos empíricos no Brasil que avaliem uso e influência das avaliações nas decisões ou na melhoria da gestão em saúde (FIGUEIRÓ ET AL, 2012; HARTZ, 2008). O contexto político internacional destaca a avaliação como processo de qualificação dos programas sociais; organismos internacionais de saúde ressaltam a importância do uso de avaliações nos países em desenvolvimento que não possuem uma estrutura institucional voltada à prática avaliativa. Sendo assim, o objetivo desta tese foi meta-avaliar a Avaliação da Gestão da Atenção Básica em Santa Catarina (AGAB) para verificar sua utilização<sup>1</sup>, identificando os fatores que a facilitaram

---

<sup>1</sup> Utilização, uso, e influência são termos intercambiáveis neste texto, exceto quando apontada a concepção teórica para a diferenciação.

e os que a dificultaram. A tese defendida é que a AGAB colaborou para desenvolver a prática avaliativa, o uso da avaliação e para a melhoria da gestão no nível municipal e no nível estadual. O pressuposto que orienta a tese é de que o estado de Santa Catarina apresentou sucesso quanto ao grau de implantação do PFCT (ALVES ET AL, 2010; NATAL, 2008) institucionalizando a avaliação e propiciando o uso dos resultados da avaliação.

As avaliações constituem um instrumento legítimo para qualificar as decisões e a gestão pública. O julgamento de valor e as informações produzidas no processo avaliativo contribuem em diferentes graus para a tomada de decisão. Porém, a avaliação por si só não se traduz em uma ação; é necessário identificar a sua capacidade de produzir informações e julgamentos úteis aos interessados e que corroboram as necessidades dos potenciais usuários (CONTANDRIOPOULOS, 2006). Sabe-se que as consequências das avaliações não estão restritas ao processo decisório propriamente dito, elas permeiam as decisões influenciando de forma indireta as pessoas ligadas à organização ou instituição, ordenando mudanças organizacionais, compondo uma propaganda para beneficiar a imagem da gestão através dos resultados positivos da avaliação, dentre outros usos e influências relatados na literatura.

Apesar da análise do uso não ser recente no campo da avaliação, o tema tem caráter inédito no Brasil, dado que as experiências de avaliação em saúde estão em fase de consolidação e a institucionalização da avaliação ainda é uma imagem-objetivo. O uso e a influência das avaliações tem efeito cumulativo - quanto mais estudos avaliativos são realizados, mais os resultados serão levados em consideração (SANDISON, 2006) e, conseqüentemente, o uso frequente levará à institucionalização da avaliação (WORTHEN, 1995). Em um momento de crescimento de experiências avaliativas no Brasil, verificar como as avaliações já concluídas serviram aos interesses dos gestores e de outros atores e de que forma elas foram utilizadas e influenciaram ações e comportamentos é uma contribuição importante a favor da cultura avaliativa no SUS. Além disso, a identificação dos fatores que facilitam ou dificultam o uso da avaliação contribuirá no desenho das futuras avaliações para alcançar maior grau de utilização e aproximar a imagem-objetivo

da institucionalização da avaliação na atenção básica e no SUS de modo geral.

A possibilidade de verificar o uso de uma avaliação conduzida por instituições públicas e financiada pelo governo promove uma prestação de contas à sociedade, e uma oportunidade de demonstrar a transparência e a responsabilidade com os gastos públicos na área da saúde onde os recursos são sempre escassos e muito disputados (GERTLER ET AL, 2011).

A experiência de Santa Catarina envolveu os interessados na avaliação, o que caracteriza a avaliação de quarta geração<sup>2</sup>, na sua construção e no aprimoramento dos indicadores, ela é inovadora em sua continuidade, é realizada anualmente desde o ano de 2008. Essas características despertaram a curiosidade de aprofundar o estudo sobre os resultados de curto e médio prazo decorrentes dessa avaliação.

Este documento foi elaborado atendendo ao preconizado pelo Regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, e apresenta esta introdução, seguida de objetivos, revisão da literatura, metodologia e demais itens pertinentes ao previsto no processo de qualificação do projeto. Os resultados são apresentados no formato de quatro artigos científicos, seguidos das considerações finais e Apêndices.

---

<sup>2</sup> A avaliação de quarta geração é caracterizada pela participação dos atores avaliados durante o processo avaliativo. Para detalhamento consultar: Guba E; Lincoln Y. Avaliação de quarta geração. São Paulo: Unicamp, 2011. 320p.

## **2. Objetivos**

**Geral:** Meta-avaliar a Avaliação da gestão da atenção básica em Santa Catarina, com foco na sua utilização.

**Específicos:**

- Sistematizar a bibliografia sobre uso e influência da avaliação (Artigo 1);
- Propor um modelo analítico para a avaliação do uso e influência da avaliação no campo da gestão em saúde (Artigo 1);
- Descrever a Avaliação da gestão da atenção básica em Santa Catarina e analisar os seus resultados, no período de 2008 a 2011 (Artigo 2 e 3);
- Verificar o uso da Avaliação da gestão da atenção básica tendo como base o modelo analítico e suas dimensões e identificar aspectos que interferem no uso (Artigo 4).



### 3. Revisão bibliográfica

#### 3.1. Uso e influência da avaliação

A disseminação dos estudos sobre utilização da avaliação teve relação com a expansão de programas sociais no período Pós-Segunda Guerra. Ao mesmo tempo em que esses diversos programas sociais públicos eram implantados, as suas avaliações eram demandadas. No entanto, a realização das avaliações e a utilização dos resultados obtidos não caminhavam em paralelo. Carol Weiss iniciou sua carreira nessa temática como uma pioneira no assunto a partir da experiência de não utilização dos resultados da avaliação. Na chamada “idade de ouro” dos estudos sobre utilização de avaliação, entre as décadas de 1970 e 1980, debates entre os autores de referência como Patton, Weiss e Alkin apresentavam conceitos e tipologias de uso e também experiências de utilização de avaliações realizadas (MARK E HENRY, 2003).

As tipologias de uso mais relatadas eram relacionadas aos resultados das avaliações, por exemplo, o uso instrumental. Após um período de adormecimento do assunto, ele ressurgiu apresentando novos usos das avaliações. O uso processual, por exemplo, não foi explorado nos estudos da década de 1970, que relacionavam a utilização com os resultados e recomendações das avaliações. Foi a partir da avaliação focada para utilização, na qual Patton enfatizava o envolvimento dos potenciais usuários e interessados no processo avaliativo, que o uso processual passou a ganhar espaço na literatura (JOHNSON ET AL, 2009; PATTON, 2008, 2000; SHULHA E COUSINS, 1997).

O entendimento de que a utilização não ocorre somente depois de finalizada a avaliação, como consequência de seus resultados e recomendações, ampliou a visão de pesquisadores para outras influências que o processo avaliativo traz. Desta forma, a teoria integrada da influência da avaliação apresentou conceitos complementares aos de uso de resultados de avaliação, ampliando a gama de formas de consequências da avaliação.

Utilização ou uso das avaliações significa qualquer consequência relevante dentre as diversas que podem ser consideradas como resultado de um processo avaliativo (MARK E HENRY, 2003). Após décadas de estudos, é consenso que a utilização pode ocorrer em todas as etapas da avaliação. No

entanto, as formas de classificação são apresentadas de forma diversa pelos autores, e alguns dos tipos relatados são descritos a seguir.

O “Uso processual” refere-se às mudanças ocorridas no comportamento individual ou organizacional como resultado da participação em uma avaliação, não necessariamente ligado aos resultados da mesma. As mudanças podem ser, por exemplo: fortalecimento do compartilhamento de experiências, mudanças na organização ou no programa afetado pela avaliação, aumento do comprometimento dos interessados diretos e indiretos na avaliação. A avaliação focada para utilização (utilization focused evaluation), descrita por Patton em livros e artigos publicados desde a década de 1990 foi um marco importante para uma nova visão dos usos da avaliação, os quais podem ser verificados também no decorrer do processo avaliativo ou ser a consequência dele. Este tipo de uso está relacionado aos novos papéis dos avaliadores e da avaliação propriamente dita. Os avaliadores passaram a ser agentes de intermediação no processo avaliativo, deixando para trás o seu papel de especialista externo. Os avaliadores intermediam os interessados na avaliação e o objeto a ser avaliado, criando uma avaliação participativa que, além de identificar os problemas, permite uma reflexão sobre o que está sendo avaliado e sobre o papel da avaliação na organização (PATTON, 2008, 2001; HARNAR E PRESKILL, 2007).

O “Uso instrumental” refere-se a usos tangíveis e diretos das conclusões ou das recomendações da avaliação para tomar decisões como mudanças na política, no financiamento, na operacionalização de alguma meta. Podem ser formativos ou somativos - o primeiro ocorre durante a avaliação, por exemplo, com informações de relatórios parciais, enquanto o segundo ocorre após o término da avaliação (SANDISON, 2006; KIRKHART, 2000).

O “Uso conceitual” refere-se a usos não tangíveis, as conclusões e recomendações são internalizadas na organização como novas ideias ou conceitos. Independentemente das recomendações da avaliação serem utilizadas, o debate ou o diálogo sobre a situação avaliada pode gerar novas soluções ou esclarecimentos sobre o problema. Ocorrem em médio e longo prazo e são mais perceptíveis nas organizações que possuem uma rotina de avaliações pelo efeito cumulativo das avaliações (SANDISON, 2006).

O “Uso simbólico” refere-se a usos não tangíveis que legitimam ou subsidiam uma decisão já tomada ou posições políticas pré-definidas. Também ocorre quando a avaliação fornece uma referência independente e objetiva para justificar as ações e argumentar por uma decisão. Há uma importante diferença entre utilizar a avaliação para confirmar uma posição existente e distorcer ou manipular a avaliação ou seus resultados para os propósitos dos interessados. A manipulação do processo ou do resultado da avaliação é denominada uso abusivo (SANDISON, 2006).

O “Mau uso”<sup>3</sup> gerou intensos debates acerca de seu conceito e, também, em torno de conceitos próximos como o não uso e o uso abusivo. O mau uso é o uso resultante de uma manipulação intencional de qualquer etapa da avaliação. Por exemplo, quando os achados da avaliação são suprimidos, subvertidos ou distorcidos para servir a interesses pessoais ou de um grupo de indivíduos que tenha como objetivo deturpar uma decisão política para obter vantagens pessoais ou políticas. Outro exemplo é omitir ou rejeitar os resultados de uma avaliação porque não correspondem com as decisões já tomadas ou com as ideias políticas dos interessados, ou ainda, quando os interessados tentam prejudicar a credibilidade dos avaliadores ou sua independência no processo avaliativo (SANDISON, 2006; ALKIN E COYLE, 1988). Esses exemplos estão mais relacionados aos usuários e interessados na avaliação do que com os avaliadores. O mau uso da avaliação relacionado às atitudes do avaliador geralmente ocorre durante o processo avaliativo, tais como: impor metodologias em desacordo com os objetivos da avaliação, utilizar a avaliação para manipular os interessados ou reduzir o poder de alguns grupos ou indivíduos, não esclarecer “as regras do jogo” intencionalmente para confundir os interessados na avaliação ou favorecer certo grupo ou indivíduo, distorcer ou manipular a análise dos dados e omitir resultados nos relatórios. (PATTON, 2007). Porém, o mau uso será interpretado neste trabalho como o mau uso relacionado aos usuários, pois considera-se aquele relacionado ao avaliador resultante de uma má avaliação<sup>4</sup>, ou uma avaliação conduzida de forma

---

<sup>3</sup> Tradução de “*misuse*”

<sup>4</sup> Tradução de “*misevaluation*”

inapropriada contrariando os critérios de qualidade (ALKIN E COYLE, 1988).

O “Não uso” da avaliação pode ocorrer por um mau uso, como citado acima, ou por motivos racionais, por exemplo, quando os usuários e interessados não encontram valor nos resultados porque o processo avaliativo não correspondeu às suas expectativas por falta de qualidade da avaliação e relevância dos resultados, ou devido à mudança radical do contexto em que a avaliação ocorreu.

O “Uso ritual” ocorre quando as avaliações são uma mera formalidade ou é necessária para o cumprimento de rotinas administrativas ou obrigações legais. Ou seja, a avaliação tem um propósito figurativo, sem a intenção de ação. Os motivos podem ser desde uma tentativa de manipular a imagem da instituição, por exemplo, existe responsabilização porque realiza avaliações, a necessidade de conseguir ou manter um financiamento de um órgão que exige a realização de avaliações, ou mesmo uma simples resposta à rotina da gestão (SCRIVEN, 1991, *apud* KIRKHART, 2011). O uso ritual, apesar de ser classificado à parte, pode ser considerado um mau uso da avaliação porque foram desperdiçados tempo, oportunidades e financiamento para realizar o processo que, desde o princípio, era sabido que não haveria uma ação posterior para melhoria da instituição ou do programa avaliado.

O “Uso imposto” ocorre quando as pessoas são obrigadas a usar os resultados de avaliação, ou acreditam que são obrigadas. Por exemplo, diante da existência de uma lista de ações aprovadas para um determinado programa, o decisor é pressionado a escolher uma dessas ações para implantar e assim continuar a receber financiamento (WEISS et al, 2008).

A partir da década de 2000, autores dedicaram-se a estudar a influência da avaliação por meio da teoria integrada de influência. Ela é definida como a capacidade de produzir efeitos sobre os outros através de meios intangíveis ou indiretos. A teoria integrada de influência apresenta três dimensões: fonte, intenção e tempo (KIRKHART, 2011; 2000; HENRY E MARK, 2003).

A fonte refere-se ao elemento ou momento da avaliação que gerou a influência, ou seja, se ela é resultado do processo da avaliação, ou se ela ocorre devido aos resultados da avaliação. Exemplo de fonte do processo é despertar o pensamento crítico entre os interessados na avaliação. A influência com fonte nos

resultados da avaliação pode ter como exemplo a mudança em projetos ou ações, readequar o planejamento e definir novas metas. O tempo define a influência de acordo com sua ocorrência: concomitante com a avaliação ou imediata; no término da avaliação ou fim de ciclo; após a conclusão da avaliação ou em longo prazo. A terceira dimensão é a intenção do evento, sendo a influência percebida como intencional - de acordo com os objetivos do processo avaliativo, ou não intencional - quando ela não estava prevista pelo desenho da avaliação. A influência não intencional poderá ser um evento negativo, como aumento na carga de trabalho, custo elevado não previsto ou interferência com as atividades dos projetos locais de avaliação (KIRKHART, 2011; 2000).

Para identificar a influência da avaliação existem duas possibilidades complementares: o nível de análise e os mecanismos de influência (MARK E HENRY, 2004; HENRY E MARK, 2003). São três níveis de análise: (1) o pessoal ou individual, quando influencia diretamente mudanças nas ideias ou ações de um ou mais indivíduos; (2) o interpessoal, quando a mudança ocorre predominantemente nas interações entre indivíduos; e (3) o coletivo, que se refere à influência direta ou indireta da avaliação nas decisões e práticas das organizações e instituições. São quatro os mecanismos de influência: (1) gerais; (2) cognitivo/ afetivo; (3) motivacionais e (4) comportamentais. Os mecanismos de influência são tipos de consequências que uma avaliação pode gerar. O mecanismo de processos gerais equivale a refletir sobre os resultados da avaliação ou do objeto avaliado; o cognitivo/ afetivo refere-se a mudanças nos pensamentos e sentimentos; o motivacional refere-se a objetivos e aspirações, como respostas às recompensas ou punições percebidas; o mecanismo comportamental está ligado às ações realizadas ou mudanças nas atitudes através de uma ação.

A figura 1 foi extraída e traduzida de Mark e Henry (2004) e exemplifica os mecanismos de influência segundo os níveis de análise. Este conceito é mais amplo que a utilização de resultados da avaliação e relaciona-se às avaliações formativas. Segundo os autores, os conceitos mais restritos de utilização, aqueles voltados exclusivamente para os usos decorrentes dos resultados da avaliação, não permitem identificar os usos qualitativos da avaliação, ou a influência da avaliação na organização e nos atores que nela se encontram. É um modelo linear para verificar

se o programa causa determinado efeito (*'does the intervention work?'*) e a partir daí ocorre a tomada de decisão que poderá ser a implementação ou a continuidade do programa, a readequação, ou o seu cancelamento. A utilização da avaliação além do uso de resultados transforma o uso de resultados da avaliação em um processo não linear como, por exemplo, a sua influência nas mudanças organizacionais (HARTZ, 2008; WEISS, 1998, p.28).

Tipo de consequência/ mecanismos de influência	Nível de análise		
	Individual	Interpessoal	Coletivo
Influência geral	Elaborar novos conceitos ou ideias  Desenvolver habilidades	Persuadir  Influenciar opiniões minoritárias Criar um agente de mudança	Determinar a criação de audiências ou fóruns coletivos para discussão e decisão  Formar coalizões Elaborar legislação, diretrizes, normas Influenciar ou gerar uma ação padrão Considerar a necessidade de uma política específica
Cognitivo/ afetivo	Valorar atitudes ou opiniões	Descrever normas locais	Definir agenda  Aprendizado político
Motivacional	Definir metas pessoais	Obter prestígio social Criar possibilidades de barganhas	Obter incentivos financeiros ou estruturais Aumentar a força no mercado/ área de atuação
Comportamental	Desempenhar novas habilidades  Mudar as ações pessoais	Alterar a colaboração	Determinar mudança na continuidade do objeto avaliado (programa, ação)  Alterar a política Ampliar escopo ou ações da organização

Figura 1. Mecanismos de influência e níveis de análise.

Fonte: Mark e Henry, 2004. (tradução própria)

A teoria da influência não delimita episódios de uso, que geralmente são unidirecionais e limitados ao período da avaliação ou em médio prazo. As classificações de tipologia de uso tornam a análise difícil, principalmente quando as consequências da avaliação ocorrem tardiamente e em um local diferente de onde ocorreu a avaliação, por exemplo, em organizações complexas com diferentes níveis de atuação e um nível central de avaliação. Outro exemplo é o caso de identificar o uso processual em situações onde o processo avaliativo traz consequências em longo prazo e em pessoas que não participaram diretamente da

avaliação, mas que acompanharam o seu desenvolvimento. A influência permite a análise multidirecional, incremental e a médio e longo prazo (MARK, 2011).

### 3.2. Fatores que interferem no uso e na influência da avaliação

Cousins e Leithwood (1986) organizaram os achados dos estudos sobre utilização de avaliação em formato de revisão sistemática de literatura. Àquela época, os autores identificaram as características que interferiam no uso das avaliações e as organizaram em categorias que até hoje são utilizadas para classificar os resultados dos estudos empíricos. Duas foram as categorias principais: uma referente às características da avaliação e outra referente às características da tomada de decisão e da formulação de políticas. Cada qual apresenta seis características. As características da avaliação são: (a) qualidade, (b) credibilidade, (c) relevância, (d) qualidade da comunicação, (e) resultados encontrados, e (f) oportunidade. As características de tomada de decisão e formulação de políticas são: (a) necessidade da informação, (b) características da decisão, (c) clima político, (d) competição de informações, (e) características individuais.

Johnson et al (2009) adicionaram uma categoria: participação dos interessados. A categoria envolvimento dos interessados tem nove características: (a) comprometimento e receptividade, (b) qualidade da comunicação, (c) envolvimento direto dos interessados, (d) credibilidade no processo, (e) entendimento dos resultados da avaliação, (f) relevância da avaliação para os interessados, (g) características individuais, (h) características da decisão, (i) necessidade da informação.

Características de tomada de decisão e formulação de políticas: as organizações e instituições têm seus próprios valores e bases de conhecimento que definem sua cultura organizacional, tais como fundo disciplinar, as normas de trabalho, descrições de cargos, ou requisitos da função. Essa cultura organizacional pode apoiar ou restringir o comportamento dos seus membros. Estudos como o de Kirkhart (2011) e Contandriopoulos e Brousselle, (2012) apresentam as influências da cultura organizacional, das polaridades entre os interesses dos atores, e da transmissão de conhecimento na utilização de avaliações. Também as características individuais como nível de conhecimento,

determinação, abertura para mudanças, características dos grupos de indivíduos ou do relacionamento entre os membros da organização e os avaliadores determinam a utilização da avaliação.

Características da avaliação: os fatores relacionados à avaliação que influenciam o seu uso incluem a identificação e priorização dos potenciais usuários e dos usos intencionais, envolver os interessados no processo avaliativo, comunicar aos interessados os achados parciais e finais da avaliação. O rigor metodológico também é citado porque aumenta a credibilidade do processo.

Os elementos citados estão, em sua maioria, relacionados aos padrões de meta-avaliação. O termo meta-avaliação foi introduzido no campo da avaliação educacional por Michael Scriven, em 1969. Ele conceituou meta-avaliação como qualquer tipo de avaliação cujo objeto é outra avaliação, ou seja, é o processo de descrição, julgamento e síntese de um estudo ou outro procedimento avaliativo que assegura a sua qualidade. A meta-avaliação está fundamentada na verificação de coerência teórica, prática e ética da pesquisa aos padrões e critérios validados (COOKSY E CARACELLI, 2005).

Padrões e critérios para efetuar o julgamento quanto à qualidade da avaliação são divulgados e revisados por instituições especializadas, como a *American Evaluation Association (Guiding Principles for Evaluation)* e o *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation*. Os critérios mais reportados na literatura são: utilidade, viabilidade, propriedade e acurácia (YARBROUGH ET AL., 2011).

A utilidade é o atendimento às necessidades de informação dos interessados ou envolvidos na avaliação, que devem ser claramente identificados anteriormente à avaliação. As pessoas que conduzem a avaliação devem possuir credibilidade e competência para que os resultados obtenham maior aceitação entre os interessados. As perguntas avaliativas devem ser pertinentes às necessidades e interesses do cliente, e as informações coletadas devem responder com clareza esses questionamentos e as perspectivas e procedimentos utilizados para interpretá-las devem ser cuidadosamente descritos, de forma que as bases para julgamentos de valores fiquem bem claras. Os relatórios devem ser disseminados junto aos interessados da avaliação e no momento adequado, abordando de forma clara a



descrição do programa, do contexto e das interferências externas, dos propósitos da avaliação, dos procedimentos avaliativos e das conclusões. Avaliações devem ser planejadas, conduzidas e divulgadas de forma a estimular seu acompanhamento por parte dos principais interessados, aumentando assim as possibilidades de uso da avaliação.

A viabilidade determina se a avaliação é economicamente viável e produz informações de valor significativo de forma que justifique a sua realização. A avaliação deve ser planejada e conduzida tentando antecipar os diferentes posicionamentos dos vários grupos de interesse a fim de evitar perturbações e uso inadequado dos resultados da avaliação, inviabilizando politicamente a avaliação.

O critério de propriedade determina a condução da avaliação segundo os preceitos éticos, com respeito aos direitos individuais das pessoas envolvidas ou afetadas pelos resultados para que não se sintam ameaçadas ou prejudicadas. O desenho da avaliação deve ajudar as organizações a atender e responder às necessidades de todas as pessoas e instituições servidas ou afetadas de alguma maneira por seus programas. Os conflitos de interesse devem ser explícitos para que não comprometam o processo e os resultados da avaliação, e os acordos firmados entre as partes envolvidas devem ser registrados formalmente para aumentar o grau de comprometimento no processo. O relatório da avaliação deve registrar os pontos positivos e limitações do programa avaliado, possibilitando a valorização dos aspectos de sucesso e a correção das falhas existentes. O avaliador tem a responsabilidade de prestar contas dos gastos de forma transparente e assegurar que as pessoas envolvidas ou com direito legal tenham completo acesso aos resultados, incluindo as possíveis limitações da avaliação.

A precisão ou acurácia significa transmitir as informações sobre a avaliação aos interessados em tempo hábil e com a devida validade. Para isso é preciso descrever e documentar o programa de forma clara e precisa, bem como analisar o contexto no qual está inserido e identificar as possíveis influências externas. Quanto ao procedimento avaliativo propriamente dito, os seus propósitos e procedimentos devem ser descritos com clareza e as fontes de informação devem ser confiáveis, os procedimentos de coleta de informações devem ser escolhidos e aplicados de forma

a assegurar que a interpretação de resultados seja válida e útil, respondendo às perguntas avaliativas formuladas.

O processo de coleta de informações e análise deve ser incluído na descrição dos procedimentos nos relatórios. As conclusões da avaliação devem ser explicitamente justificadas para que possam ser analisadas pelos principais interessados pela avaliação ou pelo programa. O relatório deve ser imparcial, refletindo de forma justa os resultados da avaliação, destacando com clareza os pontos positivos e as limitações da avaliação.

A identificação do cumprimento desses critérios evita uma série de problemas no planejamento e seguimento da avaliação que comprometem o processo e o resultado da avaliação. Os problemas mais frequentemente encontrados em avaliações são: foco inadequado; critérios inadequados; erros técnicos; custos excessivos; abuso de autoridade; atraso nos relatórios; resultados parciais ou ambíguos; interpretação e conclusões inadequadas; e recomendações contraproducentes (STUFFLEBEAM, 2001).

### **3.3. Avaliar o uso e a influência da avaliação**

As publicações sobre a utilização e influência da avaliação apresentam conceitos diversos, porém não existe grande variedade de referências que integrem os conceitos e delimitem maneiras de aferi-los (BALTHASAR, 2009; HENRY e MARK, 2003).

Mark (2011) apresenta alguns caminhos para iniciar o desenho de uma pesquisa empírica de uso e influência. Nos casos em que uma via de influência já foi determinada, metodologias com instrumentos de coleta de dados estruturados (*surveys*) é uma opção; nos casos em que essas vias não estão bem delimitadas, mas já existe algum conhecimento, os métodos qualitativos com instrumentos de coleta de evidências do tipo semi ou não estruturados são a melhor escolha para aprofundar o assunto. Porém, muitas vezes o pesquisador não tem conhecimento das vias de influência, e o autor sugere recortes para uma primeira aproximação, por exemplo, escolher um tipo de uso ou influência ou analisar os usos priorizados pela avaliação (intencionais).

A análise lógica é outro método recomendado na literatura para analisar o uso e a influência das avaliações (MARK, 2011; BROUSSELLE, CONTANDRIOPOULOS E LEMIRE, 2009;

MARK E HENRY, 2004). Ela fornece um desenho da intervenção e analisa a coerência da teoria da intervenção com os resultados pretendidos. Desta forma identifica-se o nexó de causalidade, primordial para uma análise de efeitos quando existem elementos contextuais suficientes para influenciar o resultado.

Um modelo lógico implica em definir as etapas pelas quais os resultados da avaliação eventualmente levam (ou não) às consequências do interesse do pesquisador, ou seja, a construção das vias de influência para uma determinada avaliação. Pode-se desenhar o modelo com informações da literatura ou conhecimento de especialistas, ou ambos (MARK, 2011)

Hartz (2008), baseada na teoria da influência de Kirkhart e outros autores elaborou um modelo teórico de uso e influência da avaliação (Figura 2).

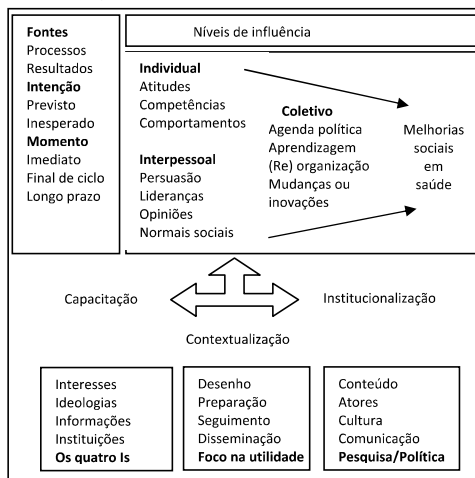


Figura 2. Modelo teórico de Hartz (2008) da influência da avaliação

Fonte: Hartz, 2008, p.332.

O modelo apresenta de forma sintética os níveis de influência apresentados anteriormente - o individual, o interpessoal e coletivo ou organizacional - com suas possíveis mudanças ligadas ao processo avaliativo. As dimensões analíticas são apresentadas à esquerda: fontes, intenção e momento da identificação da influência. Dependente do nível de capacitação em avaliação dos integrantes da organização ou do grau de institucionalização da avaliação e do contexto interno e externo, favorável ou não, os níveis de influência irão variar, bem como são dependentes dos elementos críticos para a influência da avaliação: os quatro Is, o foco da avaliação para a sua utilização e a interface entre a pesquisa e a política.

Os quatro Is foram abordados por Weiss (1999 *apud* HARTZ, 2008) como elementos críticos para a formulação de políticas baseadas na utilização de pesquisas e avaliações. Estes elementos relacionados a ideias, instituições e interesses permeiam a tomada de decisão, e podem ampliar ou limitar o uso de informações na política.

Além do interesse, o tempo e o momento em que a informação é disponibilizada, bem como a sua clareza nos relatórios favorecem a sua utilização. A ideologia, que é o sistema básico de valores e ideias sobre o tema, “filtra as oportunidades” de acordo com as convicções (HARTZ, 2008, p.331), associada ao I da instituição, que muitas vezes não possui canais efetivos de comunicação entre os resultados de pesquisa e os interessados diretos, completam os quatro elementos críticos para o uso ou influência da avaliação.

Outro modelo é apresentado por Figueiró et al (2012), adaptado de Hartz (2008). A autora inclui a circulação dos eventos associados ao processo da avaliação para mapear sua influência. Os eventos são acontecimentos capazes de provocar mudanças, podendo ser um experimento ou uma ação que traz consequências para a historicidade da intervenção. Eles provêm do movimento gerado entre os atores, essa circulação acaba por produzir inserções, que são os produtos materializados do conhecimento, por exemplo, documentos, normativas ou registros.

O modelo de Peck e Gorzalski (2009) para análise do uso e dos fatores que interferem no uso das avaliações utiliza os fatores citados nas revisões de literatura de Cousins e Leithwood (1986), Shulha e Cousins (1997) e Johnson et al (2009): características de

contexto, características individuais, características da avaliação. As medidas escolhidas foram os tipos de uso clássicos (instrumental, conceitual e simbólico) orientados pelos tipos de mudança pretendidos pela avaliação. A natureza das mudanças presentes nas recomendações da avaliação implicariam no tipo de uso alcançado (JOHNSTON, 1988 *apud* PECK E GORZALSKI, 2009), e essas mudanças seriam as organizacionais citadas por Downs (1967, *apud* Peck e Gorzalski, 2009): mudanças de comportamento (mudanças individuais dos atores da organização), mudanças na estrutura da organização (hierarquia, relações de poder), mudanças normativas (nas normas e práticas formais), e mudanças na missão da organização. Por fim os autores incluíram a temporalidade da influência da avaliação de Kirkhart (2000): imediato, fim de ciclo e longo prazo (Figura 3).

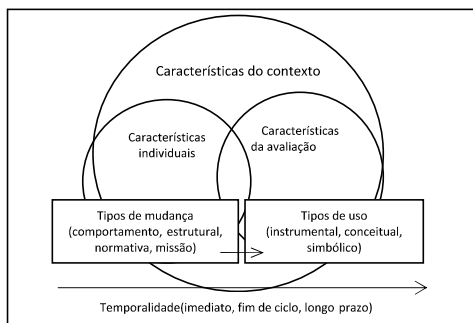


Figura 3. Modelo de Peck e Gorzalski (2009) para o uso de avaliação

Fonte: Peck e Gorzalski (2009)

### 3.4. A Avaliação da gestão da atenção básica: contexto político institucional

A existência de uma política de avaliação é elementar para interligar a prática avaliativa ao sistema organizacional, e nela devem estar elencados os propósitos da avaliação, os recursos a

serem destinados para as avaliações, as abordagens metodológicas, a localização das instâncias avaliativas e as relações entre a prática da avaliação e a sua utilização para a tomada de decisão. Ou seja, para institucionalizar a avaliação é preciso definir claramente as responsabilidades dos envolvidos na avaliação, de quem encomenda e de quem a faz, com isso há maior possibilidade de apropriação dos resultados e conhecimentos provenientes da avaliação e integração deles ao contexto institucional. Institucionalizar a avaliação significa “integrá-la em um sistema organizacional no qual esta seja capaz de influenciar o seu comportamento, [determinando um] um modelo orientado para a ação ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão” (HARTZ, 2002, p.419).

O interesse pela institucionalização da avaliação em saúde foi traduzido em um documento lançado pelo Ministério da Saúde, onde a intenção de colocar em prática a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação para a Atenção Básica foi explicitada (BRASIL, 2005). A justificativa para a definição de uma política para M&A é o caráter burocrático dos instrumentos até então existentes, que não se constituem em ferramenta para orientar as ações e como suporte para o processo decisório. A indução da institucionalização foi colocada como papel do gestor federal, e no momento inicial desse movimento a prioridade foi para a atenção básica e mais especificamente à Estratégia Saúde da Família, porém sem excluir a necessidade de uma política de avaliação mais ampla no contexto do SUS (BRASIL, 2005).

A avaliação, no sentido dado pelo Ministério da Saúde, tem como propósito dar suporte aos processos decisórios, subsidiar a identificação de problemas e reorientar as ações, avaliar a incorporação de novas práticas na rotina dos profissionais e o impacto das ações de saúde sobre o estado de saúde da população. A avaliação consiste também em um instrumento de negociação e formação das pessoas em sua rotina profissional (BRASIL, 2005, p.5).

#### 3.4.1. Política Nacional de Monitoramento e Avaliação para a Atenção Básica

O processo de discussão para a construção de uma Política Nacional de Monitoramento e Avaliação para o SUS teve dois eventos importantes para o seu avanço no ano de 2003: a criação

da Comissão de Avaliação da Atenção Básica e a realização de uma oficina sobre institucionalização da avaliação. A Comissão de avaliação da atenção básica foi composta por gestores e técnicos de diversos setores do Ministério da Saúde, do CONASS (Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e do CONASEMS (Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde). A oficina ocorreu durante o VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e contou com a participação de profissionais de instituições de ensino e pesquisa para o debate sobre institucionalização da avaliação (BRASIL, 2005).

O produto das ações desenvolvidas no período 2003 a 2005 foi a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação para a Atenção Básica (PNM&AAB). A política tem como imagem-objetivo a institucionalização da avaliação da atenção básica. Para atingir esse objetivo foram estipulados seis componentes para ação, são eles:

- Monitoramento e avaliação: para desenvolver atividades de M&A;
- Desenvolvimento da capacidade avaliativa: para fortalecer a capacidade técnica e operacional em M&A e qualificar o processo decisório nas três instâncias de gestão;
- Articulação sistemática e integração das ações: para desenvolver estratégias de atuação intersetorial e integração do M&A nas três instâncias de gestão;
- Cooperação técnica e articulação interinstitucional: para desenvolver estratégias de M&A envolvendo instituições de ensino e pesquisa e instâncias gestoras;
- Indução e gestão de estudos e pesquisas: para ampliar a produção de conhecimento em M&A e a sua incorporação pelo sistema de saúde;
- Produção de informação e comunicação, para publicizar as informações sobre M&A na atenção básica.

Para atingir os objetivos de cada componente, foram definidos alguns projetos estratégicos com focos de atuação nas instâncias federal, estadual e municipal e nas instituições de ensino e pesquisa (Figura 4).

As três esferas de governo são co-responsáveis no que se refere à avaliação da atenção básica, no entanto, o eixo estruturante para o desenvolvimento da PNM&AAB é o Projeto de Fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação (FCTMA), presente em cinco dos seis componentes da política. Outros componentes apresentam projetos estratégicos em comum, como, por exemplo, os Estudos de linha de base.



<b>Componente Monitoramento e avaliação</b>
<p><u>Projetos estratégicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aperfeiçoamento do Sistema de Informação da Atenção Básica;</li> <li>• Dinamização do Pacto de Indicadores da atenção básica;</li> <li>• Monitoramento da implantação do componente I do PROESF;</li> <li>• Construção do Monitor Atenção Básica;</li> <li>• Estudos de linha de base;</li> <li>• Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família;</li> <li>• Análise de indicadores de saúde segundo o grau de cobertura da Estratégia de Saúde da Família;</li> <li>• Fortalecimento da capacidade técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em monitoramento e avaliação.</li> </ul>
<b>Componente Desenvolvimento da capacidade avaliativa</b>
<p><u>Projetos estratégicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimento da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica do Ministério da Saúde;</li> <li>• Fortalecimento da capacidade técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em monitoramento e avaliação;</li> <li>• Estudos de linha de base;</li> <li>• Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família.</li> </ul>
<b>Componente Articulação sistemática e integração das ações</b>
<p><u>Projetos estratégicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Articulação e integração das ações no âmbito do Ministério da Saúde;</li> <li>• Fortalecimento da capacidade técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em monitoramento e avaliação.</li> </ul>
<b>Componente Cooperação técnica e articulação interinstitucional</b>
<p><u>Projetos estratégicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formação de rede de cooperação técnica em avaliação;</li> <li>• Cooperação técnica com instituição de referência em avaliação;</li> <li>• Fortalecimento da capacidade técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em monitoramento e avaliação.</li> </ul>
<b>Componente Indução e gestão de estudos e pesquisas</b>
<p><u>Projetos estratégicos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiamento e gestão de estudos e pesquisas avaliativas sobre atenção básica;</li> <li>• Estudos de linha de base ;</li> <li>• Meta-avaliação dos Estudos de linha de base ;</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimento da capacidade técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em monitoramento e avaliação.</li> </ul>
<b>Componente Produção de informação e comunicação</b>
<u>Projetos estratégicos:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Criação e manutenção do <i>site</i> da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica do Ministério da Saúde;</li> <li>• Publicações impressas;</li> <li>• Comunicação em eventos técnicos e científicos.</li> </ul>

Figura 4. Componentes e projetos estratégicos da PNM&AAB  
Fonte: Brasil, 2005. p.24.

### 3.4.2. Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica

O FCTMA tem como finalidade desenvolver uma cultura avaliativa nas Secretarias Estaduais de Saúde (SES), através de ações voltadas aos gestores estaduais e municipais. Os estados deveriam apresentar um plano estadual de M&A adequado aos critérios do projeto, com finalidade de reforçar o caráter formativo e pedagógico da avaliação, baseada na negociação e pactuação.

O projeto recebeu apoio financeiro através de empréstimo do Banco Mundial, por intermédio do Componente III do Projeto de Expansão e Consolidação da estratégia Saúde da Família – PROESF (BRASIL, 2005). O início da implantação do projeto ocorreu oficialmente pela Portaria GM/MS nº 5.888 que trazia a convocatória pública 01/2004. Os estados deveriam formular o seu plano de acordo com as diretrizes para elaboração do Plano Estadual e da Proposta Metodológica, apresentadas no documento Termo de Referência (TDR).

As vinte e sete Unidades Federadas elaboraram suas propostas iniciais, aprovadas pelos Conselhos Estaduais de Saúde e Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Posteriormente os planos estaduais foram aprovados pela comissão de avaliação do Ministério da Saúde e homologados pela Comissão Intergestores Tripartite. A habilitação dos estados foi publicada no Diário Oficial da União (DOU), na Portaria GM/MS nº 1.155 (26 estados) e na Portaria GM/MS nº 1.706 (Distrito Federal). As cartas de compromisso foram assinadas pelos gestores estaduais

em agosto de 2004. A figura 5 apresenta a linha do tempo desde a apresentação do TDR pelo Ministério da Saúde aos estados até a assinatura da carta de compromisso.

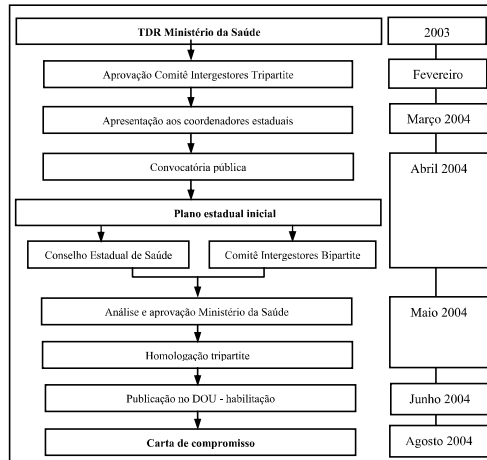


Figura 5. Linha do Tempo do Processo de Elaboração do Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica das SES em M&A da AB  
Fonte: Natal, 2006

Os estados incluíram o projeto no orçamento anual, com definição do planejamento de operações e de aquisições. Os recursos foram repassados após análise do planejamento pelo Ministério da Saúde e pelo Banco Mundial.

Na primeira etapa os estados deveriam contratar o Centro Colaborador para a elaboração da proposta metodológica e início das atividades para desenvolvimento da capacidade técnica em M&A da atenção básica. Na segunda etapa os estados implementaram a proposta metodológica desenvolvida na etapa anterior e aprovada pelo MS e BIRD. Apenas quatro estados brasileiros não apresentaram suas propostas metodológicas até o primeiro semestre de 2006.

O estado de Santa Catarina teve seu Plano Estadual para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da

Atenção Básica aprovado pela Portaria GM/MS nº 1.155, de 11 de junho de 2004.

A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES-SC) solicitou, por meio de edital, a manifestação de interesse para a contratação do centro colaborador para prestar o apoio técnico operacional à SES-SC, a fim de desenvolver a proposta metodológica referente ao Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica em Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica – componente III PROESF. A manifestação de interesse vencedora foi a da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A equipe fixa do Centro Colaborador foi composta por professores do Departamento de Saúde Pública (SPB) e do Departamento de Engenharia de Produção e Sistemas.

A construção da proposta metodológica teve início ainda no ano de 2004, com desenvolvimento conjunto entre a SES-SC e centro colaborador. A parceria institucional ocorreu nos anos de 2005 e 2006, e o produto foi a Avaliação da gestão municipal da atenção básica. Esse processo é descrito detalhadamente no Artigo 2.

#### 4. Metodologia

Estudo de caso único com dois níveis de análise do sistema de saúde (municipal e estadual), método misto, no período de 2006 a 2012 para meta-avaliar a intervenção “Avaliação da gestão da atenção básica” (AGAB), com foco na sua utilização.

As etapas percorridas na metodologia estão descritas a seguir (Figura 6).

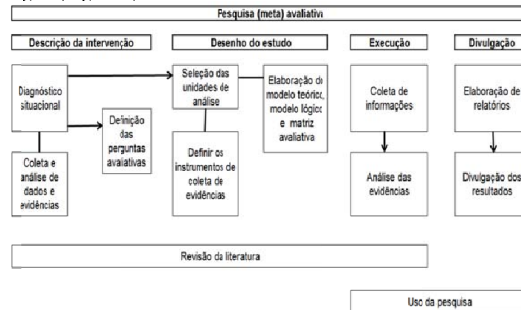


Figura 6. Etapas da metodologia.

##### 4.1 Descrição da intervenção

Foi realizado um diagnóstico situacional através da coleta de informações em documentos como relatórios, atas, e publicações relativas à intervenção. Incluiu também a análise dos dados provenientes dos resultados da AGAB referentes ao quadriênio 2008-2011, nos 293 municípios catarinenses. Esta etapa é detalhada no Artigo 2 e 3.

Após a descrição da intervenção foram definidas as perguntas avaliativas para este estudo:

- Quais os usos da Avaliação da gestão da atenção básica em Santa Catarina na gestão em saúde?
- Quais os fatores que interferem no uso da Avaliação da gestão da atenção básica em Santa Catarina na gestão em saúde?

##### 4.2 Desenho do estudo

#### 4.2.1 Seleção do caso

O caso é a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina e o objeto de estudo a Avaliação da gestão da atenção básica. A escolha de Santa Catarina foi justificada pela participação desse estado no Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, componente III do PROESF, e pelo seu resultado satisfatório na análise de implantação do mesmo projeto<sup>5</sup>. Além disso o estado possui um período de quatro anos ininterruptos de aplicação da avaliação aos municípios.

#### 4.2.2 Seleção das unidades de análise

O critério de inclusão do município foi o seu desempenho nas avaliações do período 2008 a 2011. Considerou-se que os municípios com melhores resultados no conjunto de indicadores apresentassem maior grau de utilização da avaliação. O critério de exclusão foi não apresentar um informante-chave na secretaria de saúde que houvesse participado da intervenção por no mínimo dois anos, o que permitiu excluir os casos em que a memória institucional apresentasse interrupções.

Para determinar o desempenho dos municípios foi considerado o resultado final, o resultado em cada dimensão da avaliação da SES, e a evolução do município no período.

Os municípios foram agrupados em quatro portes populacionais:

Porte 1: até 10 mil habitantes (n=172);

Porte 2: de 10 mil a 50 mil habitantes (n=94);

Porte 3: de 50 mil a 100 mil habitantes (n=15);

Porte 4: acima de 100 mil habitantes (n=12)

As categorias respeitaram as diferenças na estrutura e na organização da gestão da saúde dos municípios de pequeno, médio e grande porte do estado.

Para calcular o desempenho dos municípios, os indicadores foram convertidos para valores relativos em uma escala monótona crescente [0;1]. Os valores convertidos foram somados para identificar o desempenho em cada dimensão e o

---

<sup>5</sup> Alves et al (2010).

desempenho total de cada município, em cada um dos quatro anos analisados. Após, foi calculada, para cada município, a média dos quatro anos em cada dimensão e para o valor total - dados apresentados no Artigo 3. Também foi considerada a evolução do município no período, calculando a diferença observada no valor total entre os quatro anos e depois a média dos dois valores. Por fim, em cada estrato de porte populacional foram identificados os cinco municípios com as maiores médias de resultados e de evolução no quadriênio. Esse conjunto de 20 (vinte) municípios, mais a capital do estado, foi considerado como elegível ao estudo. Todos foram contatados em ordem decrescente de avaliação em cada estrato, até que se conseguisse um representante para compor a amostra da parte qualitativa do estudo.

#### 4.2.3. Elaboração do modelo teórico e lógico

O modelo teórico explicou o contexto em que a intervenção (AGAB) está inserida, e identificou os fatores externos que interferem nos objetivos esperados (Figura 7).

O MS e BIRD são importantes relações interinstitucionais no contexto externo. O primeiro foi responsável pela construção da PNM&AAB, e o segundo apoiou financeiramente a política. A PNM&AAB é uma estratégia para alcançar a institucionalização da avaliação no SUS e possui braços na instância estadual onde teve como objetivo de desenvolver a capacidade avaliativa das SES. Os projetos para desenvolver e fortalecer a capacidade em monitoramento e avaliação nos estados apresentavam como parceiros os centros colaboradores, preferencialmente instituições de ensino e pesquisa. O modelo lógico apresentou o projeto desenvolvido no estado de Santa Catarina, que desenvolveu uma proposta metodológica – Avaliação da Gestão da Atenção Básica – a fim de fortalecer a capacidade em M&A na secretaria estadual. As Secretarias Municipais de Saúde catarinenses também fizeram parte do processo para desenvolver sua capacidade avaliativa e melhorar a gestão da atenção básica. A utilização da avaliação permeou todo esse processo porque recebeu influência dos fatores contextuais e dos fatores inerentes à AGAB.

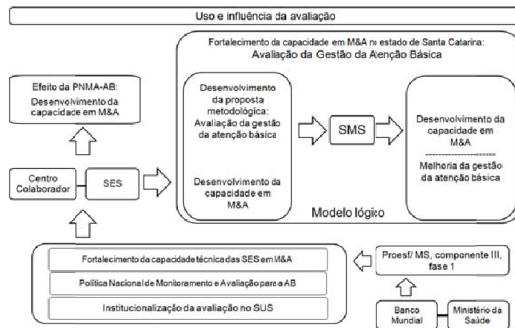


Figura 7. Modelo teórico da Avaliação da Gestão da Atenção Básica.

O modelo lógico baseado em objetivos apresentou os componentes da intervenção e seus respectivos objetivos de implantação, de curto, médio e longo prazo (Figura 8).

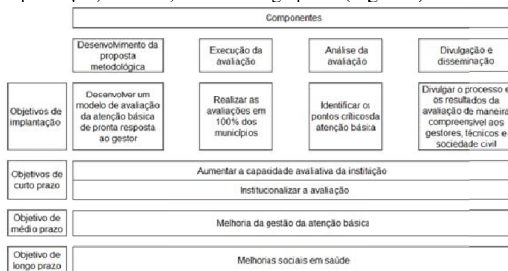


Figura 8. Modelo lógico baseado em objetivos da Avaliação da Gestão da Atenção Básica.

O modelo teórico de uso e influência da avaliação foi adaptado da proposta de Hartz (2008), e considerou as dimensões analíticas, os contextos e os modelos de uso e níveis de influência da avaliação (Figura 9).



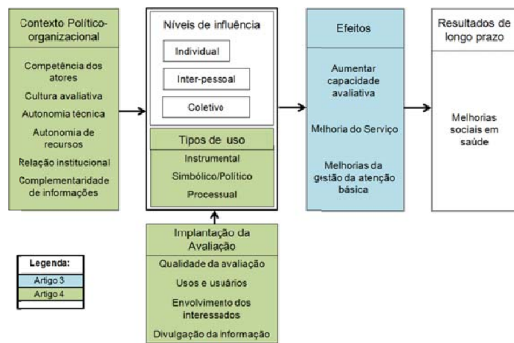


Figura 9. Modelo teórico de uso e influência da avaliação

Fonte: Adaptado de Hartz, 2008.

A matriz avaliativa foi construída a partir do modelo teórico de uso e influência da avaliação, e constituiu o meio de análise das evidências (Figura 10 e 11).

DIMENSÃO CONTEXTO POLÍTICO-ORGANIZACIONAL			
Características internas da organização do nível municipal e estadual e fatores situacionais que afetam o uso da avaliação.			
Categorias	Indicadores	Justificativa/ Rationale	
Competência dos atores	Formação em avaliação	A competência do avaliador é um fator importante para a utilização da avaliação. Competências são combinações de conhecimentos, habilidades e atitudes no desempenho profissional, dentro de determinado contexto organizacional.	
	Experiência em avaliação		
Cultura avaliativa na instituição	Existência de avaliação	A existência de uma avaliação e de uma equipe para desenvolver a atividade na secretaria de saúde é um indicio de que ela é considerada importante pela gestão. Indivíduos com acesso às lideranças conseguem mais facilmente apresentar os resultados e influenciar a tomada de decisão baseada na informação. A existência de um tempo para desenvolver a avaliação e a reserva de um momento para discussão sobre o processo estimula a reflexão e o pensar avaliativo.	
	Equipe para avaliação		
	Acesso às lideranças políticas		
	Tempo reservado para avaliação		
Autonomia técnica	Tempo reservado para discussão	Adequação da matriz	
	Alteração de indicadores		Apropriação dos conceitos de avaliação e sua aplicação segundo as prioridades locais e capacidade de propor e realizar ações ou soluções, com ou sem a assessoria técnica.
	Definição de novos parâmetros		
Autonomia de recursos	Infra estrutura	A autonomia de recursos próprios ou a possibilidade de remanejar o orçamento para áreas identificadas como críticas são formas de garantir a continuidade do processo e determinam a sua importância na instituição.	
	Recursos financeiros		
	Flexibilidade do orçamento		
Relação institucional	Interinstitucional	Boas relações institucionais estabelecem parcerias e confiança entre as esferas políticas e reduzem o nível de conflito.	
	Intra-institucional		
Complementaridade	Existência de fontes de informação para decisão	A existência de outras fontes de informação para uso nas decisões poderá induzir o uso da avaliação.	

Figura 10. Matriz avaliativa: dimensão contexto político-organizacional.

DIMENSÃO IMPLANTAÇÃO DA AVALIAÇÃO		
Fatores relativos à avaliação que interferem no uso.		
Categorias	Indicadores	Justificativa/ Rationale
Qualidade da avaliação	Utilidade	A qualidade da avaliação dá credibilidade aos achados. Utilidade é a identificação e atendimento às necessidades de informação dos interessados; viabilidade é a produção de informações de valor significativo de forma que justifique a realização da avaliação; propriedade é a condução da avaliação de acordo com preceitos éticos para que os envolvidos não se sintam ameaçados ou prejudicados; acurácia é a transmissão das informações aos interessados em tempo hábil e com validade.
	Viabilidade	
	Propriedade	
	Acurácia	
Usos e usuários	Definição dos usos	A identificação dos usos pretendidos e dos usuários da avaliação é anterior ao início da avaliação para que seja conduzida a fim de favorecê-los.
	Definição dos usuários	
Envolvimento dos interessados	Definição do objeto da avaliação	Os interessados e usuários previstos são incluídos no processo para se apropriarem da avaliação e reforçar os usos determinados em cada etapa: definição do objeto/ desenho da avaliação, definição de indicadores e parâmetros, coleta de dados, análise de dados, determinação juízo de valor, divulgação do resultado.
	Indicadores e parâmetros	
	Coleta de dados	
	Análise de dados	
	Determinação do juízo de valor	
Divulgação do resultado		
Divulgação da informação	Tradução do conteúdo	A divulgação dos achados da avaliação deve ter linguagem e conteúdo fácil de entender para os diferentes públicos, acesso irrestrito, e ocorrer em diversos momentos, não somente após concluído o processo.
	Meio de divulgação	
	Momento	

Figura 11. Matriz avaliativa: dimensão implantação da avaliação.

### 4.3. Coleta e análise de evidências

As evidências foram obtidas através de entrevistas do tipo semiestruturada, registradas por gravação em áudio com a anuência do entrevistado.

A entrevista semiestruturada foi realizada a partir de um roteiro com o conteúdo a ser explorado. O roteiro utilizado tanto para as entrevistas no estado quanto nos municípios foi criado a partir das dimensões, categorias e indicadores, de forma que

todas as perguntas apresentavam correspondência para algum componente da matriz (Apêndice 3).

Os entrevistados ou informantes-chave eram os responsáveis pela gestão da saúde no estado e no município, técnicos ou profissionais da secretaria de saúde que participaram da intervenção de alguma forma. Em cada município foi definido um número mínimo de três informantes-chave.

A identificação dos entrevistados no caso SES/ SC foi realizada durante a análise dos documentos no diagnóstico situacional. Nos municípios o informante-chave foi indicado pelo gestor ou pelo responsável pela atenção básica. Quando foi necessário complementar as evidências, o pesquisador teve a liberdade de solicitar ao entrevistado outros informantes. Nos casos de recusa do entrevistado, outro contato era solicitado ao gestor. A recusa do novo contato implicaria a exclusão do município e inclusão de outro município, conforme os critérios de inclusão e exclusão de casos.

Para realizar as entrevistas, os gestores municipais foram contatados por telefone, o pesquisador apresentou a pesquisa e foi solicitado ao gestor ou a outro responsável a indicação de pessoas que participaram do processo da AGAB no município. Um novo contato telefônico foi realizado para a confirmação da participação do informante-chave, a pesquisa novamente foi apresentada pelo pesquisador, as dúvidas foram respondidas e a visita do pesquisador ao município foi agendada em dia e horário definido pelo entrevistado. O mesmo processo foi realizado para entrar em contato com a SES/ SC, com sede na capital do estado, município de Florianópolis.

A pesquisa foi apresentada aos entrevistados, seguida da leitura do termo de consentimento livre e esclarecido e da leitura do termo de consentimento para a gravação em áudio (Apêndice 2). Caso aceitasse participar da pesquisa, o participante assinava seu nome em ambos os documentos, permanecendo com uma cópia de cada.

Para a análise do material proveniente das entrevistas foi utilizada a técnica de análise de conteúdo com as categorias de análise pré-definidas pelas dimensões, categorias e indicadores da matriz (Figura 10). Todas as entrevistas foram transcritas pelo pesquisador e organizadas segundo os locais de coleta para posteriormente as evidências preencherem a matriz de análise. O

detalhamento da coleta e análise das entrevistas está descrito no Artigo 4.

#### **4.4. Divulgação dos resultados**

A apresentação dos resultados para a comunidade acadêmica ocorreu por meio de artigos científicos, publicados em periódicos da área de Avaliação e de Saúde Coletiva:

Artigo 1: Revisão da literatura do uso e influência da avaliação e modelo teórico aplicado à gestão da atenção básica (Revista Cadernos de Saúde Coletiva).

Artigo 2: A experiência da Avaliação da gestão da atenção básica em Santa Catarina: construção, desenvolvimento e quatro anos de aplicação (Revista Atenção Primária em Saúde – APS).

Artigo 3: Desenvolvimento da capacidade avaliativa na gestão da atenção básica: um estudo de caso exemplar em Santa Catarina de 2008 a 2011 (Revista Cadernos de Saúde Pública).

Artigo 4: O uso de uma avaliação segundo os gestores da atenção básica no sul do Brasil (Revista Ciência e Saúde Coletiva).

O órgão financiador do projeto solicitou relatório final e prestação de contas dos gastos efetuados. Todos os relatórios e demais documentos solicitados foram entregues no prazo previsto.

## 5. Aspectos éticos

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, de acordo com as normas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sob o número 2.424, em 13 de dezembro de 2011 (Apêndice 1).

A instituição parceira deste projeto é a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. O termo de anuência foi solicitado ao responsável pela Gerência de Coordenação da Atenção Básica, o qual consentiu por meio de assinatura do mesmo.

Os informantes vinculados aos municípios, bem como à gestão estadual de saúde, não foram obrigados a participar da pesquisa e foram informados de que, a qualquer momento, poderiam suspender sua participação. No caso de suspensão da participação, o informante ou o município foram substituídos por outro com as mesmas condições, de acordo com os critérios de inclusão da pesquisa.

A pesquisa não ofereceu riscos aos participantes por ser um estudo descritivo; as entrevistas do tipo semiestruturada não apresentavam perguntas sobre a vida privada dos participantes, elas envolveram questões sobre dados institucionais. A pesquisa foi apresentada aos informantes, seguida da leitura do termo de consentimento livre e esclarecido e da leitura do termo de consentimento para a utilização das evidências gravadas em áudio. Foi solicitada a assinatura do participante nos dois documentos, ficando este com uma cópia de cada documento.

Para garantir o sigilo das informações, os documentos assinados e o material proveniente da coleta primária foram armazenados em um banco de dados com acesso somente pela equipe de pesquisa.



## 7. Limitações do estudo

Determinar o uso e influência de avaliações é por si só um desafio para os pesquisadores. Não existe um método recomendado na literatura para esse tipo de estudo das avaliações, bem como um critério objetivo para determinar a sua extensão (BALTHASAR, 2009) ao contrário, as metodologias apresentadas são diversas. A identificação dos usos e influências da avaliação é uma tarefa árdua porque eles muitas vezes não ocorrem de forma consciente ou ordenada, principalmente aqueles indiretos em um período de médio a longo prazo.

A escolha da metodologia deste estudo baseou-se no seu objetivo: identificar o uso da avaliação conforme a visão dos atores que participaram em algum momento do processo avaliativo. A abordagem qualitativa foi escolhida por possibilitar um caráter exploratório e permitir o aprofundamento no tema. Para a coleta das evidências foi escolhida a entrevista semiestruturada, que dá liberdade ao entrevistado para relatar o seu ponto de vista ao mesmo tempo em que o pesquisador tem o papel de evitar as “fugas” do tema utilizando o roteiro de entrevista (BRITTEN, 2005).

O pesquisador deve delimitar e conceituar previamente os possíveis usos e influências derivados da avaliação. Os tipos de utilização previstos para este estudo foram explorados no texto através da revisão de literatura, e posteriormente foram inseridos na matriz de avaliação e indicados no roteiro de entrevista.

As questões foram respondidas pelo ponto de vista de atores envolvidos na avaliação e indicados pelo gestor, isso pode causar uma superestimação dos usos nas entrevistas com os responsáveis diretos pela avaliação, ou subestimar devido às divergências políticas, por exemplo, que podem estar presentes entre os atores entrevistados e os responsáveis pela avaliação. Outro fator a ser considerado está ligado às diferentes definições de avaliação entre os entrevistados (BAUGHMAN, BOYD e FRANZ, 2012).

Para amenizar esses vieses, o pesquisador incluiu alguns pontos em seu roteiro de entrevista para identificar a definição de avaliação do entrevistado e a sua relação com ela e com os seus responsáveis. A seleção de mais de um entrevistado em cada unidade de análise também aumenta a validade interna do estudo,



e é relatada na literatura como uma boa opção (LEDERMAN, 2012; YIN, 2010; BALTHASAR, 2009).

Aferir a relação causa-efeito após longo tempo decorrido desde o término da avaliação, a dificuldade de determinar o quanto a avaliação realmente influenciou uma decisão e quais os usos/ influências foram decorrentes daquele evento são primordiais para a validade interna do estudo. Em estudos que utilizam evidências qualitativas a relação causal não pode ser comprovada por probabilidades, o uso de análise lógica por meio de modelos facilita a identificação das vias de causalidade, ou ainda, identifica a inadequação da intervenção para alcançar o objetivo descrito (BROUSSELLE, CONTANDRIOPOULOS E LEMIRE, 2009). Optou-se pela definição de um número pequeno de unidades para possibilitar o profundo conhecimento de cada uma, inclusive de seus mecanismos de contexto.

## 8. Resultados

### **Artigo 1: Revisão da literatura do uso e influência da avaliação e modelo teórico aplicado à gestão da atenção básica.**

#### Resumo

O artigo teve como objetivo revisar sistematicamente a literatura de uso/ influência da avaliação, complementada por uma revisão narrativa no campo da saúde. Utilizaram-se os termos: “evaluation use”; “evaluation utilization”; “evaluation influence”, nos anos 2008 a 2012, nas bases de dados EBSCO, PubMed PMC, SageJournals, Scielo, Science Direct, Sciverse Hub, Scopus, Springer Link e Willey. A seleção pelo resumo e texto completo seguiu os critérios: apresentar claramente a metodologia de coleta e análise dos dados; utilizar pelo menos uma variável correspondente ao uso; arcabouço teórico condizente. O plano de análise comportou as variáveis: ano de publicação, abordagem da metodologia, tipos de uso, fatores que o favorecem – relacionados à avaliação, organizacionais e individuais – e principais achados. A busca retornou 5.772 artigos, 25 foram sistematizados. Dezenove artigos eram empíricos e o restante teórico, 4 apresentavam modelos. Predominaram publicações das áreas de educação e administração, os autores em sua maioria eram de instituições norte-americanas. Cinco artigos utilizaram abordagem qualitativa e seis a quantitativa, três apresentaram metodologia mista. O uso mais investigado foi o instrumental e o conceitual, todos os resultados citaram fatores relacionados à avaliação que favorecem a utilização. A leitura dos artigos demonstrou a escassez de estudos empíricos e modelos teóricos, o que levou à necessidade de ampliar a revisão na área da saúde em um formato não sistemático. O modelo teórico pretende tornar a análise mais completa e adequada ao contexto da gestão da atenção básica, e converge com os achados na revisão da literatura.

Avaliação, Utilização, Estudos de avaliação

### Introdução

Transformar o julgamento de valor decorrente da avaliação em uma ação não é um processo automático e simples e desde meados da década de 1970 autores dedicam-se a estudar o assunto. Os conceitos evoluíram, dentre eles a idéia de que a avaliação por si traz consequências importantes para os envolvidos e é útil mesmo antes de finalizada. Além das decisões, a avaliação pode influenciar de forma indireta as pessoas, ordenar mudanças organizacionais ou compor uma propaganda para beneficiar a imagem da gestão<sup>1-5</sup>.

Os tipos de consequências da avaliação distinguem-se entre uso direto ou instrumental - uma ação direta, como a escolha de uma política ou a modificação de um programa; uso conceitual ou enlightenment - mudanças na maneira de pensar, como por exemplo, ampliar a perspectiva do programa para além do nível local; uso simbólico ou político - para ratificar decisões já tomadas<sup>6</sup>; uso processual - as consequências advêm da participação no processo avaliativo<sup>7</sup>; influência - para além do uso delimitado em um espaço e tempo pré-determinado<sup>8,9</sup>; e uso potencial - características e organização da avaliação voltadas à sua utilização<sup>10</sup>.

Três importantes revisões de literatura sobre o uso de avaliações foram publicadas, incluindo artigos empíricos publicados entre 1971 e 1985<sup>11</sup>, com análise dos artigos teóricos e empíricos no período de 1986 a 1997<sup>12</sup>, e mais recentemente, utilizando estudos empíricos publicados em artigos científicos, capítulos de livros, dissertações e teses, de 1986 a 2005<sup>13</sup>.

Em 1986, os resultados destacavam a importância do método empregado pelo avaliador, frequentemente externo e com única responsabilidade de conduzir o processo e apresentar os resultados<sup>12</sup>. O surgimento de novas concepções de avaliação transformou o cenário das pesquisas sobre utilização, observando-se diversificação do papel do avaliador, aumento da importância das características contextuais para compreender e explicar o uso, inclusão de interessados no processo avaliativo, identificação do uso processual, expansão de concepções do uso individual para o nível organizacional, e possibilidade de usos não previstos, indiretos e a médio e longo prazo<sup>13</sup>.

As consequências das avaliações são influenciadas pelos fatores relacionados com o processo avaliativo: a sua qualidade, credibilidade, relevância, comunicação e os resultados

encontrados; e também com as características de tomada de decisão e formulação de políticas: a necessidade da informação, o clima político, a competição de informações, e as características individuais dos responsáveis pela decisão<sup>11</sup>

A competência do avaliador é um fator relacionado ao processo avaliativo incluído na última revisão da literatura<sup>13</sup>, referindo-se às características individuais e reputação de quem avalia, o mesmo para a participação dos interessados, o comprometimento e receptividade, a qualidade da comunicação avaliador-avaliado, o envolvimento direto e em diversas fases do processo, entendimento dos resultados da avaliação, relevância e necessidade da informação<sup>13</sup>.

Estudos empíricos são úteis para verificar hipóteses e identificar fatores contextuais que interferem nas consequências da avaliação, porém o desenho de tais pesquisas é um trabalho árduo, dada a variedade dos fatores envolvidos<sup>11,13</sup> e a dificuldade de responder certas questões metodológicas, tais como: a utilização verificada foi devido à avaliação ou por outro motivo? Como medir esse efeito ou como diferenciar o relato feito pelos entrevistados e o uso propriamente dito?

A construção de modelos teóricos é útil para resolver tais questões porque fornece um desenho da intervenção e analisa a coerência da sua teoria com os resultados pretendidos. Desta forma, identifica-se o nexos de causalidade, primordial para uma análise de efeitos quando existem elementos contextuais suficientes para influenciar o resultado<sup>14</sup>. Apesar da adequação para a pesquisa de uso e influência, poucos autores na área da saúde<sup>15,16</sup> utilizam a metodologia em suas pesquisas.

Diante do déficit de revisões de literatura e de modelos teóricos nessa área, este artigo tem o objetivo de sistematizar a literatura sobre as consequências da avaliação no âmbito geral, complementada de uma revisão narrativa não sistemática específica do campo da saúde, para ser o ponto de partida de definição de um modelo teórico de uso e influência aplicado à atenção básica.

### Metodologia

A pesquisa de artigos científicos foi realizada com os termos: “evaluation use”; “evaluation utilization”; “evaluation influence” em palavras-chave, título e resumo, nas bases EBSCO, PubMed PMC, Sage Journals, Scielo Public Health, Science

Direct, Sciverse Hub, Scopus, Springer Link e Willey, em inglês e português, sem seleção de país de origem, no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012. Relatórios técnicos, capítulos de livros, teses e dissertações não foram incluídos. A busca totalizou 5.772 artigos, permanecendo 172 para a leitura após exclusão dos artigos duplicados e dos considerados como irrelevantes a partir do título.

A seleção dos artigos pelo resumo e texto completo observou os itens: (a) apresentar claramente a metodologia de coleta e análise dos dados; (b) utilizar pelo menos uma variável correspondente à utilização da avaliação; (c) arcabouço teórico condizente com o objeto de estudo. Portanto as publicações com os seguintes temas foram excluídas: abordagens avaliativas focadas na utilização ou participativas, revisão de literatura das metodologias para análise de uso e influência, utilização de avaliação de tecnologias em saúde, formulação de políticas baseada em evidência, transferência ou troca de conhecimento (knowledge exchange), aprendizagem organizacional e desenvolvimento de capacidade avaliativa.

Após a leitura do resumo e texto completo vinte e cinco artigos se adequaram aos critérios de inclusão e exclusão para a sistematização dos achados. Dentre esses, aplicou-se a divisão em 'empírico', quando apresentavam a descrição de um modelo analítico ou realizavam pesquisa envolvendo coleta e análise de dados e 'teórico', quando apresentavam revisão da bibliografia ou discussão conceitual.

As variáveis autor, ano de publicação, abordagem da metodologia, tipos e fatores que interferem no uso e influência da avaliação compuseram o plano de análise. A descrição dos fatores interferentes no uso e influência da avaliação ocorreu conforme três aspectos: vinculados à avaliação, à estrutura organizacional e individuais ou humanos.

### Resultados

Dos vinte e cinco artigos selecionados, seis eram teóricos e dezenove empíricos. O ano de 2012 apresentou o maior número de artigos selecionados (nove), seguido de 2011 (sete), 2008, e 2009 com quatro e cinco, respectivamente. Quanto ao país de vinculação dos autores, doze artigos apresentaram autoria de pesquisadores norte-americanos. Predominou artigos publicados em revistas especializadas em avaliação e nas áreas de educação e

de administração pública, relativa à área da saúde somente uma publicação foi incluída na sistematização. O quadro 1 apresenta os artigos empíricos.

O tipo de uso mais investigado foi o instrumental, seguido do conceitual. Quanto à abordagem da metodologia, sete eram qualitativos, oito quantitativos e quatro com método misto. Os estudos qualitativos eram em sua maioria estudos de caso, com coleta de informações por entrevistas semiestruturadas ou grupo focal. Os quantitativos utilizaram entrevistas estruturadas (questionários com perguntas fechadas), aplicadas diretamente ao entrevistado ou por correio eletrônico, e os de abordagem mista caracterizaram-se pela aplicação de entrevistas semiestruturadas para complementar os achados quantitativos.

Ref.	Autor	Ano	Abordagem metodológica	Tipo de consequência analisada
20	Fleischer, Christie, LaVelle	2008	Quantitativo	Processual
21	Vine	2008	Qualitativo	Conceitual e Instrumental
4	Visscher	2009	Misto	Conceitual e Instrumental
1	Balthasar	2009	Quantitativo	Conceitual, Instrumental, Simbólico e Processual e Outros
22	Fleischer e Christie	2009	Quantitativo	Outros
19	Peck e Gorzalski	2009	Misto	Conceitual e Instrumental
23	Schildkamp e Visscher	2009	Misto	Instrumental
24	Eckerd e Moulton	2011	Quantitativo	Conceitual, Instrumental, Simbólico
25	Hanberger	2011	Qualitativo	Instrumental
26	Jacobson et al	2011	Qualitativo	Instrumental
27	Van-Landinghan	2011	Quantitativo	Instrumental
30	Appleton-Dyer	2012	Qualitativo	Influência
2	Baughman, Boyd, Franz	2012	Quantitativo	Conceitual, Instrumental, Simbólico, Processual e Outros
16	Figueiró et al	2012	Qualitativo	Conceitual, Instrumental, Simbólico e Influência
3	Ledermann	2012	Qualitativo	Instrumental
5	Ridde, Goossens, Shakir	2012	Qualitativo	Instrumental
31	Mayhew	2012	Quantitativo	Instrumental
32	McDavid e Huse	2012	Misto	Instrumental
33	Tochot, Junpeng, Maknee	2012	Quantitativo	Conceitual, Instrumental, Simbólico e Outros

Quadro 1. Artigos empíricos da revisão sistemática.

A participação ativa dos interessados na avaliação é o fator que apresenta concordância entre os autores<sup>1,4,19,22,26,27</sup> e envolve a responsabilização pelos resultados, identificação prévia de prioridades e usos, proximidade entre avaliador e interessados, credibilidade da avaliação e relevância dos resultados. A

importância da participação dos interessados é corroborada pelos achados sobre o uso imposto<sup>18</sup>, quando a utilização dos relatórios de avaliação é obrigatória para iniciar ou continuar recebendo o financiamento, isso torna o processo burocrático, fazendo com que os decisores não reconheçam a importância da avaliação e não desenvolvam a crítica e o pensar avaliativo.

É papel do avaliador planejar os possíveis usos da avaliação, dando prioridade para aqueles destacados pelos interessados, comunicar sobre o processo e os resultados da avaliação de forma clara, objetiva e em linguagem adequada<sup>20</sup>. A disseminação de relatórios parciais é citada<sup>22</sup> como um momento para chamar os envolvidos para a reflexão e despertar a consciência crítica sobre o acontecimento, também permite com que outros atores ainda não envolvidos passem a se interessar e tornarem-se ativos. A retroalimentação realizada informalmente e presencial contribui mais para as conseqüências da avaliação do que a distribuição de relatórios escritos<sup>21</sup>, em situações onde não é possível organizar uma reunião, conferência ou workshop, o avaliador ao mínimo deve traduzir as informações para uma linguagem adequada aos leitores, o uso de figuras e gráficos é recomendado pela facilidade de entendimento e maior rapidez de interpretação<sup>26</sup>.

A inclusão da avaliação em processos organizacionais em curso é uma estratégia para que ela não se torne uma tarefa sem propósitos e independente da rotina dos atores envolvidos. Dessa forma os indivíduos desenvolvem o processo avaliativo em conjunto com suas atribuições<sup>20, 22</sup>. Uma equipe de avaliação interna e com reconhecimento na organização, a presença de especialistas consultores com capacidade de negociação, habilidades didáticas e conhecimento da cultura e do contexto local<sup>5</sup> dão credibilidade ao processo. A convergência com a necessidade de informação dos atores<sup>1,4,21,23,26</sup>, demonstração de benefícios e custos, equilíbrio de poder entre as partes interessadas<sup>22</sup>, e aproveitamento da janela de decisão para a divulgação de resultados<sup>25</sup> são citados como facilitadores do uso.

Algumas recomendações da avaliação não são seguidas devido à falta de objetividade, à ausência de metas factíveis que levem em conta as necessidades dos interessados como, por exemplo, a missão da organização, e não extrapolem os recursos para o seu cumprimento<sup>21-27</sup>. Junto ao plano de ação definido, o acompanhamento pelo avaliador da equipe de trabalho no pós-

avaliação<sup>5,19,22</sup> motiva a mudança e dá segurança aos atores no desenvolvimento das ações pactuadas, também gera uma pressão para a continuidade do processo.

Não há convergência para determinar se o tipo de avaliação influencia no tipo de utilização. Avaliações somativas e externas podem favorecer o uso simbólico e não o uso instrumental<sup>1</sup>, o mesmo ocorre nas avaliações de resultados ou de impacto<sup>2</sup>. Por outro lado, o financiamento externo unido à avaliação de impacto favorece o uso instrumental<sup>25</sup>, provavelmente pelo nível de pressão para mudança, pois quando uma agência externa realiza ou financia a avaliação muitas vezes a organização sente-se mais pressionada a utilizar essas informações, ou mesmo é obrigada a tal para continuar com o apoio de recursos. A importância da pressão e do conflito no contexto da avaliação foi analisada em um dos artigos. O resultado demonstrou que em um contexto político de baixa pressão para mudança e baixo nível de conflito, a qualidade e a inovação são importantes para a utilização, já nos casos onde há alta pressão para mudança, independente do nível de conflito existente, essa percepção não é relevante para a utilização<sup>3</sup>.

A necessidade de prestação de contas, existência de metas de desempenho, dependência de incentivos externos e necessidade de legitimação são características organizacionais identificadas para favorecer a utilização<sup>21,24</sup>. Além dessa cobrança administrativa, a garantia de equipe específica para tarefas de avaliação, a existência de recursos extra, o incentivo dado aos envolvidos para implementar ações<sup>4,19,23</sup> são citados. Capacidade de inovação da organização<sup>4</sup>, criação de espaços de discussões com inserção de novas figuras através de redes de trabalho<sup>26,27</sup>, inexistência de constrangimentos políticos e rivalidades<sup>5,26</sup> proporcionam um ambiente de liberdade para deliberações e mudanças<sup>25</sup>. A história da organização na realização de avaliações anteriores é relevante no grau de utilização, pois garante uma capacidade política e técnica. A ausência de competição com projetos paralelos que demandem o mesmo tempo e recursos garante a exclusividade do foco na avaliação<sup>5</sup>.

Os aspectos individuais ou humanos envolvem motivação, atitude positiva, comprometimento pessoal com a avaliação ou o programa, pouca resistência à mudanças e valorização da informação<sup>4,21</sup>. A apropriação dos resultados e a confiança na melhoria da qualidade das ações refletem em maior utilização dos



resultados<sup>19,23</sup>. Claro está também que, dado o senso de empoderamento, a continuidade dos atores envolvidos na avaliação e na implementação das ações posteriores à ela auxiliam a colocar em prática as recomendações, assim como a continuidade de gestão<sup>27</sup>. A utilização é tão maior quanto a necessidade de mudança percebida pelo indivíduo, diante de um futuro incerto busca-se uma indicação, situação semelhante ocorre quando a pouca experiência na tomada de decisões leva ao uso de ferramentas mais concretas do que a opinião própria do gestor ou de sua equipe<sup>26</sup>. Alguns estudos relacionam uma maior carga horária de trabalho e o excesso de responsabilidade com utilização<sup>2,26</sup>.

Quatro dos seis artigos teóricos são de 2011 e 2012. Dois artigos tratam do conceito de influência da avaliação e da sua aplicação nas análises em contextos múltiplos. Influência é a capacidade de produzir efeitos sobre os outros através de meios intangíveis ou indiretos. A teoria apresenta as dimensões de fonte (elemento ou momento que gerou a influência), tempo (quando ocorreu), e intenção (influência prevista ou não prevista)<sup>6,8</sup>. Outro artigo<sup>17</sup> abordou a interação entre os modelos de avaliação, o contexto político e o grau de utilização da avaliação. Outra publicação tratou do uso imposto, que ocorre quando as pessoas são obrigadas, ou acreditam que são, a usar os resultados de avaliação<sup>18</sup>. Por exemplo, diante da existência de uma lista de ações aprovadas para um determinado programa, o decisor é pressionado a escolher uma delas para implantar e continuar a receber financiamento.

Os artigos teóricos<sup>6,8,17</sup> trazem à discussão dois pontos: a utilização mais abrangente do processo e dos resultados da avaliação, denominado influência, e o papel da comunicação e da política nas tomadas de decisão baseadas em informação. Este último converge com os estudos sobre a transferência de conhecimento e uso de evidências na definição de políticas públicas<sup>14,28</sup>. Essa literatura afirma que a interação entre a arena política e a científica são determinantes na utilização da informação<sup>14</sup>. Os estudos da área de ciências políticas deixam à margem a qualidade da informação e sua divulgação e colocam no centro o cenário político, onde a concorrência entre fontes de informação para garantir a atenção do gestor faz com que os grupos de interesse e seu lobby sejam decisivos no uso de evidências<sup>17</sup>. Na arena política um grupo de pessoas é

responsável por tomar as decisões sobre determinado assunto que sofre interferência de grupos externos, por exemplo, a indústria de medicamentos, usuários do sistema de saúde, organizações de pacientes de determinado agravo de saúde. Portanto, a transferência de conhecimento e a escolha de sua utilização passam pelo nível coletivo, onde diversos atores com interesses e ideologias diferentes concorrem para afirmar o seu ponto de vista. Quanto mais polarizada esta situação, menos racional e mais político torna-se o debate, uma vez que certos atores tentam impor suas escolhas que não necessariamente são as mais acertadas<sup>17</sup>.

Nos estudos aqui analisados as variáveis geralmente se resumiram em identificar as necessidades dos interessados e seu cumprimento; os tipos de uso e fatores que nele interferem – os internos, vinculados ao processo avaliativo e os externos, ou contexto<sup>9,13</sup>. Quatro estudos<sup>1,16,19,30</sup> apresentam modelo analítico de uso e influência da avaliação. Destes, três baseiam-se nos estudos prévios<sup>11-13</sup> para compor os elementos do modelo de análise. Um dos modelos descritos<sup>16</sup> e sua base de construção<sup>15</sup> está descrito neste artigo como uma alternativa de verificar o uso / influência da avaliação no contexto da atenção básica (Figura 1).

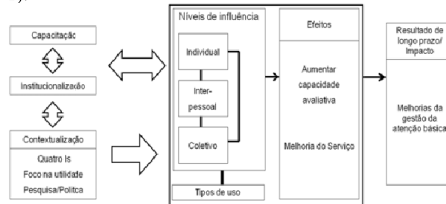


Figura 1. Modelo teórico para avaliar uso da avaliação na atenção básica.

Fonte: Hartz, 2008<sup>15</sup>; Figueiró, 2012<sup>16</sup>.

Os componentes do modelo são: contextualização, capacitação, institucionalização, níveis de influência e tipos de uso, e efeitos esperados.

A *Contextualização* refere-se às ideias, instituições, informação e interesse (os quatro Is) que permeiam a tomada de decisão e podem ampliar ou limitar a utilização de avaliações<sup>15</sup>. A ideologia é o sistema básico de valores e ideias, as

oportunidades são filtradas de acordo com as convicções e as metas da instituição<sup>15</sup>. As instituições são diferentes na sua cultura, que envolve a forma de pensar, perceber e reagir. Elas têm seus próprios valores e bases de conhecimento, que definem a sua cultura organizacional, expressas nas normas de trabalho, na disciplina e hierarquização de cargos, manifestações da cultura organizacional incluem formas culturais – como rotinas, arranjos físicos, histórias organizacionais e jargões –, práticas formais – estruturas hierárquicas, organização formal de pessoas e espaços –, práticas informais como as normas e conteúdo, como crenças, suposições ou valores<sup>8</sup>. A existência de canais efetivos de comunicação na instituição, o grau de detalhamento condizente com as necessidades dos interessados, divulgação acessível e irrestrita preferencialmente em um momento de janela de decisão estão relacionados ao elemento da informação no modelo<sup>1,4,21</sup>. O interesse é um fator político, os usuários em potencial são dinâmicos quanto à percepção dos benefícios e custos das escolhas, o equilíbrio de poder entre os atores permeáveis à mudança e os grupos contrários é um objetivo complexo de se atingir, principalmente em contextos de grande polarização ou disputa política<sup>17,22</sup>.

São características relevantes da avaliação: o planejamento dos usos e da comunicação dos resultados, a identificação e envolvimento dos interessados enfatizando a abordagem participativa da avaliação, a priorização dos usos identificados pelos interessados, o detalhamento da informação condizente com as suas necessidades, a divulgação no momento certo com formato e linguagem acessível; elas constituem o elemento avaliação com foco na utilidade. A interface pesquisa-política remete à aproximação entre os campos de produção de conhecimento e de formulação e implantação de políticas. Quanto maior a interação mais oportunidades são criadas para o uso de evidências na gestão.

A *Capacitação e Institucionalização* refere-se ao fato de a capacidade técnica e o grau de institucionalização se retroalimentarem. Instituições com processos avaliativos rotinizados apresentam maior capacidade técnica e isso influenciará positivamente uma decisão baseada na informação<sup>29</sup>.

Os *Níveis de influência e tipos de uso* estão incorporados como conceitos complementares a fim de ampliar o foco das consequências da avaliação. Os tipos clássicos instrumental,

conceitual e simbólico são combinados com a teoria da influência e seus níveis (individual, interpessoal e coletivo) e dimensões (fonte, intenção e tempo)<sup>6</sup>.

O modelo teórico é voltado à gestão da atenção básica, portanto os efeitos e os resultados de longo prazo ou o impacto estão desenhados de acordo. Por efeito tomam-se os resultados de curto e médio prazo: aumentar a capacidade avaliativa e melhorar os serviços de saúde. A gestão engloba diversas ações, níveis hierárquicos e grupos heterogêneos em disputa de poder, por isso alcançar uma mudança positiva demanda tempo, o que justifica sua localização no modelo como um resultado de longo prazo.

#### Considerações finais

A revisão demonstrou pouca difusão de artigos empíricos na área da saúde, e daqueles que apresentam modelos teóricos. Verificou-se a pluralidade na metodologia utilizada, isso demonstra a amplitude do tema e sua complexidade em determinar métodos com rigor para medir o uso da avaliação. Na atual década parece ter nascido um novo espírito na pesquisa sobre utilização, que caminha para uma análise mais apurada do contexto e dos usos não previstos à longo prazo e nos diferentes níveis organizacionais, amparado no conceito de influência da avaliação.

O modelo teórico apresentado pretende tornar a análise do uso e influência da avaliação na gestão da atenção básica mais completa e adequada ao seu contexto. Ele concorda com os achados da revisão bibliográfica e com as categorias dos estudos anteriores<sup>11,13</sup> porque inclui os fatores relativos à avaliação com foco na utilidade, à organização e aos indivíduos (Quatro Is) e aos elementos políticos. A limitação constitui na sua operacionalização, uma vez que a construção do modelo não institui automaticamente uma matriz de avaliação, ele serve como guia para tal, definindo possíveis dimensões para futuramente determinar o julgamento.

## Referências Bibliográficas

1. Balthasar A. Institutional design and utilization of evaluation: a contribution to a theory of evaluation influence based on Swiss experience. *Evaluation Review* 2009 33(3):226-256.
2. Baughman S, Boyd H, Franz NK. Non-formal educator use of evaluation results. *Evaluation and Program Planning* 2012 35:329-336.
3. Ledermann S. Exploring the necessary conditions for evaluation use in program change. *American Journal of Evaluation* 2012 33(2):159-178.
4. Visscher AJ. On the utilization of a new class of school information systems: school performance feedback systems. IFIP International Federation for Information Processing, Boston: Springer; 2009. (Tatnall A, Visscher A, Finegan A, O'Mahony C, editors. Evolution of information technology in educational management; vol. 292 p.57-67).
5. Ridde V, Goossens S, Shakir S. Short-term consultancy and collaborative evaluation in a post-conflict and humanitarian setting: lessons from Afghanistan. *Evaluation and Program Planning* 2012 35:180-188.
6. Mark M. Toward better research on - and thinking about - evaluation influence, especially in multisite evaluations. *New Directions for Evaluation* 2011 129: 107-119.
7. Patton MQ. Evaluation use, both challenge and mandate. In: Utilization-focused evaluation. 4<sup>th</sup> ed. EUA: Sage Publications; 2008. Cap.1.
8. Kirkhart KE. Culture and influence in multisite evaluation. *New Directions for Evaluation* 2011 129: 73-85.
9. Henry GT, Mark M. Beyond use: understanding evaluation's influence on attitudes and actions. *American Journal of Evaluation* 2003 24(3):293-314.
10. Saunders M. The use and usability of evaluation outputs: a social practice approach. *Evaluation* 2012 18(4): 421-436.
11. Cousins JB, Leithwood KA. Current empirical research on evaluation utilization. *Review of educational research* 1986 56 (3):331-364.
12. Shulha LM, Cousins B. Evaluation use: theory, research, and practice since 1986. *Evaluation Practice* 1997 18(3):195-208.
13. Johnson K, Greenfield LO, Toal SA, King JA, Lawrenz F, Volkov B. Research on evaluation use: a review of the

- empirical literature from 1986 to 2005. *American Journal of Evaluation* 2009 30(3):377-410.
14. Brousselle A, Contandriopoulos D, Lemire M. Using logic analysis to evaluate knowledge transfer initiatives: the case of the research collective on the organization of primary care services. *Evaluation* 2009 15(2):165-183.
  15. Hartz ZM, Santos EM, Matida A. Promovendo e analisando o uso e a influência das pesquisas avaliativas. In: Hartz ZM, Felisberto E, Vieira da Silva LM, organizadores. *Meta-avaliação da atenção básica à saúde, teoria e prática*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. Cap.14 p.325-340.
  16. Figueiró AC, Hartz Z, Samico I, Cessi EAP. Usos e influência da avaliação em saúde em dois estudos sobre o Programa Nacional de Controle da Dengue. *Cadernos de Saúde Pública* 2012 28(11):2095-2105.
  17. Contandriopoulos D, Brousselle A. Evaluation models and evaluation use. *Evaluation* 2012 18(1):61-77.
  18. Weiss C. The fairy godmother - and her warts: making the dream of evidence-based policy come true. *American Journal of Evaluation* 2008 29(1):29-47.
  19. Peck LR, Gorzalski LM. An evaluation use framework and empirical assessment. *Journal of Multi Disciplinary Evaluation* 2009 6(12):139-156.
  20. Fleischer DN, Christie CA, LaVelle KB. Perceptions of evaluation capacity building in the United States: a descriptive study of American Evaluation Association members. *The Canadian Journal of Program Evaluation* 2008 23(3):37-60.
  21. Vine E. Strategies and policies for improving energy efficiency programs: closing the loop between evaluation and implementation. *Energy Policy* 2008 36:3872-3881.
  22. Fleischer DN, Christie CA. Evaluation use: results from a survey of U.S. American Evaluation Association members. *American Journal of Evaluation* 2009 30(2):158-175.
  23. Schildkamp K, Visscher A. Factors influencing the utilization of a school self-evaluation instrument. *Studies in Educational Evaluation* 2009 35:150-159.
  24. Eckerd A, Moulton S. Heterogeneous roles and heterogeneous practices: understanding the adoption and uses of nonprofit performance evaluations. *American Journal of Evaluation* 2011 32(1):98-117.

25. Hanberger A. The real functions of evaluation and response systems. *Evaluation* 2011 17(4):327-349.
26. Jacobson C, Carter RW, Hockings M, Kelman J. Maximizing conservation evaluation utilization. *Evaluation* 2011 17(1):53-71.
27. Vanlandingham GR. Escaping the dusty shelf: Legislative Evaluation Offices' efforts to promote utilization. *American Journal of Evaluation* 2011 32(1):85-97.
28. Contandriopoulos D, Brousselle A, Kédoté MN. Evaluating interventions aimed at promoting information utilization in organizations and systems. *Healthcare Policy* 2008 4(1):89-107.
29. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência e Saúde Coletiva* 2006 11(3):705-11.
30. Appleton-Dyer S, Clinton J, Carswell P, McNeill R. Understanding evaluation influence within public sector partnerships: a conceptual model. *American Journal of Evaluation* 2012 33(4): 532-546.
31. Mayhew F. Aligning for impact the influence of the funder–funder relationship on evaluation utilization. *Nonprofit Management & Leadership* 2012 23(2):193-217.
32. McDavid JC, Huse I. Legislator uses of public performance reports: findings from a five-year study. *American Journal of Evaluation* 2012 33(1): 7-25.
33. Tochot P, Junpeng P, Makmee P. Measurement model of evaluation utilization: external evaluation. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2012 69: 1751-56.

**Artigo 2. A experiência da Avaliação da gestão da atenção básica em Santa Catarina: construção, desenvolvimento e quatro anos de aplicação.**

Resumo

A descrição do desenvolvimento do modelo de avaliação, concomitante ao processo de formação e desenvolvimento de capacidade institucional em monitoramento e avaliação no estado de Santa Catarina, foi realizada utilizando como fonte os relatórios parciais e finais das atividades do centro colaborador, trabalhos científicos já publicados a respeito da Avaliação da gestão da atenção básica em Santa Catarina. Três aspectos norteiam o relato: concepção teórica do modelo de avaliação; aplicação da avaliação; e desenvolvimento da capacidade em monitoramento e avaliação. Verificou-se que a experiência trouxe a oportunidade de conciliar o trabalho das instituições de ensino e pesquisa e das secretarias estaduais e municipais de saúde, abrindo caminho para futuras parcerias e reafirmando o papel da pesquisa no desenvolvimento de ferramentas aplicadas à prática da gestão em saúde. A série de aplicações anuais da avaliação foi resultado da inclusão de atores institucionais da Secretaria de Estado da Saúde no processo de desenvolvimento do modelo. Ações como premiação aos municípios com melhores desempenhos na avaliação e a ampla divulgação por web site, seminários e encontros de gestores favoreceram a retroalimentação dos resultados e a valorização do processo avaliativo pela gestão estadual e municipal. Os limites identificados foram a dificuldade de adaptação aos novos instrumentos de gestão e o estímulo à formação e capacitação verificado pelo número de desistências nos cursos oferecidos.

Avaliação em saúde; Gestão em saúde; Atenção primária à saúde



### Introdução

A agenda internacional contempla a avaliação como um importante fator para qualificar a gestão da saúde e tornar os serviços mais eficientes e resolutivos, de acordo com as necessidades locais. Países europeus como Suécia, Alemanha e Reino Unido são pioneiros na institucionalização da avaliação em diversas áreas, incluindo a saúde. Suíça, Bélgica e Noruega também possuem uma cultura sólida de avaliação nos programas de governo. Na América, Canadá e Estados Unidos possuem uma história rica em avaliações de programas sociais. Os países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, estão despertando para a importância da avaliação<sup>1</sup>.

No contexto de transição no quadro epidemiológico da população, onde eventos agudos coexistem com doenças crônicas, o sistema de saúde é desafiado a organizar serviços de qualidade provendo, ao mesmo tempo, assistência de pronto atendimento, cuidado longitudinal e atenção voltada às ações de prevenção de agravos. O desafio brasileiro de organizar o sistema de saúde com um custo adequado e com qualidade, atendendo às necessidades da população justifica a importância da avaliação das ações desenvolvidas.

As experiências avaliativas brasileiras na atenção básica passaram a ganhar destaque a partir do ano 2000. Centros de ensino e pesquisa iniciaram o desenvolvimento de estudos avaliativos na área, através de apoio financeiro do Ministério da Saúde e organismos internacionais<sup>2</sup>. Posteriormente, ganhou ênfase a disseminação dos resultados dos projetos vinculados ao Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF): os estudos de linha de base (ELB)<sup>3,4</sup> e mais recentemente artigos referindo-se à experiência do Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica de Monitoramento e Avaliação das Secretarias Estaduais de Saúde (PFCT-SES), eixo principal da política para institucionalização da avaliação no Sistema Único de Saúde<sup>1,5,6,7,8</sup>.

A institucionalização da avaliação no Sistema Único de Saúde (SUS) está sendo construída a partir dessas experiências, com papel estratégico dado à atenção básica por meio da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação. A partir de 2004, com financiamento via PROESF, projetos vinculados ao componente III de Monitoramento e Avaliação intensificaram o

desenvolvimento da cultura avaliativa no âmbito da gestão do SUS, principalmente na gestão estadual<sup>9</sup>.

O estado de Santa Catarina teve seu Plano Estadual para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica aprovada pela Portaria GM/MS nº 1.155, de 11 de junho de 2004<sup>10</sup>. A construção da proposta metodológica teve início ainda no ano de 2004, após a contratação do centro colaborador por meio de edital. A atuação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) como centro colaborador teve início em março de 2005 e seguiu ininterruptamente até abril de 2006<sup>11</sup>. Após este período, foi lançada nova licitação pelo estado de Santa Catarina para contratação de instituição de ensino e pesquisa a fim de apoiar o desenvolvimento da proposta metodológica. A Universidade Federal de Santa Catarina, por meio do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde, manifestou o interesse em participar e seu contrato foi o ganhador da licitação, no ano de 2007. Já no ano seguinte, o estado passou a aplicar a avaliação a todos os municípios catarinenses anualmente.

O artigo apresenta essa experiência do estado de Santa Catarina, a Avaliação da Gestão da Atenção Básica desde sua concepção, aplicação aos municípios e apresentação de resultados, bem como o desenvolvimento da capacidade institucional em monitoramento e avaliação concomitante ao processo.

#### Metodologia

A descrição do desenvolvimento do modelo de avaliação, concomitante ao processo de formação e desenvolvimento de capacidade institucional em monitoramento e avaliação no estado de Santa Catarina, foi realizada a partir dos relatórios parciais e finais das atividades do centro colaborador, trabalhos científicos já publicados a respeito da Avaliação da gestão da atenção básica em Santa Catarina, dentre outros documentos considerados importantes e apresentados no Quadro 1.

Os fatos foram organizados pela ordem temporal, tendo como marco inicial a Portaria GM/MS nº 1.155, de 11 de junho de 2004. Estão descritos os acontecimentos identificados como importantes para a formação e o desenvolvimento institucional em monitoramento e avaliação nas secretarias estadual e municipais de saúde, em parceria com o centro colaborador, a

Universidade Federal de Santa Catarina. Três aspectos foram identificados para relatar a experiência: concepção teórica do modelo de avaliação da gestão da atenção básica; aplicação da avaliação; e desenvolvimento da capacidade em monitoramento e avaliação.

Tipo de documento	Autor (ano)	Título
Portaria ministerial	Diário Oficial da União nº 112 (2004) <sup>9</sup>	Portaria GM/MS nº 1.155, de 11 de junho de 2004.
Documento oficial	Ministério da Saúde (2005) <sup>9</sup>	Avaliação da Atenção Básica em Saúde: Caminhos da Institucionalização.
Relatório	Centro Colaborador (2006) <sup>11</sup>	Relatório final da primeira fase de atividades do Centro Colaborador. Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica de Monitoramento e Avaliação das Secretarias Estaduais de Saúde.
Relatório	Centro Colaborador (2010) <sup>12</sup>	Relatório final de atividades do Centro Colaborador; Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica de Monitoramento e Avaliação das Secretarias Estaduais de Saúde.
Tese de doutorado	Scaratti (2007) <sup>13</sup>	Um modelo para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde no Brasil: uma aplicação a municípios catarinenses.
Tese de doutorado	Cotussi (2010) <sup>14</sup>	Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal em Santa Catarina.
Artigo científico	Davok (2007) <sup>15</sup>	Qualidade em educação.
Website	NEPAS (acesso em jun/2011) <sup>16</sup>	Website do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS)
Website	SES-SC (acesso em jul/2011) <sup>17</sup>	Website da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina

Quadro 1. Documentos analisados, 2004 a 2010

### Resultados

#### *Concepção Teórica do Modelo de Avaliação da Gestão da Atenção Básica*

Um modelo de avaliação foi definido pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES-SC) e centro colaborador UFSC com a finalidade de avaliar a qualidade da gestão da atenção básica à saúde e subsidiar os gestores municipais e estadual na tomada de decisão para o provimento da atenção à saúde.

O modelo foi elaborado, inicialmente, a partir de revisão da literatura científica e das propostas de avaliação em saúde

advindas do Ministério da Saúde e da SES-SC publicadas no período de 2000 a 2005. Posteriormente, quatro oficinas de trabalho com diretores, gerentes e técnicos da SES-SC e o centro colaborador (UFSC) foram realizadas para definir o objeto e a finalidade da avaliação, e finalmente pactuar o modelo<sup>11,12</sup>.

O referencial teórico para a construção do modelo de avaliação foram os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, previstos na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde. Tendo como pressuposto que a qualidade da gestão municipal da atenção à saúde pode ser medida pelas decisões do gestor municipal, cuja ação conduz à redução do risco de doenças e agravos, e à universalização do acesso do indivíduo às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da sua saúde<sup>11-14</sup>.

De acordo com o pressuposto acima foram delimitadas as duas dimensões da avaliação, a seguir: Gestão do sistema municipal de saúde e Provimento da atenção básica.

A primeira dimensão tem foco político e organizacional e refere-se à capacidade do sistema municipal de saúde em promover o acesso aos serviços de atenção básica. Esta dimensão depende de fatores externos e internos ao setor municipal de saúde. Um fator externo de forte impacto é a participação popular, definida constitucionalmente. Outro fator externo é a intersetorialidade, que é a participação de organizações municipais externas à área da saúde na formulação e execução da política e dos planos municipais de saúde, a exemplo de organizações da área de educação, de esportes e de obras. Os fatores internos que afetam o acesso ao sistema de saúde municipal são os recursos humanos e os recursos de infraestrutura. Os fatores internos e externos estão representados nas subdimensões: atuação intersetorial; participação popular; recursos humanos; e infraestrutura<sup>11-13</sup>.

A segunda dimensão tem caráter técnico e atende os princípios da universalidade e da integralidade da assistência à saúde. Caracteriza a qualidade dos serviços de saúde na atenção básica oferecidos pelo gestor municipal. Como os riscos de doenças e de outros agravos mudam ao longo do ciclo de vida, os focos da dimensão estão delimitados segundo o ciclo de vida, são eles: saúde da criança; saúde do adolescente; saúde do adulto; e saúde do idoso. Para cada ciclo de vida, são desenvolvidas ações de promoção de saúde e de prevenção, diagnóstico e tratamento

de doenças e agravos, as quais foram distribuídas em duas subdimensões: promoção & prevenção e diagnóstico & tratamento<sup>11-13</sup>.

A apresentação do modelo de Avaliação da gestão da atenção básica considerou as duas dimensões, as seis subdimensões e os quatro ciclos de vida, exposto no quadro 2.

DIMENSÃO GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE	DIMENSÃO PROVIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA	
	Subdimensões	
Subdimensões	Promocão e Prevenção	Diagnóstico e Tratamento
Atuação Intersetorial	Criança	Criança
Participação popular	Adolescente	Adolescente
Recursos Humanos	Adulto	Adulto
Infra-estrutura	Idoso	Idoso

Quadro 2. Modelo de avaliação da gestão da atenção básica  
Fonte: Relatório final da primeira fase de atividades do Centro Colaborador, 2006.

O conceito de qualidade norteou a definição dos critérios de avaliação. O referencial teórico<sup>13-15</sup> para o conceito de qualidade baseia-se na associação da construção teórica das dimensões de valor e mérito de Michael Scriven e do paradigma multidimensional de administração da educação, apresentada por Benno Sander. Essa construção teórica tem quatro critérios de avaliação: relevância, efetividade, eficácia e eficiência. Critério é o componente ou aspecto do objeto que dá suporte à qualidade<sup>12</sup>, ou seja, é a base para determinar o julgamento dos desempenhos municipais na gestão da atenção básica.

Para esse modelo, “relevância” corresponde à maximização dos impactos; “efetividade” corresponde à maximização dos resultados; “eficácia” corresponde à realização das metas quantitativas e qualitativas; e “eficiência” corresponde à otimização dos recursos<sup>13</sup>.

Os indicadores definidos representam os quatro critérios, em cada subdimensão da Gestão do Sistema Municipal de Saúde, e três critérios, excluído “eficiência”, nas subdimensões de Provimento da Atenção Básica. Tal exclusão ocorreu pelo entendimento de que no provimento não caberia o critério econômico, uma vez que os recursos são definidos na dimensão de Gestão. Cada indicador apresenta uma medida, que é a forma

de cálculo do seu valor, pode ser qualitativa ou quantitativa, e uma justificativa da escolha do indicador e da sua medida. As justificativas não são apresentadas no artigo, porém estão disponibilizadas *online*<sup>16,17</sup>.

A definição dos indicadores, medidas e justificativa foram conduzidas em etapas participativas. Primeiramente, foi realizada ampla consulta, por meio de reuniões específicas com grupos técnicos dos diversos setores e áreas de atuação da SES-SC, o que resultou em uma coleção de 160 (cento e sessenta) indicadores para avaliação da atenção básica nos municípios catarinenses<sup>11</sup>. Nessa etapa foi solicitado que os grupos identificassem indicadores que correspondessem aos quatro critérios de avaliação e às dimensões, subdimensões e categorias da proposta; tantos quanto fossem considerados importantes, independentemente da existência de dados sistematizados para seu cálculo.

Posteriormente, tais indicadores e medidas foram discutidos e priorizados em reuniões com técnicos das áreas programáticas da Secretaria Estadual de Saúde e em oficinas de trabalho do Grupo de Condução da Implantação do Plano para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica do Estado de Santa Catarina<sup>11</sup>. As discussões ocorreram semanalmente durante quatro meses, e o produto dessa etapa foi a matriz de avaliação com 40 indicadores<sup>16,17</sup> (Quadro 3 e 4).

Dimensão Gestão do sistema municipal de saúde		
Subdimensão	Indicador	Medida
Atuação intersetorial	Heterogeneidade setorial na composição do Conselho Municipal de Saúde	Presença de representante oficial do setor de Obras ou Esportes no Conselho Municipal de Saúde
	Existência de proposta para ampliação/melhoria da rede de abastecimento de água, de rede de esgoto e de coleta de lixo	Presença no Plano Diretor de proposta de melhoria da rede de esgoto ou de fossa séptica
	Existência de projeto em execução para ampliação/ melhoria do abastecimento de água, tratamento de esgotos e coleta de lixo	% de domicílios com coleta pública de lixo
	Alocação de recursos extra-setoriais aplicados em saúde	% de investimento municipal em saúde
Participação popular	Participação da sociedade no estabelecimento das prioridades da Atenção Básica	Realização de audiência pública na Câmara Municipal sobre o Plano Municipal de Saúde em vigor, antes da sua votação e aprovação
	Participação de entidades sociais	Existência, no Conselho Municipal de Saúde, de associações ou entidades representantes do Idoso, da Mulher e/ou da Criança
	Formação de conselheiros de saúde	% de conselheiros capacitados
	Participação de conselheiros dos usuários em eventos sobre controle social	% de representantes de usuários que participaram da Conferência Estadual de Saúde
Recursos humanos	Estímulo ao desenvolvimento profissional	Existência de PCCS implantado ou de programa de progressão funcional
	Preocupação com a qualificação profissional	Existência de capacitação em planejamento familiar, pré-natal, ACD, DM e HAS
	Estímulo de qualificação para atuação em saúde da família	Proporção de médicos com formação em Saúde da Família
	Permanência de profissional capacitado na função	Razão de funcionários capacitados pela primeira vez para sala de vacina, por salas de vacina
Infra estrutura	Qualidade do ambiente de trabalho e dos materiais e equipamentos disponíveis	% de UBS com sala específica para atividade de educação em saúde
	Facilidade de acesso ao atendimento para os trabalhadores	% de UBS com atendimento no 3º turno
	Organização da infra-estrutura	% de UBS com acesso a rede de internet
	Produtividade do sistema	Razão de visitas médicas por equipes de saúde da família

Legenda de abreviaturas: PCCS: Plano de Cargos, Carreiras e Salário; ACD: Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento; DM: diabetes; HAS: hipertensão arterial; UBS: unidade básica de saúde.

Quadro 3. Indicadores e medidas da Dimensão Gestão do Sistema Municipal de Saúde, segundo subdimensões.

Fonte: [www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br)

Dimensão Provimento da atenção básica		
Subdimensão	Indicador	Medida
<b>Saúde da Criança</b>	Redução da mortalidade infantil	% de sobrevivência infantil
	Adesão ao ACD	Razão de atendimento de puéricultura, pelo total de crianças < de 5 anos
Promoção & Prevenção	Nascimento de crianças com baixo peso	Proporção de crianças nascidas com baixo peso
	Redução da taxa de internação hospitalar de crianças	Comparação das internações hospitalares de crianças < de 5 anos
Diagnóstico & Tratamento	Fornecimento de medicamentos básicos para crianças nas unidades de saúde	% de UBS que faltou medicamento anti-érmico ou antibiótico para crianças por mais de 1 semana consecutiva
	Internações hospitalares de crianças por diarreia	Proporção de internações por diarreia de crianças < 5 anos
<b>Saúde do adolescente</b>	Redução da incidência de adolescentes com AIDS	Comparação das proporções de HIV/AIDS
Promoção & Prevenção	Educação em saúde para adolescentes	Proporção de UBS que possuem grupo de adolescentes instituído
	Gravidez de adolescentes	Proporção de adolescentes grávidas
Diagnóstico & Tratamento	Redução de óbitos em adolescentes por causas externas	Comparação das proporções de mortalidade por causas externas
	Oferta regular de atendimento para adolescentes	Proporção de atendimentos para adolescentes
	Consultas de pré-natal	% de gestantes adolescentes com 7 ou mais consultas pré-natal
<b>Saúde do adulto</b>	Mortalidade Materna	Existência de óbito materno no triênio
Promoção & Prevenção	Acompanhamento pré-natal das gestantes adultas	Taxa de mulheres com 7 ou mais consultas pré-natal
	Notificação de acidentes de trabalho	% de UBS que notificam acidente de trabalho
Diagnóstico & Tratamento	Redução da taxa de adultos internados por doenças sensíveis à AB	Comparação das proporções de internação por doenças sensíveis à atenção básica
	Provimento de medicamentos nas unidades de saúde	% de UBS que faltou medicamento para HAS e DM por pelo menos 1 semana no ano passado
	Internação por AVC ou ICC	Proporção de internações por AVC ou ICC
<b>Saúde do Idoso</b>	Cobertura vacinal em idosos	Proporção de idosos vacinados contra Influenza
Promoção & Prevenção	Desenvolvimento de atividades em grupos de idosos	% de UBS que desenvolvem atividades de saúde em grupos de idosos
	Prevenção de queda	Proporção de internação por fratura de fêmur
Diagnóstico & Tratamento	Qualidade de assistência aos idosos	Comparação das taxas de internação por doenças sensíveis à atenção básica
	Acesso da população idosa	Proporção de consultas médicas
	Redução de internação por desnutrição	Comparação das taxas de internações por desnutrição

Legenda de abreviaturas: ACD: Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento; UBS: unidade básica de saúde; HAS: hipertensão arterial; DM: diabetes; AVC: acidente vascular cerebral; ICC: insuficiência cardíaca.

#### Quadro 4. Indicadores e medidas da Dimensão Provimento da Atenção Básica, segundo subdimensões.

Fonte: [www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br)

#### *Aplicação do modelo de avaliação*

O projeto piloto, da avaliação aconteceu no ano de 2006, com coleta de dados referentes ao ano de 2005, em uma amostra de 76 municípios catarinenses<sup>12,13</sup>.

Na aplicação do projeto piloto foram identificadas limitações em alguns indicadores e medidas. As limitações



relacionavam-se, principalmente, ao registro impreciso no Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB e à instabilidade de indicadores, em municípios de pequeno porte, cujo denominador era de base populacional<sup>11</sup>. A imprecisão dos dados foi comunicada aos municípios onde o problema foi detectado e aos responsáveis pelo sistema na SES-SC. Nos treinamentos realizados foram incluídas orientações específicas de alimentação do sistema.

Os indicadores cujo denominador dependia diretamente da base populacional foram analisados quanto à possibilidade de substituição por outros, quando possível, ou alteração de sua medida, p.ex. aumentar a base populacional incluindo três anos de observações, ou de redução da escala de valor para binária, o que reduz sensibilidade, mas aumenta especificidade do indicador<sup>12</sup>. Essa última opção resultou da definição de que é pior afirmar que uma ação está ruim, quando não está, do que deixar de identificar que ela vai bem. Todas as alterações foram pactuadas em oficina com participação de atores da SES-SC e do centro colaborador.

Após o projeto piloto a avaliação foi implantada e realizada anualmente, totalizando quatro aplicações até o ano de 2011, sempre com taxas de respostas aumentando gradativamente até alcançar 100% no último ano. A avaliação utiliza dados primários e secundários. A coleta dos dados primários é informatizada, utilizando o software “FormSUS”, um formulário eletrônico que facilita tanto a coleta quanto a transposição dos dados para a planilha de cálculo dos indicadores<sup>17</sup>. Os municípios são cadastrados e o formulário é enviado por e-mail para a Secretaria Municipal de Saúde. Os dados são digitados no formulário e retornam ao e-mail da SES-SC. A coleta de dados secundários é realizada pelo aplicativo Tabnet, do DATASUS. Os indicadores que utilizavam apenas os dados secundários eram calculados para todos os 293 municípios do estado. No caso dos indicadores que utilizavam apenas dados primários, quando o município não enviava o formulário respondido eram considerados com o pior valor<sup>12</sup>.

Os municípios foram estratificados segundo o seu porte populacional, sendo eles: até 3 mil habitantes; de 3 a 6 mil habitantes; de 6 a 10 mil habitantes; de 10 a 20 mil habitantes, de 20 a 50 mil habitantes; e mais de 50 mil habitantes. O juízo de valor foi dado em escores: 1 (um) quando o valor observado está

entre os 25% melhores no estado, 0 (zero) está entre os 25% piores do estado, e 0,5 (meio) para os demais. O valor final do município consiste na soma dos escores observados nos 40 indicadores, com peso 1 (um) para os de Gestão do Sistema Municipal de Saúde e peso 2 (dois) para os de Provimento da Atenção Básica<sup>11,16</sup>.

A divulgação dos resultados é disponibilizada em *website*, por meio de relatórios de cada município, com valor dos indicadores e sua posição relativa aos demais municípios do estado. A apresentação é feita por meio de quadros e tabelas e, para facilitar a visualização dos juízos de valor são usadas cores do semáforo: verde para desempenho bom, amarelo para desempenho regular e vermelho para desempenho ruim. Também é disponibilizado *online* a metodologia de cálculo do juízo de valor e demais informações sobre a avaliação<sup>16,17</sup>.

A divulgação ampla aos gestores municipais e demais interessados é feita no formato de seminário em encontros oficiais de gestores municipais e estadual. A revista da SES-SC para a atenção básica incluiu em três edições seguidas artigos sobre a avaliação, com explicações sobre as etapas da construção do modelo e sua inserção no Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica de Monitoramento e Avaliação das Secretarias Estaduais de Saúde – PROESF.

A partir da coleta do ano de 2010 foi incluída no formulário de coleta de dados a consulta pública aos gestores municipais para eventuais alterações nas medidas e demais considerações sobre a metodologia da avaliação.

Para incentivar os municípios a participarem da avaliação, a partir do ano 2009, a SES-SC oferece uma premiação aos melhores desempenhos observados. Os critérios e valores para premiação são pactuados anualmente na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Os meios eletrônicos são usados para a chamada anual da avaliação aos municípios, a página eletrônica da SES destaca o início do período de coleta de dados.

#### *Desenvolvimento da capacidade em monitoramento e avaliação*

O processo de construção do modelo de avaliação incluiu os interessados na avaliação da gestão da atenção básica. O trabalho conjunto entre a SES e o centro colaborador foi orientado pela compreensão de que os níveis estratégico, tático e operacional do sistema de saúde deveriam ser envolvidos no desenvolvimento da avaliação<sup>12</sup>. O nível estratégico compreende

os gestores com cargos de alta chefia, como o secretário de saúde do estado, o nível tático é representado pelos cargos com nível intermediário, como os diretores e gerentes de setores e o nível operacional compreende os técnicos. Desta forma, a construção do modelo de avaliação passou a ser objeto e produto no processo de formação e desenvolvimento de capacidade em monitoramento e avaliação dos atores institucionais, ocorrida por meio de discussões em oficinas e seminários para pactuação do modelo de avaliação<sup>11</sup>.

Durante o período das duas consultorias prestadas pela UFSC foram desenvolvidos cursos e treinamentos<sup>11,12</sup>: curso básico de monitoramento e avaliação da atenção básica; treinamento em monitoramento e avaliação de serviços em saúde; curso de especialização em avaliação em saúde.

O curso em monitoramento e avaliação da atenção básica foi realizado para capacitar técnicos de diferentes níveis de atuação: central, regional e local. O curso abriu 160 vagas, distribuídas em quatro turmas, três turmas foram descentralizadas para alcançar outras regiões do estado, além da capital do estado. As atividades teóricas e práticas foram divididas em três módulos, totalizando 120 horas. Ao final do curso os alunos deveriam apresentar uma proposta de monitoramento e avaliação de acordo com sua atuação na secretaria de saúde. Dezenove propostas foram entregues pelos grupos de alunos. Dos 160 alunos previstos, 102 receberam o certificado de conclusão. O motivo principal para a insuficiência no curso foi a frequência em menos de 75% das atividades<sup>11</sup>.

O Treinamento em monitoramento e avaliação de serviços de saúde visou a transferência dos conhecimentos para o nível municipal, a apresentação da proposta metodológica e das metodologias de trabalho adotadas pela SES-SC. O treinamento foi realizado na modalidade *in-the-job training*, quando o aluno desenvolve as atividades no próprio ambiente de trabalho<sup>11,12</sup>. Das vinte vagas designadas, quinze servidores participaram do treinamento.

O Curso de especialização em avaliação em saúde teve carga horária total de 360 horas, sendo 240 horas cumpridas em momento de concentração, com atividades presenciais nas dependências da UFSC e 120 horas cumpridas em momento de dispersão, através de atividades de aprofundamento dos conceitos teóricos e de realização de exercícios no espaço de atuação de

cada participante. A SES garantiu as condições de deslocamento e hospedagem daqueles participantes residentes em outras localidades. O curso contou com vinte e nove inscritos no processo seletivo. Quatorze alunos concluíram o curso, os motivos apontados para a evasão foram de ordem administrativa da gestão e de ordem pessoal dos participantes<sup>11,12</sup>.

### Discussão

A implantação de políticas de avaliação geralmente é acompanhada de preocupações dos avaliados quanto às consequências do seu resultado, como aumento de cobranças e da carga de trabalho ou perda de poder. No Brasil, a implantação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, e com ela o desenvolvimento de projetos em avaliação, financiados pelo PROESF a partir do Banco Mundial, gerou movimentos para desenvolver e concluir planos de políticas de monitoramento e avaliação<sup>1,5-8</sup>.

A avaliação formativa que propicia a utilização da avaliação para formar e capacitar os atores que dela participam, ganhou um lugar de destaque nas práticas avaliativas<sup>19</sup>, principalmente onde elas são incipientes e há necessidade de formar os profissionais da saúde para a rotina de avaliação<sup>20</sup>. A avaliação vai além da formulação do juízo de valor, significa reflexão, aprendizado, trabalho em equipe, participação e responsabilidade. Portanto, apresenta múltiplas consequências além do seu resultado final, influencia práticas organizacionais, mas também interfere nas competências individuais e nas relações, sendo elas coletivas, individuais ou interpessoais<sup>3,21</sup>. A dificuldade em implantar uma política de avaliação no Sistema Único de Saúde apresenta-se real, principalmente pela alternância político-partidária no governo, proporcionando mudanças, por vezes radicais, na gestão, bem como a alternância dos cargos de gerência que acarreta mudanças nos interesses da orientação e nos programas instituídos e pelo lento processo de adaptação aos novos instrumentos, decorrentes do dinâmico aprimoramento do sistema de saúde<sup>22</sup>.

A experiência apresentada não foge à regra: o número de desistências por frequência insatisfatória no curso de capacitação demonstra essa demora na percepção da necessidade de adaptar-se a novos instrumentos, seja por parte dos participantes ou por parte do gestor que não estimula a educação permanente e a

qualificação dos profissionais. Sampaio et al<sup>8</sup> relata a mesma dificuldade na implantação de instrumentos de planejamento e avaliação no nível estadual que, apesar do incentivo financeiro do governo federal, permanece estagnado na prática burocratizada, tendo como exemplo a subutilização dos dados epidemiológicos e dos sistemas de informação.

A mudança de gestão a cada dois anos, no caso da alternância das eleições municipais e estaduais muda as prioridades e os interesses do governo, assim, para afirmar determinada prática é preciso mecanismos políticos que revelem sua importância, independente dos interesses de governo, e dependente dos interessados perenes no sistema de saúde.

A inclusão da CIB e das gerências regionais no processo de avaliação possibilitou certa estabilidade no desenvolvimento da avaliação no estado, proporcionando o sucesso na aplicação da avaliação além do projeto piloto. A premiação oferecida aos municípios com melhores desempenhos gerou uma valorização do processo por parte dos gestores que vislumbravam atingir boa pontuação para divulgar aos seus munícipes, resultando na alta taxa de respostas dos municípios.

A divulgação dos resultados em *website* e em seminários e encontros de gestores é uma estratégia para melhorar a comunicação entre as esferas estadual e municipais, e permite a retroalimentação do processo avaliativo, também verificado por Alves et al<sup>1</sup>. A consulta pública aos municípios foi muito bem aceita e também serve de incentivo uma vez que dá voz aos gestores responsáveis pela atenção básica para incrementar e adaptar a metodologia de avaliação.

A experiência de Santa Catarina, bem como de outras SES<sup>1,5,8</sup>, trouxe a oportunidade de conciliar o trabalho das instituições de ensino e pesquisa e das secretarias estaduais e municipais de saúde no desenvolvimento de uma proposta metodológica para avaliar a gestão da atenção básica. Esta aproximação possibilita futuras parcerias para novos projetos, afirmando o papel da pesquisa no desenvolvimento de ferramentas aplicadas à prática da gestão em saúde<sup>3</sup>.

Superar as divergências entre as instituições parceiras é um aprendizado importante. As diferenças entre os conceitos, as práticas de avaliação, a identificação da pertinência de fazê-la, e principalmente, no caso da parceria ensino-pesquisa-gestão, a

percepção quanto ao tempo necessário e o tempo possível para produzir as informações e tomar as decisões<sup>3,23</sup>.

Vasconcelos, Bosi, Pontes<sup>6</sup> aponta como dificuldade a distância entre o entendimento dos gestores quanto à finalidade e momento da avaliação e o que ocorre na rotina da instituição. A avaliação acaba sendo finalística, não formativa, com pouca utilidade por ser verticalizada, não participativa, e centrada na simples contabilização de determinados eventos.

A definição do objeto e finalidade da avaliação através de oficinas de trabalho com presença de diretores, gerentes e técnicos da SES-SC, possibilitou a identificação das necessidades dos interessados na avaliação e a condução da metodologia em consonância com o esperado. Patton<sup>20</sup> defende a avaliação orientada para a utilização e coloca os interessados na avaliação no centro do processo, o avaliador passa a ser um negociador, unindo as premissas da avaliação às expectativas dos interessados, muitas vezes com interesses divergentes.

A formação e o desenvolvimento técnico em avaliação dos atores institucionais das esferas de gestão do SUS é chave para que o conceito de avaliação seja aplicado na rotina. Concordando com Contandriopoulos<sup>23</sup> e Felisberto et al<sup>22</sup>, é preciso um grau de institucionalização da avaliação para perceber mudanças nas práticas de tomada de decisão e uso da informação produzida, porém mesmo não se traduzindo em decisão imediata, ela contribui para a capacidade de organização da instituição.

Destacamos, por fim, a necessidade de divulgar as experiências avaliativas para reafirmar o importante papel da avaliação na qualificação dos profissionais que operam o sistema de saúde nos diversos níveis; na identificação das limitações dos serviços e dos caminhos para superá-las; e também para possibilitar uma prestação de contas à população.

## Referencias bibliográficas

- 1- Alves ET AL. Análise da implantação de um programa com vistas à institucionalização da avaliação em uma Secretaria Estadual de Saúde. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 10 (Supl. 1): S145-S156 nov., 2010.
- 2- Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(8):1727-1742, ago, 2008.
- 3- Hartz ZM, Santos EM, Matida A. Promovendo e analisando o uso e a influência das pesquisas avaliativas. In: Hartz ZM, Felisberto E, Vieira da Silva LM (orgs). Meta-avaliação da atenção básica à saúde, teoria e prática. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Cap.14, p.325-340. 2008.
- 4- Camargo Jr. ET AL. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S58-S68, 2008.
- 5- Tamaki ET AL. A incorporação da avaliação da atenção básica no nível estadual do Sistema Único de Saúde através de processos participativos de ensino-aprendizagem-trabalho. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 10 (Supl. 1): S201-S208 nov., 2010.
- 6- Vasconcelos SM, Bosi MLM, Pontes RJS. Avaliação e o monitoramento da atenção básica no Estado do Ceará, Brasil: explorando concepções e experiências no nível central. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(12):2891-2900, dez, 2008.
- 7- Bosi MLM, Pontes RJS, Vasconcelos SM. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. Rev Saúde Pública;44(2):318-24, 2010.
- 8- Sampaio 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, 16(1):279-290, 2011.
- 9- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde, caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. 36p.

- 10- Portaria GM/MS nº 1.155, de 11 de junho de 2004. DOU nº 112.
- 11- Relatório final da primeira fase de atividades do Centro Colaborador. Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica de Monitoramento e Avaliação das Secretarias Estaduais de Saúde. 2006
- 12- Relatório final de atividades do Centro Colaborador. Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica de Monitoramento e Avaliação das Secretarias Estaduais de Saúde, 2010.
- 13- Scaratti, Dirceu. Um modelo para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde no Brasil: uma aplicação a municípios catarinenses. 2007. 315 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.
- 14- Colussi C. Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal em Santa Catarina. Tese de Doutorado, Florianópolis, SC, 2010.
- 15- Davok, DF. Qualidade em Educação. Avaliação, Campinas. Sorocaba, v. 12, n. 3, p. 505-513, set 2007.
- 16- Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde [Internet]. [cited 2011 Jun]. Available from: <http://www.nepas.ufsc.br>.
- 17- Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina [Internet]. [cited 2011 Jul] Available from: <http://www.saude.sc.br>.
- 18- Hartz ZM, Vieira-da-Silva LM (org.). Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 275p.
- 19- Natal S et al. A implementação do Projeto Estratégico de Fortalecimento da Capacidade Técnica em Monitoramento e Avaliação das Secretarias de Saúde, avaliação formativa e auto-avaliação. In: Hartz ZM, Felisberto E, Vieira da Silva LM (orgs). Meta-avaliação da atenção básica à saúde, teoria e prática. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Cap. 15. p. 341-367.
- 20- Patton MQ. Utilization-focused evaluation. In: Stufflebeam GF, Kellaghan T (eds.). Evaluation Models. Cap.23, p. 425-438. 2000.



- 21- Henry GT, Mark M. Beyond use: understanding evaluation's influence on attitudes and actions. *American Journal of Evaluation*, 24(3): 293-314, 2003.
- 22- Felisberto E. ET AL. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 26(6):1079-1095, 2010.
- 23- Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc. saúde coletiva*, 11(3), 2006.

**Artigo 3. Desenvolvimento da capacidade avaliativa na gestão da atenção básica: um estudo de caso exemplar em Santa Catarina de 2008 a 2011.**

Resumo

O artigo analisa o desenvolvimento da capacidade avaliativa em um caso exemplar de uma Secretaria de Estado da Saúde (SES) participante do Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica. Estudo de caso de abordagem mista com informações provenientes de documentos, entrevistas semiestruturadas e da avaliação da atenção básica realizada pela SES no período de 2008 a 2011. Empregou-se a análise de processos para identificar os eventos lógicos que contribuíram para o desenvolvimento da capacidade avaliativa, com duas categorias: eventos de construção da capacidade avaliativa e eventos de construção de estrutura organizacional. A pactuação em instâncias deliberativas para a continuidade da avaliação, a coleta e análise dos dados realizada pela SES, a iniciativa de mudança de indicadores e reestruturação da matriz avaliativa, a comunicação dos resultados aos municípios formaram a cadeia lógica de eventos. A análise triangulada demonstrou que o objetivo de desenvolver a capacidade avaliativa foi alcançado.

Avaliação em saúde; Gestão em saúde; Atenção primária à saúde

### Introdução

Desenvolver capacidade avaliativa significa promover a competência dos atores em desenhar, conduzir e utilizar a avaliação, e garantir a sua sustentabilidade por meio de um contexto organizacional<sup>1,2</sup>. A capacidade de fazer e utilizar uma avaliação são efeitos desejáveis em uma intervenção que pretende promover o espírito avaliativo em seus atores institucionais. A “capacidade de fazer” inclui as atividades de planejar e estruturar uma avaliação, conduzir a coleta de dados e sua análise, e comunicar os seus achados; a “capacidade de utilizar” inclui fazer uso dos resultados na tomada de decisão e o desenvolvimento de habilidades e do pensamento avaliativo<sup>1</sup>. Tais efeitos dependem de um contexto organizacional favorável para acontecer, dimensionado por estruturas de suporte<sup>1</sup> e cultura organizacional<sup>3,4</sup>. Estruturas de suporte são os recursos humanos, físicos e financeiros disponibilizados pela organização e que interferem na construção da capacidade avaliativa. A cultura organizacional refere-se ao conjunto de normas subjetivas de comportamento coletivo refletidos nas práticas<sup>3,4</sup>. Uma cultura aberta a mudanças valoriza a informação, oportuniza implantação de novas ideias e estimula a aprendizagem contínua e o pensamento crítico. A cultura avaliativa insere-se na cultura organizacional e, quando é incipiente, apresenta incoerências - reúne informações, mas limita o seu uso; reconhece a necessidade de aprender, contudo não oferece oportunidades para isso; determina a avaliação como rotina e desencoraja os desafios e as relações de risco<sup>5</sup>.

Resultados satisfatórios para o desenvolvimento da capacidade avaliativa são mais frequentemente observados nas avaliações baseadas na participação dos interessados, com caráter formativo, que buscam contribuir para o aprendizado, compor soluções e colocá-las em prática com base na perspectiva daqueles que estão diretamente ligados à intervenção ou serão beneficiados<sup>6,7,8</sup>. O desenvolvimento da cultura avaliativa requer a qualificação da capacidade técnica, a articulação com a gestão e o suporte à formulação de políticas, ao processo de decisão e à formação dos envolvidos<sup>7</sup>. A apresentação de casos exemplares e o compartilhamento das lições aprendidas permitem identificar fortalezas e limites, e servem como subsídio aos gestores e interessados para avançar no tema da institucionalização da

avaliação na atenção básica através do aumento da capacidade avaliativa da organização.

O artigo analisa o desenvolvimento da capacidade avaliativa em um caso exemplar de uma Secretaria de Estado da Saúde na região sul do Brasil, que apresentou resultado satisfatório na sua análise de implantação<sup>7,8</sup>. O caso descrito está inserido no contexto de indução da cultura avaliativa no Sistema Único de Saúde, descrito na Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, e é um dos produtos do projeto de Fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação<sup>9</sup>. A imagem-objetivo do projeto é a institucionalização da avaliação nas secretarias estaduais de saúde e o fortalecimento da capacidade técnica em monitoramento e avaliação (M&A) nas secretarias municipais de saúde. Conta com apoio financeiro do Banco Mundial, por intermédio do Componente III do Projeto de Expansão e Consolidação da estratégia Saúde da Família – PROESF. A Portaria GM/MS nº 1.155, de 11 de junho de 2004<sup>10</sup> designou a habilitação do Plano Estadual e os valores do repasse financeiro para os estados. As unidades federadas deveriam contratar um Centro Colaborador, necessariamente uma instituição de pesquisa ou ensino, para a elaboração da proposta metodológica e início das atividades.

A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SESC) contratou a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) como centro colaborador para prestar o apoio técnico operacional, com início em 2004 e continuidade até o ano de 2006. Um dos produtos foi o Modelo para Avaliação da Gestão da Atenção Básica, que vem sendo aplicado de forma contínua desde o ano de 2008, em todos os municípios do estado<sup>11-13</sup>. Os objetivos de implantação da proposta foram: desenvolver um modelo de avaliação da atenção básica de pronta resposta ao gestor, realizar as avaliações em 100% dos municípios, identificar os pontos críticos da atenção básica e divulgar o processo e resultados de forma compreensível aos gestores, técnicos e sociedade civil. Os objetivos de curto prazo visaram aumentar a capacidade avaliativa e institucionalizar a avaliação; os de médio e longo prazo, obter melhorias na gestão da atenção básica e melhorias sociais em saúde<sup>11</sup>.

O modelo de avaliação considerou duas dimensões: Gestão do sistema municipal de saúde, que reflete a capacidade do gestor de promover o acesso aos serviços de atenção básica; e

Provimento da atenção básica, que corresponde à garantia da assistência à saúde conforme os princípios de universalidade e integralidade. A primeira dimensão é composta pelas subdimensões Atuação Intersetorial, Participação popular, Recursos humanos e Infra-estrutura, com um total de 16 indicadores. A dimensão de Provimento da atenção básica, com as subdimensões Promoção/Prevenção e Diagnóstico/Tratamento, tem como focos a Criança, o Adolescente, o Adulto e o Idoso, com um total de 24 indicadores. São ao todo 40 indicadores, calculados a partir de dados secundários dos sistemas oficiais do SUS e de dados primários declaratórios coletados anualmente pela SES-SC por meio de um formulário eletrônico<sup>12</sup>.

O modelo de avaliação propõe revisões a partir dos resultados observados em cada aplicação, com a finalidade de substituir indicadores não discriminatórios, incluir indicadores de políticas prioritárias, induzir a implantação de novas ações e programas. Essas revisões são realizadas desde 2008, em oficinas de trabalho com participação dos técnicos e gerentes da SES-SC e apoio de professores do Centro Colaborador. Os resultados das avaliações são divulgados em página institucional e em seminário anual com todos os municípios do estado<sup>12,13</sup>.

Destaque-se que o objeto da análise apresentada não é o modelo de avaliação desenvolvido, mas sim o desenvolvimento da capacidade avaliativa em atenção básica a partir das ações do projeto de Fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação, no caso específico da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

#### Metodologia

O estudo, de abordagem mista e caráter exploratório, tem como caso uma Secretaria de Estado da Saúde da região sul do país, participante do Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, componente III do PROESF.

As informações qualitativas são provenientes de documentos e entrevistas. A coleta dos documentos foi feita por solicitação à SES e ao Centro Colaborador e por pesquisa nas páginas eletrônicas das duas instituições, sendo o critério de inclusão a relação com o caso e a pertinência para determinar o seu contexto. Oito documentos foram selecionados: Portaria do Ministério da Saúde, Publicações oficiais, Ata do Conselho

Estadual de Saúde, Deliberação da Comissão Intergestores Bipartite e Relatórios do Centro Colaborador (Quadro 1). Três entrevistas semiestruturadas com informantes-chave foram conduzidas por um pesquisador, gravadas em áudio e transcritas. O número de entrevistas não foi determinado previamente e baseou-se no acúmulo de informações necessárias para compor o caso e triangular os dados. A identificação de dois entrevistados (A e B) ocorreu a partir da análise documental, ambos com responsabilidade de chefia, que indicaram o terceiro entrevistado (C) quando questionados sobre outros possíveis informantes-chave do caso.

<b>Tipo de documento</b> Autor (ano): Título
<b>Portaria ministerial</b> Diário Oficial da União nº 112 (2004): Portaria GM/MS nº 1.155, de 11 de junho de 2004 <sup>10</sup> .
<b>Publicações oficiais</b> Ministério da Saúde (2005): Avaliação da Atenção Básica em Saúde: Caminhos da Institucionalização <sup>9</sup> . Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (2006): Seleção baseada na qualidade e custo nº 01/ 2006, manifestação de interesse <sup>18</sup> .
<b>Ata</b> Conselho Estadual de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (2006): Ata da 129ª. Reunião ordinária do Conselho Estadual de Saúde <sup>14</sup> .
<b>Deliberação</b> Comissão Intergestores Bipartite, Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (2009): Deliberação CIB nº 020, de 24 de abril de 2009 <sup>15</sup> .
<b>Relatórios</b> Centro Colaborador (2006): Relatório final da primeira fase de atividades do Centro Colaborador. Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica de Monitoramento e Avaliação das Secretarias Estaduais de Saúde <sup>11</sup> . Centro Colaborador (2007): Relatório final da consultoria para dar apoio técnico operacional à equipe da Secretaria de Estado da Saúde na implementação da proposta metodológica de Avaliação da Atenção básica <sup>16</sup> . Centro Colaborador (2010): Relatório final de atividades do Centro Colaborador. Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica de Monitoramento e Avaliação das Secretarias Estaduais de Saúde <sup>17</sup> .

Quadro 1. Documentos selecionados.

As informações quantitativas são os resultados da avaliação da gestão da atenção básica realizada pela Secretaria de Estado da Saúde, aplicada a todos os municípios (n=293), no período de 2008 a 2011. Provêm de fonte secundária de livre acesso, na página da instituição ([www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br)), no conteúdo Atenção Básica – Acompanhamento e Avaliação. Esses dados são apresentados para ilustrar a aplicação do modelo e as intervenções institucionais pautadas pela evolução dos indicadores e das políticas prioritárias.

A análise preliminar individual dos documentos e entrevistas partiu de uma narrativa histórica, com a organização dos eventos em ordem cronológica. Essa etapa permitiu identificar os principais documentos e informantes que subsidiaram as análises seguintes. Posteriormente, empregou-se a análise de processos para identificar os eventos lógicos que contribuíram para o desenvolvimento da capacidade avaliativa, com duas categorias pré-definidas: eventos de construção da capacidade avaliativa – aqueles que indicam participação na avaliação, no processo de coleta, análise ou interpretação de dados; e eventos de construção de estrutura organizacional – aqueles que remetem à sustentabilidade e institucionalização da avaliação por meio do contexto organizacional favorável.

A análise quantitativa foi feita através de estatística descritiva e teve a intenção de contrapor as outras fontes e completar a triangulação na análise de processos. A matriz de indicadores da SES teve os dados agregados segundo dimensão e pontuação geral por meio da soma dos valores dos indicadores, convertidos em uma escala monótona de [0,1], sendo a amplitude total 40 pontos - 16 para dimensão gestão e 24 para dimensão provimento. Os indicadores foram convertidos considerando os estratos de porte populacional originais do modelo: Porte 1: até 10 mil habitantes (n=172); Porte 2: de 10 a 50 mil habitantes (n=94); Porte 3: de 50 a 100 mil habitantes (n=15); Porte 4: mais de 100 mil habitantes (n=12).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, de acordo com as normas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sob o número 2.424/ 2011.

## Resultados

A narrativa histórica resumiu os fatos mais importantes de todo o processo desde o seu início no ano de 2004 - publicação da Portaria MS/GM 1.555 para a habilitação dos estados e repasse financeiro - até o ano de 2011, quando a Secretaria de Estado da Saúde realizou a quarta aplicação da avaliação da atenção básica aos municípios. Os eventos lógicos identificados pela análise de processos estão apresentados na linha do tempo (Figura 1).

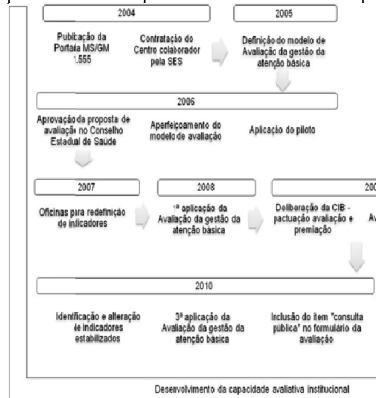


Figura 1. Eventos lógicos da análise de processos.

A Portaria MS/GM 1.555, marco inicial, aprovou e habilitou os planos de monitoramento e avaliação do projeto de Fortalecimento da capacidade técnica nas SES e estabeleceu os valores e prazos de recebimento dos recursos financeiros provenientes do Banco Mundial. A necessidade de contratação do centro colaborador para suporte técnico ratificou a intenção do projeto em construir uma capacidade avaliativa institucional. A Universidade Federal de Santa Catarina teve a manifestação de interesse vencedora o que, segundo o informante A, foi um dos pontos que contribuiu para o sucesso inicial da proposta de colaboração por dois motivos: proximidade geográfica; e convergência de interesses naquele momento histórico - a



universidade estava implantando um núcleo de pesquisa em avaliação em saúde.

Os documentos analisados e as entrevistas com os informantes-chave indicam que o desenvolvimento da capacidade avaliativa requereu a inclusão dos atores institucionais dos níveis estratégico, tático, e operacional do sistema de saúde. A principal estratégia adotada foi a construção de uma metodologia de avaliação, compreendida simultaneamente como objeto e produto para o desenvolvimento da capacidade em M&A dos atores institucionais<sup>14</sup>. O nível estratégico compreende os gestores com cargos de alta chefia, como o secretário de saúde do estado, o nível tático é representado pelos cargos com nível intermediário de chefia, tais como os diretores e gerentes de setores dentro da organização, por fim o nível operacional compreende os técnicos responsáveis pela rotina organizacional da secretaria. À medida que as oficinas tornavam-se mais específicas, o nível estratégico era menos requisitado e o nível operacional mais necessário para a condução das discussões técnicas.

No início do processo, em 2005, foi definido o objeto de avaliação como sendo a *gestão municipal da atenção básica*, o que conduziu para seleção de indicadores que considerassem as atribuições legais da gestão municipal em garantir acesso e reduzir riscos à saúde da população, conforme previsto na Constituição. Nesta etapa, participaram gerentes, diretores e técnicos de diversas áreas da Secretaria de Estado da Saúde, inclusive da Gerência da Atenção Básica, a qual concentra todas as decisões deste nível de atenção. Foram oito oficinas de trabalho, com quatro horas de discussões, que iniciavam com uma breve apresentação dos objetivos e das etapas anteriores, e seguiam abertas, no formato de comitê tradicional<sup>11</sup>.

Nas etapas seguintes, onde se discutiram indicadores e parâmetros, os gerentes e diretores tornaram-se menos ativos e aumentou a participação de técnicos vinculados à Gerência da Atenção Básica, conforme o relato dos informantes A e C. O grupo de técnicos, na ocasião, estava organizado em áreas técnicas específicas - criança, mulher, idoso, saúde mental, saúde bucal, saúde da família, planejamento, etc.. Os diferentes grupos foram consultados separadamente por dois pesquisadores do centro colaborador a fim de identificarem uma lista de indicadores específicos da sua área na atenção básica. Foram realizadas pelo

menos duas reuniões com cada um dos grupos técnicos, que resultaram em uma lista de 152 sugestões de indicadores<sup>11</sup>.

A lista resultante das reuniões com as áreas técnicas foi o subsídio para as oficinas posteriores, que tiveram o objetivo de selecionar os indicadores que comporiam a matriz de avaliação, respeitando o modelo proposto. Nessas oficinas estavam presentes representantes de todas as áreas técnicas da SES-SC, variando entre 15 a 25 participantes nas 12 reuniões semanais realizadas ao longo do segundo semestre de 2005 (informante A).

As oficinas eram conduzidas no formato de comitê tradicional, buscando consenso para cada uma das subáreas de avaliação definidas no modelo proposto. Houve momentos de conflitos de ideias e interesses dos atores durante as reuniões, principalmente pela novidade de conceitos e indicadores mais específicos de gestão - estranhos aos técnicos do setor saúde, que são mais familiarizados com os indicadores epidemiológicos e demográficos. Esses conflitos tornaram-se menos frequentes à medida que as oficinas semanais avançavam na definição de indicadores e parâmetros. Outra dificuldade relatada pelo informante A foi a substituição ou desistência da participação de alguns técnicos. As substituições ocorreram em virtude da dinâmica institucional, que promove mobilidade constante de seus técnicos; e as desistências ocorreram em consequência da intensidade do processo de construção da proposta, que estabeleceu debates e combates que refletiam diretamente a compreensão diferenciada dos papéis na instituição. *[...] discussão muito calorosa, muita gente para definir esses entendimentos, alguns conceitos que conflitavam com a prática do setor de saúde, teve muita discussão de início, muita emoção e sempre com muita dificuldade de entendimento [...].* (Informante A).

O processo de definição de base teórica, de indicadores e de parâmetros culminou com uma aplicação piloto do modelo, em 70 municípios do estado, conduzido em parceria SES - Centro Colaborador no ano de 2006. No ano seguinte foram conduzidas novas oficinas participativas com o nível operacional da gestão estadual a fim de identificar limites na aplicação do projeto piloto, capacitar os técnicos na coleta e análise dos dados e providenciar alterações necessárias para o aprimoramento da matriz avaliativa<sup>11,16,17</sup>.

A partir do ano de 2008 a proposta passou a ser aplicada anualmente e tornou-se a Avaliação da gestão da atenção básica, conduzida autonomamente pela SES e realizada em todos os municípios do estado<sup>12</sup>. Constituem fontes de divulgação dos resultados das avaliações os encontros oficiais de gestores, Seminários Estaduais de Saúde da Família e a Revista Catarinense de Saúde da Família, organizada e distribuída pela SES. Os resultados também ficam disponíveis em página institucional, acompanhados por textos explicativos dos objetivos da avaliação, da sua metodologia, dos cálculos do juízo de valor e resultados anteriores<sup>12,13</sup>. A divulgação oficial do resultado da Avaliação ocorre no segundo semestre do ano, na capital do estado, durante a Mostra de experiências bem sucedidas em atenção básica, com exposição de trabalhos dos municípios. Na última edição, em 2011, aproximadamente mil pessoas entre gestores, técnicos e profissionais de saúde dos municípios participaram do evento. [...] *tinha quase mil pessoas, um evento assim bem mais organizado, trouxeram equipe vieram muitos prefeitos [...].* (Informe B)

Os eventos lógicos apresentados na linha do tempo deram origem a outros eventos igualmente importantes para o desenvolvimento da capacidade avaliativa, que foram classificados em dois grupos: os eventos que contribuíram para o desenvolvimento técnico em M&A e os eventos para a criação de estruturas que possibilitassem a continuidade da avaliação e a formalizassem como um processo organizacional.

#### Eventos para o desenvolvimento técnico em monitoramento e avaliação:

Os eventos para a capacitação técnica estão ligados ao desenvolvimento participativo da proposta, com caráter pedagógico para o aperfeiçoamento em M&A<sup>11</sup>, por meio da inclusão dos interessados na construção do modelo avaliativo, nas fases de desenho, coleta e análise de dados, e comunicação dos resultados. A participação dos técnicos da secretaria ocorreu em oficinas de trabalho com o centro colaborador para a construção e pactuação do modelo de avaliação e indicadores. Outro evento identificado foi a modificação de indicadores pela secretaria de saúde, realizada anualmente por meio de oficinas de trabalho com técnicos da Gerência de Atenção Básica, inclusive já sem a participação do Centro Colaborador em 2011, indicando autonomia na condução da avaliação.

Segundo o informante-chave B, a equipe responsável pela avaliação identificou um comportamento estabilizado de alguns indicadores e, após discussão do grupo, houve a tomada de decisão para a sua troca, definindo novas metas a serem alcançadas pelos municípios. [...] em 201,1 antes da aplicação, fizemos uma oficina e mudamos os indicadores, aqueles que estavam ultrapassados ou nos quais todo mundo estava igual [...] fizemos a discussão dos indicadores e depois dividimos em grupo e cada um pensou uma área [...] depois juntamos tudo e alguns indicadores a gente alterou. (Informante B).

A fim de ampliar a participação dos municípios na avaliação, foi inserido um campo para consulta pública no formulário de coleta de dados, para contribuições em formato de sugestões ou críticas<sup>12</sup>. Oportunizou-se a participação dos técnicos estaduais e municipais em cursos de especialização e treinamento em serviço. Um curso básico de M&A da atenção básica e um de especialização em avaliação em saúde formaram 115 alunos, vinculados ao estado e aos municípios<sup>11,16</sup>.

#### Eventos para a criação de estruturas organizacionais

Os eventos para a criação de estruturas organizacionais que formalizassem a avaliação como rotina e contribuisse para a sua continuidade são: legitimação pelo Conselho Estadual de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite; definição e adequação de recursos financeiros, humanos e físicos às atividades de M&A; criação de oportunidades para continuar a parceria institucional com o Centro Colaborador.

O Conselho Estadual de Saúde aprovou a proposta do projeto piloto e as aplicações nos municípios<sup>14</sup>. A Comissão Intergestores Bipartite pactuou uma premiação em dinheiro para os municípios com melhor desempenho no seu porte populacional, e inseriu a avaliação como uma das atividades para expansão e fortalecimento da atenção básica no estado<sup>15</sup>, possibilitando a definição do co-financiamento da atenção básica. Esses recursos financeiros são disponibilizados a todos os municípios do estado para ser utilizado em atividades exclusivas da atenção básica e são independentes do desempenho municipal na avaliação.

Um setor responsável pela avaliação foi criado na Gerência de Atenção Básica, e o responsável atual está cursando pós-graduação e possui vínculo com o grupo de pesquisa em avaliação, a exemplo de outros gerentes e técnicos da SES,

segundo informações do entrevistado B. Além dessa parceria entre os atores institucionais, o estado publicou um edital próprio para contratar por mais um ano o Centro Colaborador, assegurando oficialmente a colaboração<sup>18</sup>.

As fortalezas, limitações e retrocessos do caso apresentado relacionam-se principalmente ao contexto político-institucional: recursos humanos, parcerias e mudanças de gestão e gerência. O informante-chave B relatou a dificuldade em formar uma equipe para trabalhar exclusivamente com avaliação, e que, atualmente, duas pessoas trabalham com o tema na atenção básica, porém não estão exclusivamente dedicadas a isso. Houve um período de mudança de gestão estadual que não influenciou de forma negativa a continuidade do processo. A criação de uma Câmara Técnica para discutir assuntos específicos da atenção básica e o co-financiamento aos municípios fortaleceu o contexto para a continuidade da Avaliação da gestão da atenção básica. Diversas mudanças de chefia na Gerência da Atenção Básica e a aposentadoria de um dos atores da SES que acompanhou todo o processo desde a publicação da portaria de habilitação até as primeiras aplicações da avaliação aos municípios geraram um curto período de estagnação pelo enfraquecimento de lideranças. Posteriormente, técnicos da secretaria estadual passaram a participar de projetos de pesquisa e do programa de pós-graduação, na área de avaliação, na Universidade Federal de Santa Catarina e esse novo vínculo entre as instituições, segundo os informantes B e C, deu novo fôlego ao setor de M&A da Gerência da Atenção Básica.

A análise quantitativa teve caráter descritivo, para evidenciar mudanças ao longo do período de avaliações consequentes de intervenções institucionais. A tabela 1 apresenta os valores médios, com desvio-padrão, e a amplitude total de valores, segundo porte populacional e ano. A figura 2 apresenta a evolução média dos valores dos indicadores municipais conforme as dimensões delimitadas pelo modelo de avaliação.

Na dimensão Gestão houve aumento dos valores médios e mínimos dos indicadores, e redução da variabilidade entre municípios. Os municípios de porte 3 mantiveram a tendência de aumento até o ano de 2011, enquanto que os outros portes apresentaram redução do valor em comparação com 2010. As médias na dimensão Gestão variaram entre 28 e 54% do valor máximo possível de pontos, com médias maiores nos anos 2010 e

2011 nos municípios maiores. Na dimensão Provimento, os valores médios se elevaram até o ano de 2010, com decréscimo expressivo no ano 2011. As médias da dimensão Provimento variaram entre 44 e 61% do valor máximo possível de pontos, com médias maiores em 2009 e 2010 nos municípios de porte 1, e médias menores em 2011 para todos os municípios do estado.

Porte	Ano	Dimensão Gestão+Provimento				Dimensão Gestão				Dimensão Provimento			
		Méd	Dp	Min	Máx	Méd	Dp	Min	Máx	Méd	Dp	Min	Máx
1 até 10 mil habitantes	2008	16,65	4,21	8,38	27,40	4,49	3,08	0,09	10,73	12,16	1,61	7,87	17,13
	2009	18,35	3,08	11,67	25,34	4,43	2,66	1,22	9,90	13,92	1,13	9,67	16,47
	2010	21,12	3,79	9,61	29,84	6,50	2,63	0,29	12,47	14,62	1,56	9,22	18,23
	2011	17,41	2,60	11,32	24,85	6,31	1,95	1,41	11,77	11,10	1,13	8,32	14,34
	total	<b>18,38</b>	<b>3,86</b>	<b>8,38</b>	<b>29,84</b>	<b>5,43</b>	<b>2,78</b>	<b>0,09</b>	<b>12,47</b>	<b>12,95</b>	<b>1,96</b>	<b>7,87</b>	<b>18,23</b>
2 10 a 50 mil habitantes	2008	16,37	4,26	7,95	24,71	4,94	2,94	0,17	10,65	11,43	1,92	6,82	15,14
	2009	17,67	2,87	10,64	22,86	4,83	2,42	1,41	9,44	12,84	1,47	7,65	15,32
	2010	20,63	3,47	10,46	27,74	7,02	2,40	0,56	11,45	13,62	1,72	8,58	17,57
	2011	17,06	2,31	12,40	24,94	6,33	1,57	2,98	11,19	10,73	1,30	7,27	13,84
	total	<b>17,93</b>	<b>3,68</b>	<b>7,95</b>	<b>27,74</b>	<b>5,78</b>	<b>2,55</b>	<b>0,17</b>	<b>11,45</b>	<b>12,15</b>	<b>1,97</b>	<b>6,82</b>	<b>17,57</b>
3 50 a 100 mil habitantes	2008	18,07	4,41	10,50	23,73	5,98	2,86	0,59	9,03	12,09	2,16	8,51	15,53
	2009	20,07	3,92	13,39	24,47	6,74	2,59	1,75	10,16	13,33	2,18	8,47	16,16
	2010	18,86	4,63	7,96	26,99	7,53	3,10	0,00	11,46	12,32	2,00	7,96	15,79
	2011	18,69	1,99	16,46	21,91	8,17	1,37	5,74	10,23	10,52	1,31	8,30	12,52
	total	<b>19,17</b>	<b>3,87</b>	<b>7,96</b>	<b>26,99</b>	<b>7,11</b>	<b>2,63</b>	<b>0,00</b>	<b>11,46</b>	<b>12,07</b>	<b>2,15</b>	<b>7,96</b>	<b>16,16</b>
4 > 100 mil habitantes	2008	18,77	4,10	9,96	23,40	6,73	2,98	1,06	10,31	12,03	1,74	8,90	14,42
	2009	20,65	4,39	12,81	26,62	7,12	3,37	1,90	11,02	13,73	1,99	10,80	17,29
	2010	21,48	3,40	15,45	25,92	8,62	2,43	4,08	11,94	12,86	2,20	8,99	16,58
	2011	18,25	2,87	14,18	23,61	7,17	1,47	5,21	9,54	11,08	2,22	8,94	16,02
	total	<b>19,84</b>	<b>3,87</b>	<b>9,96</b>	<b>26,62</b>	<b>7,41</b>	<b>2,67</b>	<b>1,06</b>	<b>11,94</b>	<b>12,42</b>	<b>2,21</b>	<b>8,90</b>	<b>17,29</b>
<b>Total geral</b>		<b>18,34</b>	<b>3,82</b>	<b>7,95</b>	<b>29,84</b>	<b>5,71</b>	<b>2,74</b>	<b>0,00</b>	<b>12,47</b>	<b>12,63</b>	<b>2,02</b>	<b>6,82</b>	<b>18,23</b>

Tabela 1. Valor médio, desvio padrão, mínimo e máximo dos indicadores municipais segundo dimensões, porte populacional e ano da avaliação. Santa Catarina, 2008-2011.

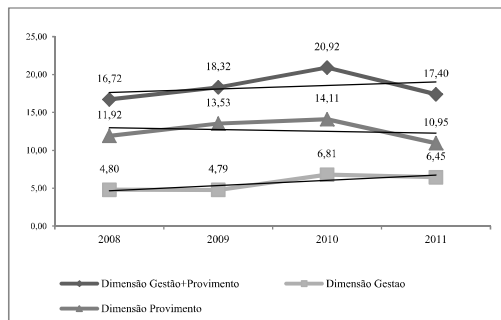


Figura 2. Evolução anual dos indicadores municipais segundo dimensões avaliativas. Santa Catarina, 2008-2011.

### Discussão

As escolhas metodológicas se justificam pelo objetivo do estudo, que é identificar e analisar transformações em uma determinada intervenção, explicar como e por que ocorreram e em qual contexto. Utilizou-se a abordagem de análise de processos para sistematizar as evidências, a qual considera a cadeia de eventos – as atividades e as escolhas realizadas – para a transformação da intervenção ao longo do tempo em um dado contexto organizacional<sup>19,20</sup>. A abordagem mista possibilita corroborar os achados por meio da triangulação de métodos aumentando a validade interna da pesquisa. O estudo tem caráter exploratório porque não há experiências semelhantes na literatura que possam servir de comparação para os achados. Experiências de desenvolvimento da capacidade avaliativa ou aplicação de metodologias de avaliação em secretarias estaduais de saúde tem sido relatadas na literatura nacional<sup>6</sup>, no entanto ainda não são encontrados relatos de uma série temporal de avaliações como a apresentada neste estudo de caso. O fato de ser uma proposta de avaliação que se manteve ao longo dos anos já fornece uma evidência de capacidade avaliativa diferenciada.

Em um primeiro momento, o contexto organizacional da Secretaria de Estado da Saúde apresentou-se favorável para a implantação<sup>7,8</sup> da proposta de avaliação por conta do espírito para institucionalizar a avaliação no âmbito da atenção básica e do

incentivo financeiro para desenvolver as propostas metodológicas e capacitar atores institucionais; porém, estes não constituem fatores suficientes para sua sustentabilidade. São considerados pontos críticos para que uma intervenção continue a cumprir seus objetivos sem interrupções e mantenha um conjunto de recursos e atividades duráveis: a permanência da relevância e da legitimidade, a estabilidade financeira, a capacidade de adaptar-se às mudanças de contextos político-institucionais, e constância na motivação dos envolvidos<sup>1</sup>. O estudo de caso demonstrou que esses pontos foram cobertos principalmente pelo contexto político-organizacional.

Por ocasião da implantação do PROESF, a universidade apresentava um núcleo de pesquisa em avaliação emergente, com projetos convergentes com os interesses do estado em institucionalizar a avaliação, e os interesses comuns estreitaram as relações entre instituições. A parceria consolidada entre o Centro Colaborador e a SES garantiu confiança mútua para desenvolver as atividades e informalidade de relações para desenvolvimento de capacidades e aptidões também fora do círculo acadêmico. Para alcançar uma liderança coletiva<sup>21</sup> ou formar parcerias, uma rede sócio-técnica, há que superar as diferenças entre os conceitos, as práticas de avaliação, a identificação da pertinência de fazê-la, e principalmente no caso da parceria ensino-pesquisa-gestão, a percepção quanto ao tempo necessário e o tempo possível para produzir as informações e tomar as decisões<sup>22</sup>. A criação de redes de avaliação, com multiplicidade de profissionais e de *expertises* em avaliação fortalece as barreiras protetoras, assim o conhecimento não se concentra em um determinado espaço mas caminha entre os nós da rede<sup>22</sup>, trazendo a liderança do coletivo e passando a não depender de indivíduos que, se forem realocados ou saírem da instituição, levarão sua liderança e seus conhecimentos<sup>21</sup>.

A SES apresenta uma organização de setores, onde a Gerência da Atenção Básica centraliza as responsabilidades desse nível de atenção, inclusive as ações de monitoramento e avaliação. O estudo de Sampaio et al (2011)<sup>23</sup> aponta fatores relevantes para alcançar um contexto favorável à capacidade de governo: direcionalidade na gestão e definição clara das funções internas, capacidade resolutiva/operativa, liderança da coordenação/ gerência, autonomia dos núcleos regionais, participação do controle social e tomada de decisão



democratizada, dotação orçamentária, qualificação de profissionais e adequação das funções às suas capacidades técnicas, comprometimento e participação dos atores. O contexto apresentado neste caso e os resultados dos estudos de Felisberto et al (2010)<sup>7</sup> e Alves et al (2010)<sup>8</sup> que analisaram a mesma secretaria estadual, define os indícios de que o desenvolvimento da capacidade avaliativa teve grande influência do contexto político-organizacional existente previamente, ao qual soma-se a criação de um setor para M&A na atenção básica.

A definição de estruturas organizacionais para a inserção da avaliação nos processos desenvolve barreiras protetoras para evitar a diluição do que foi alcançado<sup>21</sup>. A inclusão da CIB e das gerências regionais no processo de avaliação possibilitou estabilidade independente das mudanças de governo. A divulgação dos resultados em página eletrônica, em seminários e encontros de gestores foi uma estratégia para melhorar a comunicação e a retroalimentação entre as esferas estadual e municipais, a consulta pública aos municípios ofereceu oportunidade de participação aos gestores responsáveis diretos pela atenção básica.

A distância entre o entendimento dos gestores quanto à finalidade e momento da avaliação e o que ocorre na rotina da instituição constitui uma das dificuldades na institucionalização da avaliação, que acaba sendo finalística, não formativa, com pouca utilidade por ser verticalizada e centrada na simples contabilização de determinados eventos. A avaliação orientada para a utilização e participativa coloca os interessados no centro do processo, o avaliador passa a ser um negociador, unindo as premissas da avaliação às expectativas dos interessados, que muitas vezes são divergentes<sup>24</sup>. Na experiência relatada, a definição do objeto e finalidade da avaliação através de oficinas de trabalho com presença de diretores, gerentes e técnicos da SES, possibilitou a identificação das necessidades dos interessados e a condução da metodologia em consonância com o esperado. Houve uma preocupação em formar e desenvolver a capacidade técnica dos atores desde as primeiras discussões para a definição do objeto da avaliação. Outro aspecto a destacar é o aprendizado ocorrido durante a rotina de trabalho, o fazer do dia-a-dia, que permitiu ser desenhado devido à série de avaliações e atividades realizadas desde 2006. A identificação de problemas em indicadores ou a percepção de mudança de prioridade para a

avaliação, e a decisão de alterar indicadores demonstram a capacidade técnica em M&A dos atores envolvidos.

Os resultados da análise quantitativa apresentam um decréscimo dos valores médios em 2011 após o crescimento do período 2008-2010, que ocorreu pelas alterações nos indicadores realizadas pela gestão estadual por conta da identificação da estabilidade de alguns indicadores que não estavam discriminando o desempenho dos municípios. As alterações dos indicadores não são preocupantes nessa análise descritiva porque o seu objetivo não é comparar os municípios ou construir modelos estatísticos, mas aumentar a validade interna do estudo de caso corroborando os achados da análise qualitativa.

A dimensão gestão é composta por indicadores oriundos, na sua maioria, de informações fornecidas pelos municípios por meio de formulário eletrônico, e os resultados observados, bastante abaixo do idealizado, sugerem a compreensão da avaliação como um processo que busca melhorar os aspectos deficitários, uma vez que não há constrangimento dos respondentes em evidenciar as falhas observadas na gestão da atenção básica no próprio município. Os indicadores da dimensão Provimento são, na grande maioria, os clássicos utilizados em avaliação em saúde, incluindo os presentes em pactos e avaliações propostos pelo Ministério da Saúde. Algumas adequações e substituições foram realizadas nesse grupo de indicadores para acompanhar alterações pactuadas e induzir programas em implantação, como: cumprimento do plano de amostragem do VigiÁgua segundo a diretriz nacional, percentual de adolescentes acompanhados pelo Sisvan, proporção de casos de tuberculose em que realizam Tratamento Diretamente Observado, e oferta de prótese dentária na Estratégia de Saúde da Família<sup>12</sup>. Isso corrobora a evidência do desenvolvimento da capacidade técnica dos atores que conectaram os conhecimentos em avaliação ao processo de planejamento para melhoria da gestão da atenção básica, determinando quando novas prioridades devem ser estabelecidas pelas políticas públicas.

#### Considerações finais

A implantação de propostas de avaliação geralmente é acompanhada de preocupações dos avaliados quanto às consequências do seu resultado, tais como o aumento de cobranças e da carga de trabalho ou a perda de poder. O

desenvolvimento da proposta metodológica apresentada pautou-se no conceito de avaliação participativa, inseriu os interessados no processo avaliativo, proporcionando a reflexão sobre o trabalho desenvolvido na instituição e a aprendizagem sobre avaliação<sup>24</sup>. Teve caráter pedagógico com intuito de influenciar práticas organizacionais, competências individuais, de grupo e relações interpessoais.

Já a implantação de uma política de avaliação esbarra na dificuldade da sustentabilidade principalmente pela alternância político-partidária na gestão, com as alternâncias dos cargos de gerência, e consequentes mudanças de orientação para ações e programas instituídos. A adaptação aos novos instrumentos, decorrentes do dinâmico aprimoramento do sistema de saúde, também limita a institucionalização da avaliação<sup>7</sup>. Neste caso exemplar ocorreram alternâncias em decorrência das trocas de gestão municipal ou estadual e mudanças nas prioridades e interesses do governo. Tais alterações foram, na medida do possível, incorporadas ao modelo de avaliação por meio da inclusão de novos participantes, novas orientações aos municípios, ou substituições de indicadores na matriz de avaliação.

A análise triangulada permitiu identificar indícios de que o objetivo de desenvolver a capacidade avaliativa foi alcançado. A pactuação em instâncias deliberativas para a continuidade da avaliação, a coleta e análise dos dados realizada pela SES, a iniciativa de mudança de indicadores e reestruturação da matriz avaliativa, a comunicação dos resultados aos municípios formaram a cadeia lógica de eventos. A evolução dos indicadores municipais no período de 2008 a 2011 sugere que a avaliação cumpriu a médio prazo o objetivo de melhorar a gestão da atenção básica e o seu provimento. Por fim, este caso resulta da parceria entre instituições de ensino e pesquisa e secretarias estaduais e municipais de saúde no desenvolvimento de uma proposta metodológica para avaliar a atenção básica, reafirmando o papel da pesquisa no desenvolvimento de ferramentas aplicadas à prática da gestão e a importância da formação de redes de trabalho<sup>21</sup>.

## Referencias bibliográficas

1. Cousins JB, Amo C, Bourgeois I, Chouinard J, Goh SC, Lahey R. Organizational capacity to do and use evaluation: results of a pan-canadian survey of evaluators. *The Canadian Journal of Program Evaluation*. 2008 23(3): 1-35.
2. Bourgeois I, Chouinard JA, Cousins JB. Understanding organizational capacity for evaluation: synthesis and integration. *The Canadian Journal of Program Evaluation*. 2008 23(3): 225-237.
3. King JA. Developing evaluation capacity through process use. *New Directions for Evaluation* 2007, 116:45-59.
4. Bourgeois I, Cousins JB. Understanding dimensions of organizational evaluation capacity. *American Journal of Evaluation* 2013 34(3):299-319.
- 5- Mayne J. Building an evaluative culture for effective evaluation and results management. ILAC Working Paper 8, Rome, Institutional Learning and Change Initiative. 2008.
6. Tamaki E, Barbieri AR, Cazola LHO, Andrade SMO, Tanaka OY. A incorporação da avaliação da atenção básica no nível estadual do Sistema Único de Saúde através de processos participativos de ensino-aprendizagem-trabalho. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2010 10 (Supl. 1):S201-S208.
- 7- Felisberto E, Freese E, Bezerra LCA, Alves CKA, Samico I. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2010 26(6):1079-1095.
- 8- Alves CKA, Carvalho EF, Cesse EAP, Natal S, Bezerra LCA, Felisberto E. Análise da implantação de um programa com vistas à institucionalização da avaliação em uma Secretaria Estadual de Saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2010 10 (Supl. 1): S145-S156.
- \*9- Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica/ Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. *Avaliação na Atenção Básica em Saúde, caminhos da institucionalização*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 36p.
- \*10. Brasil/ Ministério da Saúde. Portaria GM/ MS nº 1.155, aprova, habilita e estabelece valores aos Estados para participarem do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família - PROESF (Jun. 11, 2004).

- \*11- Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (Universidade Federal de Santa Catarina). Relatório final da primeira fase de atividades do Centro Colaborador. Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica de Monitoramento e Avaliação das Secretarias Estaduais de Saúde. Florianópolis: Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde: 2006. 236p.
- \*12- Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina [Internet]. [cited 2011 Jul, Nov] Available from: <http://www.saude.sc.br>.
- \*13- Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde [Internet]. [cited 2011 Jun]. Available from: <http://www.nepas.ufsc.br>.
- \*14- Santa Catarina/ Secretaria de Estado da Saúde/ Conselho Estadual de Saúde. Ata da 129ª Reunião ordinária do Conselho Estadual de Saúde (Dec. 20, 2006).
- \*15- Santa Catarina/ Secretaria de Estado da Saúde/ Comissão Intergestores Bipartite. Ata da 142ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Bipartite (Jul. 16, 2009).
- \*16- Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (Universidade Federal de Santa Catarina). Relatório final da consultoria. Florianópolis: Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde: 2007. 85p.
- \*17- Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (Universidade Federal de Santa Catarina). Relatório final de atividades do Centro Colaborador. Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica de Monitoramento e Avaliação das Secretarias Estaduais de Saúde. Florianópolis: Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde: 2010. 14p.
- \*18- Estado de Santa Catarina/ Secretaria do Estado da Saúde/ Fundo estadual de saúde/ Superintendência de gestão administrativa/ Gerência de compras. Seleção baseada na qualidade e custo nº 01/2006, manifestação de interesse. Available from: <http://www.saude.sc.gov.br> [cited 2011 Nov].
- 19- Langhley A. Strategies for theorizing from process data. The Academy of Management Review 1999 24(4): 691-710.
- 20- Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz ZMA. Concepts et méthodes d'évaluation des interventions. 2<sup>e</sup> ed. Les Presses de l'Université de Montréal; 2011. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos AP, Denis JL. L'analyse d'implantation; p. 237-73.

21- Denis JL. Institucionalização da avaliação na administração pública. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2010 10 (Supl. 1): S229-S237.

22- Hartz ZM, Felisberto E, Vieira da Silva LM. Meta-avaliação da atenção básica à saúde, teoria e prática. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. Hartz ZM, Santos EM, Matida A. Promovendo e analisando o uso e a influência das pesquisas avaliativas; p.325-340.

23- Sampaio J, Carvalho EMF, Pereira GFC, Mello FMB. Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes. Ciência & Saúde Coletiva. 2011 16(1):279-290.

24- Stufflebeam GF, Madaus G, Kellaghan T. Evaluation Models. New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow: Kluwer Academic Publishers; 2000. Patton MQ. Utilization-focused evaluation; p. 425-38.

\* Documentos da análise documental

#### **Artigo 4. O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde: um estudo de caso no sul do Brasil.**

##### **Resumo**

Objetivo: realizar uma meta-avaliação, com foco na utilização, em um estado no sul do Brasil. Métodos: estudo de caso com coleta de dados primários através de entrevistas semiestruturadas com gestores e técnicos das secretarias de saúde municipais e estadual, somando quinze entrevistados distribuídos entre os quatro municípios incluídos no estudo e a secretaria estadual. A análise de conteúdo foi feita segundo categorias pré-definidas pela matriz avaliativa: contexto político-organizacional e implantação da avaliação. Resultados: o contexto político-organizacional apresentou fragilidades nos quesitos de experiência, equipe destinada à avaliação e espaço e tempo disponível para reflexão. A autonomia técnica foi verificada no estado e em um município. Na implantação da avaliação a qualidade avaliativa satisfaz os quesitos de utilidade, viabilidade, propriedade e acurácia, porém não houve uma definição dos usos e usuários prévia à avaliação, a tradução do conteúdo nos relatórios utilizou linguagem técnica e foi acessível aos interessados. Houve relato de uso dos resultados para planejamento de ações em dois municípios, a conferência dos dados e preocupação com os sistemas de informação foi unânime, ainda houve relatos de uso político como reconhecimento externo e afirmação da qualidade das ações. Conclusões: a avaliação conseguiu produzir informações importantes aos atores municipais, sendo o contexto político-organizacional o principal limitante do uso.

Avaliação em saúde; Gestão em saúde; Atenção primária à saúde, Utilização de avaliação

### Introdução

Fatores como o complexo quadro epidemiológico da população, o rápido desenvolvimento de novas tecnologias em saúde, e a demanda de mecanismos regulatórios e de avaliação por organismos financiadores desafiam o gestor a organizar serviços de saúde que atendam às necessidades da população com tecnologia e custo adequado<sup>1</sup>.

A avaliação fundamentada em padrões estabelecidos ou conhecimento científico é um importante instrumento para qualificar a gestão pública de saúde subsidiando a tomada de decisão<sup>2</sup>. Ela já compõe a agenda governamental em diversos países e sua institucionalização pode ser percebida naqueles mais desenvolvidos, enquanto que os países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, ainda estão em fase de implantação de processos de avaliação. Neste sentido, a política de institucionalização da avaliação na atenção básica, entre os anos de 2003 e 2006, permitiu que projetos fossem elaborados e desenvolvidos com financiamento específico, o que gerou substancial conteúdo de experiências. Na sua continuidade, estudos vem sendo desenvolvidos através de parcerias entre instituições de ensino e pesquisa e as instâncias de gestão do SUS<sup>2-4</sup>.

O artigo analisa o uso de uma avaliação em uma Secretaria de Estado da Saúde na região sul do Brasil, considerada um caso exemplar e com boa avaliação quanto à implantação de seu projeto de fortalecimento da capacidade avaliativa. O caso que compõe a avaliação está inserido no contexto de indução da cultura avaliativa pela Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, com objetivo de institucionalizar a avaliação nas secretarias estaduais de saúde e fortalecer a capacidade técnica em monitoramento e avaliação (M&A) nas secretarias municipais de saúde. A avaliação foi um dos produtos do projeto de Fortalecimento das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação.

O projeto teve início no ano de 2004, com apoio técnico operacional de um grupo de pesquisa em avaliação vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina. As etapas de desenvolvimento e aplicação do piloto terminaram no ano de 2006. Um dos produtos foi o Modelo para Avaliação da Gestão da Atenção Básica, que vem sendo aplicado de forma contínua desde o ano de 2008, em todos os municípios do estado. Os



objetivos de implantação da avaliação pelo estado foram: desenvolver um modelo de avaliação da atenção básica de pronta resposta ao gestor, realizar as avaliações em 100% dos municípios, identificar os pontos críticos da atenção básica e divulgar o processo e resultados de forma compreensível aos gestores, técnicos e sociedade civil. Os objetivos de curto prazo visaram aumentar a capacidade avaliativa e formalizar a avaliação; os de médio e longo prazo, obter melhorias na gestão da atenção básica e melhorias sociais em saúde.

Essa avaliação apresenta duas dimensões: Gestão do sistema municipal de saúde, que reflete a capacidade do gestor de promover o acesso aos serviços de atenção básica; e Provimento da atenção básica, que corresponde à garantia da assistência à saúde conforme os princípios de universalidade e integralidade. A primeira dimensão é composta pelas subdimensões Atuação Intersetorial, Participação popular, Recursos humanos e Infra-estrutura, com um total de 16 indicadores. A dimensão de Provimento da atenção básica, com as subdimensões Promoção/Prevenção e Diagnóstico/Tratamento, tem como focos a Criança, o Adolescente, o Adulto e o Idoso, com um total de 24 indicadores. São ao todo 40 indicadores, calculados a partir de dados secundários dos sistemas oficiais do SUS e de dados primários declaratórios coletados anualmente pela SES por meio de um formulário eletrônico.

São realizadas revisões a partir dos resultados observados em cada aplicação, com a finalidade de substituir indicadores não discriminatórios, incluir indicadores de políticas prioritárias, induzir a implantação de novas ações e programas. Elas ocorrem desde o ano de 2008, em oficinas de trabalho com participação dos técnicos e gerentes da SES e apoio de professores e pesquisadores do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina. Os resultados das avaliações são divulgados em página institucional e em seminário anual com a presença de representantes de todos os municípios do estado.

Uso da avaliação são as consequências relevantes a serem consideradas como resultado de um processo avaliativo<sup>9</sup>. As avaliações, com algumas exceções, ainda têm modesta influência nas decisões de políticas públicas, os seus resultados e relatórios não são imediatamente traduzidos em ações, e os processos pelos quais ela afeta as ações organizacionais e seus resultados a curto

e longo prazo não têm sido suficientemente estudados e explorados pelos avaliadores<sup>1,7-9</sup>. Existem classificações de tipos de uso, por exemplo, o uso instrumental refere-se a usos tangíveis e diretos das conclusões ou das recomendações da avaliação para tomar decisões como mudanças na política, no financiamento, na operacionalização de alguma meta<sup>7</sup>; uso processual refere-se às mudanças ocorridas no comportamento individual ou organizacional como resultado da participação em uma avaliação, como o compartilhamento de experiências, aumento do comprometimento dos interessados diretos e indiretos na avaliação<sup>10</sup>; já o uso simbólico ou político refere-se a usos não tangíveis que legitimam ou subsidiam uma decisão já tomada ou posições políticas pré-definidas. Também ocorre quando a avaliação fornece uma referência independente e objetiva para justificar as ações e argumentar por uma decisão. Há uma importante diferença entre utilizar a avaliação para confirmar uma posição existente e distorcer ou manipular a avaliação ou seus resultados para os propósitos dos interessados<sup>7</sup>.

A possibilidade de verificar o uso de uma avaliação conduzida por instituições públicas e financiada pelo governo promove uma prestação de contas à sociedade, e uma oportunidade de demonstrar a transparência e a responsabilidade com os gastos públicos na área da saúde onde os recursos são sempre escassos e muito disputados<sup>8</sup>.

O termo meta-avaliação foi introduzido por Michael Scriven, em 1969, conceituando-a como qualquer tipo de avaliação cujo objeto é outra avaliação, constituindo um processo de descrição, julgamento e síntese de um estudo ou outro procedimento avaliativo que assegura a sua qualidade. Fundamenta-se na verificação de coerência teórica, prática e ética da pesquisa aos padrões e critérios validados<sup>11</sup>. Padrões e critérios para efetuar o julgamento quanto à qualidade da avaliação são divulgados e revisados por instituições especializadas, como a *American Evaluation Association (Guiding Principles for Evaluation)* e o *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation*<sup>12</sup>. A aplicação dos critérios não resume o conceito de meta-avaliação, uma vez que são bastante genéricos e compreendem na sua origem uma cultura diferente da brasileira, baseada nas experiências norte-americanas. Os conceitos de utilidade, precisão e responsabilidade social devem ser traduzidos para a realidade local e a finalidade maior da meta-avaliação é

ajudar a avaliação a alcançar três potencialidades: “auxiliar a qualificação do objeto avaliado; empoderar os grupos de interesse envolvidos; e gerar subsídios para o contínuo aprimoramento teórico e prático do campo da avaliação”<sup>13</sup>.

A experiência de Santa Catarina envolveu os interessados na avaliação na sua construção e no aprimoramento dos indicadores, também é inovadora em sua continuidade, sendo realizada anualmente desde o ano de 2008. Essas características despertaram a curiosidade de aprofundar o estudo sobre os resultados de curto e médio prazo decorrentes dessa avaliação, além disso, existe uma lacuna de estudos empíricos que avaliem uso e influência das avaliações nas decisões ou na melhoria da gestão em saúde no Brasil<sup>1</sup>.

As questões investigadas neste estudo consideram o contexto político-organizacional das secretarias municipais de saúde e da secretaria de estado da saúde para identificar quais características da implantação da avaliação influenciam o uso e quais as consequências relevantes da avaliação no caso estudado. O estudo tem caráter qualitativo e, portanto não tem função comparativa entre os municípios, o foco é identificar o uso e os fatores contextuais e avaliativos que interferiram nele.

#### Metodologia

Estudo de caso único, com dois níveis de análise do sistema de saúde: estadual/ central e municipal para meta-avaliar uma intervenção, com foco na sua utilização, a partir de entrevistas com gestores municipais e estadual. A seleção das unidades de análise se deu com base no desempenho dos municípios nas avaliações no período de 2008 a 2011, e o critério de inclusão foi apresentar um dos cinco melhores conjuntos de indicadores nas avaliações do período, em quatro estratos por porte populacional: Porte I - até 10 mil habitantes; Porte II - de 10 a 50 mil habitantes; Porte III - de 50 a 100 mil habitantes; Porte IV - mais de 100 mil habitantes. Considerou-se que os municípios com melhores indicadores apresentassem maior chance de utilização da avaliação do que os demais, portanto a amostra de municípios foi intencional.

Foram excluídos aqueles municípios em que não houvesse um informante-chave com, no mínimo, dois anos consecutivos de participação do processo avaliativo, o que permitiu identificar as unidades em que a memória institucional apresentava

interrupções. Quatro tentativas de contato eram realizadas com o responsável pela atenção básica nos municípios, em ordem decrescente de classificação, até obter a unidade representativa do estrato. Para o Porte II não foi possível identificar um município elegível ou que aceitasse participar da pesquisa. As unidades de análise investigadas foram, além da própria Secretaria de Estado da Saúde, os municípios de Porte I, III e IV, mais a capital do estado (Porte IV).

A coleta de dados de fonte primária ocorreu por entrevistas semiestruturadas. O critério de indicação do entrevistado era ser responsável pela atenção básica no município e ter participado no mínimo em dois anos consecutivos da avaliação. Destaque-se que o responsável pela atenção básica é quem preenche o formulário anual da avaliação e o contato direto da Gerência de Atenção Básica da Secretaria de Estado da Saúde com o município. A estratégia para determinar o número de entrevistas não pode ser baseada em esgotamento de informações porque havia um número limitado de pessoas que participaram e conheciam o processo da avaliação. Assim, era solicitado ao primeiro contato que indicassem outros que também tivessem participado da avaliação por pelo menos dois anos consecutivos para a entrevista. Além dos gestores, foram solicitadas indicações de profissionais de unidades básicas de saúde, resultando em uma indicação em cada unidade, exceto em um município, onde não houve indicação desses profissionais. Entrevistar gestores e profissionais de saúde das unidades básicas teve o intuito de triangular as informações e identificar se a avaliação teve algum uso direto no serviço de saúde e não somente na gestão.

O Quadro 1 descreve os quinze entrevistados. Os cargos de Diretor da atenção básica e Coordenador da Estratégia de Saúde da Família têm funções equivalentes nos municípios. O pesquisador de campo realizou um pré-teste com o roteiro de entrevista a fim de verificar o entendimento das questões pelo entrevistado.

Porte	Un	N	Cargo
I	A	3	Diretor da atenção básica
			Coordenador de saúde bucal
			Responsável pela unidade de saúde
III	B	4	Coordenador da Estratégia Saúde da Família
			Apoio do setor de planejamento
			Coordenador de saúde bucal
IV	C	3	Coordenador da Estratégia Saúde da Família
			Coordenador de saúde bucal
			Responsável pela unidade de saúde
IV	D	2	Diretor da atenção básica
			Diretor de planejamento
-	SES		Coordenador de acompanhamento e avaliação da atenção básica
			Gerente de planejamento
			Técnico e ex-gerente da atenção básica

Un: unidades de análise; N: número de entrevistados.

Quadro 1. Descrição dos entrevistados.

As entrevistas foram gravadas com anuência do entrevistado para posterior transcrição. A análise dos dados foi feita com análise de conteúdo segundo categorias pré-definidas na matriz avaliativa, elaborados a partir de revisão da literatura prévia e do modelo de análise do uso e influência da avaliação (Figura 1 e 2). No modelo de análise estão destacados em cinza os aspectos aferidos neste artigo.

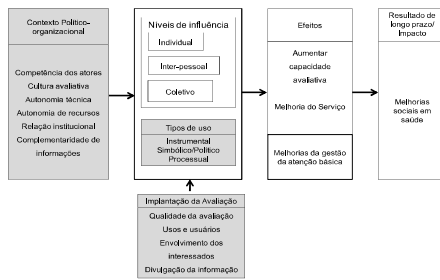


Figura 1. Modelo teórico-lógico do uso e influência da avaliação.  
 Fonte: adaptado de Hartz, 2008.

DIMENSÃO CONTEXTO POLÍTICO-ORGANIZACIONAL		
Características internas da organização do nível municipal e estadual e fatores situacionais que afetam o uso da avaliação.		
Categorias	Indicadores	Justificativa/ Rationale
Competência dos atores	Formação em avaliação	A competência do avaliador é um fator importante para a utilização da avaliação. Competências são combinações de conhecimentos, habilidades e atitudes no desempenho profissional, dentro de determinado contexto organizacional.
	Experiência em avaliação	
Cultura avaliativa na instituição	Existência de avaliação	A existência de uma avaliação e de uma equipe para desenvolver a atividade na secretaria de saúde é um indicio de que ela é considerada importante pela gestão. Indivíduos com acesso às lideranças conseguem mais facilmente apresentar os resultados e influenciar a tomada de decisão baseada na informação. A existência de um tempo para desenvolver a avaliação e a reserva de um momento para discussão sobre o processo estimula a reflexão e o pensar avaliativo.
	Equipe para avaliação	
	Acesso às lideranças políticas	
	Tempo reservado para avaliação	
	Tempo reservado para discussão	
Autonomia técnica	Adequação da matriz	Apropriação dos conceitos de avaliação e sua aplicação segundo as prioridades locais e capacidade de propor e realizar ações ou soluções, com ou sem a assessoria técnica.
	Alteração de indicadores	
	Definição de novos parâmetros	
Autonomia de recursos	Infra estrutura	A autonomia de recursos próprios ou a possibilidade de remanejar o orçamento para áreas identificadas como críticas são formas de garantir a continuidade do processo e determinam a sua importância na instituição.
	Recursos financeiros	
	Flexibilidade do orçamento	
Relação institucional	Interinstitucional	Boas relações institucionais estabelecem parcerias e confiança entre as esferas políticas e reduzem o nível de conflito.
	Intra-institucional	
Complementaridade	Existência de fontes de informação para decisão	A existência de outras fontes de informação para uso nas decisões poderá induzir o uso da avaliação.

Quadro 2. Matriz avaliativa: dimensão contexto político-organizacional

DIMENSÃO IMPLANTAÇÃO DA AVALIAÇÃO		
Fatores relativos à avaliação que interferem no uso.		
Categorias	Indicadores	Justificativa/ Rationale
Qualidade da avaliação	Utilidade	A qualidade da avaliação dá credibilidade aos achados. Utilidade é a identificação e atendimento às necessidades e informação dos interessados; viabilidade é a produção de informações de valor significativo de forma que justifique a realização da avaliação; propriedade é a condução da avaliação de acordo com preceitos éticos para que os envolvidos não se sintam ameaçados ou prejudicados; acurácia é a transmissão das informações aos interessados em tempo hábil e com validade.
	Viabilidade	
	Propriedade	
	Acurácia	
Usos e usuários	Definição dos usos	A identificação dos usos pretendidos e dos usuários da avaliação é anterior ao início da avaliação para que seja conduzida a fim de favorecê-los.
	Definição dos usuários	
Envolvimento dos interessados	Definição do objeto da avaliação	Os interessados e usuários previstos são incluídos no processo para se apropriarem da avaliação e reforçar os usos determinados em cada etapa: definição do objeto/ desenho da avaliação, definição de indicadores e parâmetros, coleta de dados, análise de dados, determinação do juízo de valor, divulgação do resultado.
	Indicadores e parâmetros	
	Coleta de dados	
	Análise de dados	
	Determinação do juízo de valor	
Divulgação do resultado		
Divulgação da informação	Tradução do conteúdo	A divulgação dos achados da avaliação deve ter linguagem e conteúdo fácil de entender para os diferentes públicos, acesso irrestrito, e ocorrer em diversos momentos, não somente após concluído o processo.
	Meio de divulgação	
	Momento	

Quadro 3. Matriz avaliativa: dimensão implantação da avaliação

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, de acordo com as normas estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sob o número 2.424/ 2011.

### Resultados



Na dimensão Contexto político-organizacional, categoria de Competência dos atores, todos os municípios apresentavam pelo menos um entrevistado com formação em Saúde Pública ou Avaliação, mas somente um entrevistado, no município B, com experiência em avaliação.

Na categoria de Cultura avaliativa, apenas a Secretaria de Estado possui equipe destinada à avaliação, com presença de processos avaliativos; o município D relatou outras avaliações em andamento. Nos municípios A e D observa-se fácil acesso às lideranças e no município D há dispensa de tempo para realizar a avaliação. Entretanto, em todas as unidades de análise o espaço e tempo disponível para discutir a avaliação ocorrem de forma esporádica e em momentos de reunião de equipe para discussão de assuntos internos.

A autonomia técnica para adequação da matriz, mudança de indicadores e parâmetros foi verificada na Secretaria de Estado e no município D, sem autonomia de recursos financeiros para a atividade de avaliação em nenhuma das unidades de análise estudadas. Não foram relatados conflitos significativos na relação institucional entre Secretaria de Estado e municípios, mas foram relatados conflitos internos entre os atores da mesma instituição. O município D foi único a relatar complementaridade de informações.

Na subdimensão de Implantação da avaliação, a qualidade avaliativa satisfaz os quesitos de utilidade, viabilidade, propriedade e acurácia. Porém, não houve uma definição dos usos e usuários prévia à avaliação e o envolvimento dos interessados ligados aos municípios ocorreu em apenas um momento, na coleta de dados. Na Secretaria de Estado houve envolvimento dos atores desde a fase inicial da avaliação até a divulgação dos resultados. Segundo os entrevistados, a tradução do conteúdo nos relatórios utilizou linguagem técnica e foi acessível aos interessados, bem como o meio de divulgação, exceto no município D onde a divulgação interna não foi ampliada para as equipes de saúde. Quanto ao momento, houve divulgação no início e ao fim da avaliação para apresentação dos resultados em todas as unidades analisadas.

O uso dos resultados para planejamento de ações (uso instrumental) foi relatado pelos entrevistados dos municípios A e B que utilizaram as reuniões de equipe para mostrar os resultados e encontrar soluções: “(...) *aonde tava vermelhinho ou mesmo*

*que precisava melhorar era discutido em equipe e daí era colocado em ação*” (Diretor da atenção básica, município A) e *“(...) precisaria melhorar aquilo era uma coisa importante o que foi perguntado na avaliação foi a partir dali que começou a dar valor algumas coisas que antes não dava valor”* (Coordenador de saúde bucal, município B). Foram citados exemplos dessas situações, como a organização do atendimento, o excesso do número de consultas médicas, e a demanda: *“a gente na verdade tem que usar né porque tu faz uma avaliação se tá tendo muita consulta o porque tem tanta consulta se o município é pequeno, o por que que tá acontecendo isso”* (Diretor da atenção básica, município A) e *“priorizar pra atendimento as biópsias que a gente não tinha (...) teve atendimento a outras faixas etárias (...) até várias unidades agora realizam agendamentos que na época era mais questão de demanda”* (Coordenador de saúde bucal, município B). O município D utilizou indicadores da avaliação para montar o pacto de indicadores municipal, *(...) tinha alguns indicadores nessa avaliação que coincidiam com o que a gente tava pensando sobre longitudinalidade do cuidado (...) e agregou isso num painel de indicadores municipais”* (Diretor da atenção básica, município D).

Outra situação foi quanto ao preenchimento dos sistemas de informação dos municípios A, B e C, que passaram a conferir os dados: *“essa avaliação serviu para isso também, a gente tava fazendo as próteses desde 2010 e não estava sendo informado”* (Diretor da atenção básica, município A). As falas retratam o reconhecimento externo e a força política para afirmar a qualidade das ações (uso simbólico ou político): *“essa divulgação com outros municípios, teve gente que veio aqui saber como funcionava nossa unidade, serviu de incentivo, viram nossos resultados como eles conseguem alcançar tal ponto”* (Responsável pela unidade de saúde, município A) e *“ela [a avaliação] só foi usada pra reforçar posições nossas internas (...) como argumento técnico político (...) tá lá em cima da minha mesa a plaquinha [da premiação do município] isso ajuda a atenção primária fazer o bate boca dentro da secretaria”* (Diretor da atenção básica, município D).

A imagem do processo como punição ou fiscalização da SES foi quebrada ao longo do período de aplicação, dando espaço ao conceito de avaliação como uma forma de aprendizado e qualificação do service (uso processual), *“existia há mais tempo a*

*questão do medo da avaliação mas como a gente conseguiu conversar (...) e mostrar qual o sentido da avaliação já se percebe essa necessidade dos próprios profissionais para serem avaliados”* (Coordenador de saúde bucal, município B).

No estado o uso da avaliação tem sido para orientar as diretrizes passadas aos municípios com relação à atenção básica, e também em alguns momentos de reuniões com as macro-regionais de saúde quando são discutidos os indicadores mal avaliados (uso instrumental). Houve um momento em que atores da SES reuniram-se para alterar indicadores e parâmetros, segundo uma das entrevistadas isso qualificou a equipe em avaliação, pois entraram em contato com o assunto (uso processual): *“as pessoas começavam a entender e olhar avaliação de outro jeito”* (Coordenador de Acompanhamento e Avaliação, SES).

### Discussão

Na dimensão contexto político-organizacional a competência dos atores é frágil se aferida pelo tempo de experiência em práticas de M&A, a ausência de uma equipe ou da atribuição permanente a um responsável, bem como a inexistência de avaliações vinculadas à realidade local refletem que as unidades analisadas não tem cultura avaliativa, por conseguinte não há espaço e tempo reservados à reflexão e discussão. Exceção foi o município D, que revelou estratégias de M&A em fase inicial. Apesar da preocupação em utilizar informações vindas do processo avaliativo vista em algumas falas, o perfil de M&A apresentado nos demais municípios é restrito, com monitoramento de informações epidemiológicas, demográficas e financeiras e não o de uma avaliação participativa, com intuito de despertar a reflexão crítica sobre as práticas<sup>15</sup>.

Quanto à complementaridade de informações, a unidade D possuía uma organização melhor das ações de M&A, com ferramentas e rotinas próprias adaptadas ao contexto do município, e foi a única que não reportou uso direto das informações, e direcionou exclusivamente para o uso político. Desta forma, ao mesmo tempo em que uma cultura avaliativa favorece a utilização, ela conduz à maior competição de informações, onde o conflito para a escolha será maior, podendo reduzir a utilização da avaliação em detrimento de outra fonte de

dados<sup>17</sup>. Na matriz avaliativa a complementaridade teve um peso positivo, porque no contexto brasileiro de desenvolvimento de processos avaliativos na gestão, a existência de um sistema de M&A próprio e utilizado pelo município é desejável.

Os gestores de municípios de menor porte populacional referem mais limitações para afirmar as ações de M&A pela deficiência de pessoal técnico e qualificação<sup>15</sup>. Porém, verificou-se que um município de maior porte, unidade de análise C, situado em uma região desenvolvida do estado, com universidades e pólos de indústria, apresenta características contextuais mais similares aos municípios de menor porte do que se comparado ao outro município de grande porte.

Na esfera estadual percebe-se uma melhor organização, com existência de equipe para avaliação, desenvolvimento de todas as etapas do processo de forma independente, com autonomia técnica, mas com algumas fragilidades. A principal delas é a falta de autonomia financeira, determinando um paradoxo: o processo avaliativo está no organograma e há comprometimento com a premiação dos melhores desempenhos, mas a avaliação não é a prioridade na secretaria quando vista a partir da quantidade de recursos disponíveis.

Ressalta-se a diferença de papéis entre o avaliador e o avaliado, e neste estudo a utilização foi analisada segundo o avaliado, sobre quem se deu a avaliação. Isso permite algumas considerações a respeito do grau de participação e da convergência entre a informação gerada e a necessidade do gestor. Não houve participação direta das Secretarias Municipais de Saúde na construção do modelo e definição de indicadores e parâmetros, coube à SES o papel de operacionalizar essas fases. Elas participaram como avaliados, tendo como funções o preenchimento do formulário de dados, repasse das informações entre os setores administrativos e equipes de saúde do município e prestar a retroalimentação quanto ao processo à SES. Diante do resultado apresentado, também caberia ao gestor municipal atuar em linhas apontadas como deficitárias em parceria com o estado, que atuaria como um apoiador institucional na definição de estratégias mais amplas.

Essa cooperação entre as esferas municipal e estadual delimita um complexo quadro de necessidade e uso, bem refletido na separação para os estudos avaliativos dos níveis macro, que lida com formulação de políticas, o meso com sua

operacionalização na gestão, e o micro que atua na prática dos prestadores de serviços de saúde. Essa separação permite identificar as distintas lógicas de interação e ação social que demandam indicadores específicos e estratégias de mudança diferenciadas<sup>16</sup>. Enquanto a SES propõe uma avaliação da gestão da atenção básica, no nível macro, os municípios agem no plano meso e micro com a definição de estratégias para cumprir o planejamento da política estadual implantada. Desta forma, mesmo com papéis diferentes em uma mesma intervenção, ambos alcançam a utilidade das informações, sendo algumas mais adequadas que outras, conforme o foco de ação.

Dentre os tantos usos reportados na literatura, diretos e indiretos, tais como mudanças individuais cognitivas e comportamentais, desenvolvimento organizacional, compartilhamento de conhecimentos, aumento do comprometimento, mudança de perspectiva sobre a avaliação, ajuda na definição dos gastos, demonstração de legitimidade aos potenciais financiadores e atração de recursos financeiros<sup>7,8,17</sup>, percebe-se uma subutilização da avaliação na interpretação das informações. O uso mais claro é o político pelos gestores e responsáveis pela atenção básica; o uso instrumental para planejamento de ações ocorreu mais nos municípios de menor porte populacional, provavelmente porque o gestor está mais próximo da equipe de saúde – muitas vezes até geograficamente – o que acaba facilitando o acesso às lideranças e a tomada de decisão<sup>17</sup>, situação verificada no município A.

Algumas hipóteses são formuladas para se compreender melhor os resultados observados. A primeira que o uso político e instrumental são mais reportados pelos municípios porque os entrevistados não participaram da fase de construção do modelo e matriz avaliativa, enquanto que o estado relatou uso para aprendizagem em M&A porque participou de todas as fases de desenvolvimento da avaliação. A avaliação com participação ativa dos interessados e de acordo com suas necessidades faz com que eles se apropriem do processo, também com esse envolvimento o avaliador capacita-os e reforça os usos em cada etapa da avaliação<sup>10,17</sup>. A segunda é que o contexto político-organizacional é o principal motivo para a subutilização, pois a organização das secretarias municipais não prevê a função de M&A e assim não disponibiliza estratégias que despertem a

cultura avaliativa, como por exemplo, um espaço na agenda para discussões entre os profissionais e gestores.

Para integrar a avaliação em um sistema organizacional são necessários três requisitos: estrutura, que são os propósitos e recursos atribuídos; práticas avaliativas; e utilidade, que é a relação estabelecida entre a gestão e a tomada de decisão<sup>18</sup>. Portanto, há um longo percurso até a institucionalização da avaliação, fruto de um trabalho colaborativo das instâncias, de conquista de espaço político para alcançar a autonomia dos recursos necessários, e do fortalecimento da capacidade avaliativa dos envolvidos, “através de processos formais e continuados de aprendizagem, em que erros e falhas, resultantes de inovações ou experimentos com vistas a melhores resultados, não são punidos e sim computados como lições aprendidas”<sup>18</sup>.

Por fim, retomam-se as três potencialidades da avaliação que devem ser levadas em consideração na meta-avaliação: auxiliar a qualificação do objeto avaliado, empoderar os grupos envolvidos e gerar subsídios para o contínuo aprimoramento teórico e prático do campo avaliativo<sup>13</sup>. A apresentação da opinião do ente avaliado convida ao seu empoderamento através do diálogo com o avaliador para a melhoria contínua do processo, e também possibilita responder ao questionamento básico da meta-avaliação: qual a capacidade da intervenção produzir informações e julgamentos necessários para a melhoria do desempenho dos sistemas de saúde, neste caso a gestão e o provimento da atenção básica?<sup>18</sup>. Conclui-se que a intervenção cumpriu em certa medida os três requisitos porque se compreende que a qualificação do objeto avaliado está intimamente ligada ao empoderamento dos grupos de interesse e aos subsídios para o aprimoramento teórico e prático, ou seja, através da capacitação dos atores e de seu empoderamento a gestão da atenção básica ganha qualidade. Finalmente, com a documentação e divulgação dos estudos nessa temática cria-se uma fonte de subsídios para o aprimoramento do campo da avaliação.

## Referências Bibliográficas

1. Hartz ZM, Santos EM, Matida A. Promovendo e analisando o uso e a influência das pesquisas avaliativas. In: Hartz ZM, Felisberto E, Vieira da Silva LM (orgs). *Meta-avaliação da atenção básica à saúde, teoria e prática*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Cap.14, p.325-340. 2008.
2. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(3):705-11, 2006.
3. Felisberto E et al. Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*, 9(3): 339-357, 2009.
4. Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad. Saúde Pública*, 24(8):1727-1742, 2008.
5. Weiss C. The Fairy Godmother - and Her Warts : Making the Dream of Evidence-Based Policy Come True. *American Journal of Evaluation*, 29 (1): 29-47, 2008.
6. Almeida C, Báscolo E. Use of research results in policy decision-making, formulation, and implementation: a review of the literature. *Cad. Saúde Pública*, 22 Sup:S7-S33, 2006.
7. Sandison, Peta. The utilisation of evaluations. Chapter 3. P. 89-142. In: *ALNAP Review of Humanitarian Action*. Evaluation utilisation. 2006. London. Acesso em: [www.alnap.org](http://www.alnap.org)
8. Gertler PJ et al. Impact evaluation in practice. The International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank, Washington DC. 2011. Acesso em: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/2550/599980PUB0ID181BLIC1009780821385418.pdf?sequence=1>.
9. Henry GT, Mark M. Beyond use: understanding evaluation's influence on attitudes and actions. *American Journal of Evaluation*, 24(3): 293-314, 2003.
10. Patton M. Utilization focused evaluation. In: Stufflebeam DL, Madaus GF, Kellaghan T (ed.). *Evaluation models*. Boston, 2000. Cap. 23. p.425-40.

11. Cooksy LJ, Caracelli VJ. Quality, Context, and Use: Issues in Achieving the Goals of Meta-evaluation. *American Journal of Evaluation*, 26: 31, 2005.
12. Yarbrough DB, Shulha LM, Hopson RK, Caruthers FA. *The program evaluation standards: A guide for evaluators and evaluation users*. Thousand Oaks, CA: Sage. 2011.
13. Furtado JP, Laperrière H. Parâmetros e paradigmas em meta-avaliação: uma revisão exploratória e reflexiva. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012, 17(3):695-705.
14. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina [Internet]. [cited 2011 Jul, Nov] Available from: [http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=384&Itemid=464](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=384&Itemid=464).
15. Miranda AS, Carvalho ALB, Cavalcante CGC. Subsídios sobre práticas de monitoramento e avaliação sobre gestão governamental em Secretarias Municipais de Saúde.
16. Conill EM. Sobre os impasses dos usos da avaliação para a gestão: não é preciso inventar, nem basta simplificar. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012, 17(4):829-837.
17. Johnson K ET AL Research on Evaluation Use : A Review of the Empirical Literature From 1986 to 2005. *American Journal of Evaluation*, 30 (3): 377-410, 2009.
18. Hartz ZMA. Meta-Avaliação da gestão em saúde: desafios para uma “nova saúde pública”. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012, 17(4):829-837.



## 9. Considerações finais

O objetivo do trabalho foi meta-avaliar uma intervenção para verificar a sua utilização, sendo as perguntas avaliativas: (I) Quais os usos da Avaliação da gestão da atenção básica em Santa Catarina na gestão em saúde? (II) Quais os fatores que interferem no uso da Avaliação da gestão da atenção básica em Santa Catarina na gestão em saúde? A tese defendida foi que a Avaliação da gestão da atenção básica colaborou para desenvolver a prática avaliativa e / ou para a melhoria da gestão no nível municipal e no nível estadual.

O artigo 1 apresentou a revisão bibliográfica do tema, a qual demonstrou a pouca disseminação de trabalhos principalmente de caráter empírico e no contexto brasileiro, o artigo 2 trouxe a descrição da intervenção desde a sua idéia inicial, trazendo ao conhecimento do leitor o desenvolvimento da Avaliação e qual o contexto em que ocorreu. Já os artigos 3 e 4 resultam da análise das evidências e respondem às perguntas avaliativas apresentando os usos: o processual – aumento da capacidade avaliativa da Secretaria de Estado da Saúde, o instrumental – melhoria de indicadores municipais da gestão e do serviço de atenção básica, e o uso político dos resultados da avaliação. A aplicação em diferentes contextos municipais e no estado possibilitando responder a pergunta avaliativa sugerem que o modelo e a matriz de análise tem validade interna e externa. Por fim, formularam-se hipóteses explicativas para os achados deste estudo:

- A avaliação com participação ativa dos interessados e de acordo com suas necessidades faz com que eles se apropriem do processo, também esse envolvimento reforça os usos em cada etapa da avaliação.
- A avaliação conseguiu produzir informações úteis aos atores da esfera municipal e estadual, sendo o contexto político-organizacional o principal limitador do uso. A organização das secretarias municipais não prevê a função de monitoramento e avaliação e assim não disponibiliza estratégias que despertem a cultura avaliativa, como um espaço na agenda para discussões entre os profissionais e gestores. A secretaria estadual não tem autonomia

financeira, o que limita a institucionalização do processo avaliativo e prejudica sua sustentabilidade em longo prazo.

- O uso político foi mais reportado pelos municípios porque não participaram da fase de construção do modelo e matriz avaliativa, o que reduziu a possibilidade do uso processual. O estado apresentou uso processual para desenvolvimento de capacidade avaliativa porque participou de todas as fases de desenvolvimento da avaliação, o uso instrumental foi pouco explorado pelos atores possivelmente pela falta de autonomia financeira e acesso pouco facilitado à lideranças para tomada de decisões que extrapolam a Gerência da atenção básica.

## 10. Referências bibliográficas

Alkin MC, Coyle K. Thoughts on evaluation utilization, misutilization and non-utilization. *Studies in Educational Evaluation*, 14: 331-340, 1988.

Almeida C, Báscolo E. Use of research results in policy decision-making, formulation, and implementation: a review of the literature. *Cad. Saúde Pública*, 22 Sup:S7-S33, 2006.

Almeida PF, Giovannella L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad. Saúde Pública*, 24(8):1727-1742, 2008.

Alves et al. Análise da implantação de um programa com vistas à institucionalização da avaliação em uma Secretaria Estadual de Saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 10 (Supl. 1): S145-S156, 2010.

Balthasar A. Institutional design and utilization of evaluation: a contribution to a theory of evaluation influence based on Swiss experience. *Evaluation Review*, 33(3): 226-256, 2009.

Baughman S, Boyd H, Franz NK. Non-formal educator use of evaluation results. *Evaluation and Program Planning*, 35: 329-336, 2012.

Bosi MLM, Pontes RJS, Vasconcelos SM. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. *Rev. Saúde Pública*; 44 (2):318-24, 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde, caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde. 2005. 36p.

Britten N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In: Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: Artmed, 2005. Cap. 2. p.21-29.

Brousselle A, Contandriopoulos D, Lemire M. Using logic analysis to evaluate knowledge transfer initiatives: the case of the research collective on the organization of primary care services. *Evaluation*, 15(2): 165–183, 2009.

Camargo Jr. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cad. Saúde Pública*, 24 (Sup 1):S58-S68, 2008.

Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(3):705-11, 2006.

Contandriopoulos D, Brousselle A. Evaluation models and evaluation use. *Evaluation*, 18(1): 61 –77, 2012.

Cooksy LJ, Caracelli VJ. Quality, Context, and Use: Issues in Achieving the Goals of Meta-evaluation. *American Journal of Evaluation*, 26: 31, 2005.

Cousins JB, Leithwood KA. Current Empirical Research on Evaluation Utilization. *Review of educational research*, 56 (3): 331-364, 1986.

Felisberto E et al. Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*, 9(3): 339-357, 2009.

Figueiró AC et AL. Usos e influência da avaliação em saúde em dois estudos sobre o Programa Nacional de Controle da Dengue. *Cad. Saúde Pública*, 28(11): 2095-2105, 2012.

Fleischer DN, Christie CA. Evaluation Use: Results From a Survey of U.S. American Evaluation Association members. *American Journal of Evaluation*, 30(2): 158-175, 2009.

Gertler PJ et al. Impact evaluation in practice. The International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank, Washington DC. 2011. Acesso em:

<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/2550/599980PUB0ID181BLIC1009780821385418.pdf?sequence=1>

Harnar M, Preskill H. Evaluators' Descriptions of Process Use: An Exploratory Study. *New directions for evaluation*, 116: 27-44, 2007.

Hartz ZM. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7 (3): 413-429, 2002. p.419.

Hartz ZM, Santos EM, Matida A. Promovendo e analisando o uso e a influência das pesquisas avaliativas. In: Hartz ZM, Felisberto E, Vieira da Silva LM (orgs). *Meta-avaliação da atenção básica à saúde, teoria e prática*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Cap.14, p.325-340. 2008.

Henry GT, Mark M. Beyond use: understanding evaluation's influence on attitudes and actions. *American Journal of Evaluation*, 24(3): 293-314, 2003.

Jacobson C et AL. Maximizing conservation evaluation utilization. *Evaluation*, 17(1): 53-71, 2011.

Johnson K ET AL Research on Evaluation Use : A Review of the Empirical Literature From 1986 to 2005. *American Journal of Evaluation*, 30 (3): 377-410, 2009

Kirkhart KE. Reconceptualizing Evaluation Use: An Integrated Theory of Influence. *New Directions for evaluation*, 88, 2000.

Kirkhart KE. Culture and Influence in Multisite Evaluation. *New Directions for Evaluation*, 129: 73-85, 2011.

Ledermann S. Exploring the Necessary Conditions for Evaluation Use in Program Change, *American Journal of Evaluation*, 33(2): 159-178, 2012.

Mark M, Henry GT. The Mechanisms and Outcomes of Evaluation Influence. *Evaluation*, 10: 35-57, 2004.

Mark M. Toward Better Research On—and Thinking About—Evaluation Influence, Especially in Multisite Evaluations. *New Directions for Evaluation*, 129: 107–119, 2011.

Natal S. et al. A implementação do Projeto Estratégico de Fortalecimento da Capacidade Técnica em Monitoramento e Avaliação das Secretarias de Saúde, avaliação formativa e auto-avaliação. In: Hartz ZM, Felisberto E; Vieira da Silva LM (orgs). *Meta-avaliação da atenção básica à saúde, teoria e prática*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Cap. 15. p. 341-367.

Patton M. Utilization focused evaluation. In: Stufflebeam DL, Madaus GF, Kellaghan T (ed.). *Evaluation models*. Boston, 2000. Cap. 23. p.425-40.

Patton MQ. Evaluation, Knowledge Management, Best Practices, and High Quality Lessons Learned. *American Journal of Evaluation*, 22 (3): 329–336, 2001.

Patton MQ. Process Use as a Usefulism. *New Directions for Evaluation*, 116, Winter, 2007.

Patton MQ. Evaluation Use, Both Challenge and Mandate. In: Patton MQ. *Utilization-focused evaluation*. 4<sup>th</sup> ed. EUA: Sage Publications. 2008. Cap. 1.

Peck LR, Gorzalski LM. An Evaluation Use Framework and Empirical Assessment. *Journal of Multi Disciplinary Evaluation*, 6 (12): 139-156, 2009.

Ridde V, Goossens S, Shakir S. Short-term consultancy and collaborative evaluation in a post-conflict and humanitarian setting: Lessons from Afghanistan. *Evaluation and Program Planning*, 35: 180–188, 2012.

Sampaio 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*, 16(1): 279-290, 2011.

Sandison, Peta. The utilisation of evaluations. Chapter 3. P. 89-142. In: ALNAP Review of Humanitarian Action. Evaluation utilisation. 2006. London. Acesso em: [www.alnap.org](http://www.alnap.org)

Shulha LM, Cousins B. Evaluation Use: theory, Research, and Practice Since 1986. *Evaluation Practice*, 18 (3): 195-208, 1997.

Stufflebeam, D. L. Evaluation models. *New Directions for Evaluation*, 89. San Francisco, CA. 2001.

Tamaki E. et al. A incorporação da avaliação da atenção básica no nível estadual do Sistema Único de Saúde através de processos participativos de ensino-aprendizagem-trabalho. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, 10 (Supl. 1): S201-S208, 2010.

Vasconcelos SM, Bosi MLM, Pontes RJS. Avaliação e o monitoramento da atenção básica no estado do Ceará, Brasil: explorando concepções e experiências no nível central. *Cad. Saúde Pública*, 24(12): 2891-2900, 2008.

Visscher AJ. On the Utilization of a New Class of School Information Systems: School Performance Feedback Systems. In: IFIP International Federation for Information Processing, Volume 292; *Evolution of Information Technology in Educational Management*. Eds. Tatnall A, Visscher A, Finegan A, O'Mahony C. (Boston: Springer), pp. 57-67. 2009.

Weiss, C. Have we learned anything new about the use of evaluation? *American Journal of Evaluation*, 19(1): 21-33, 1998.

Weiss C. The Fairy Godmother - and Her Warts : Making the Dream of Evidence-Based Policy Come True. *American Journal of Evaluation*, 29 (1): 29-47, 2008.

Worthen BR. Some observations about the institutionalization of evaluation. *Evaluation Practice*, 16(1): 29-36, 1995.

Yarbrough DB, Shulha LM, Hopson RK, Caruthers FA. *The program evaluation standards: A guide for evaluators and evaluation users*. Thousand Oaks, CA: Sage. 2011.

Yin RK. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. 4ª edição.  
Porto Alegre, RS: Editora Bookman, 2010.



## Apêndice 1

## Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina

Certificado

<https://sistema.cep.ufsc.br/certificado/certificado...>


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

**CERTIFICADO** nº 2424

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP/SH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela RESOLUÇÃO Nº 0554/GEP/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEP/SH, considerando o conteúdo do Relatório Técnico do CEP/SH, CERTIFICA que os pareceres emitidos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

**APROVADO**

PROCESSO: 2424 TR: 482927

TÍTULO: Uso e influência da avaliação

AUTOR: MARIA CRISTINA MARINO GAIVO, Raquelê Alves Nogueira, Sônia Natali

FLORIANÓPOLIS, 13 de Dezembro de 2011.



Presidente do CEP/SH/UFSC  
 Prof. Washington Pereira de Jesus

## **Apêndice 2**

### **Termo de consentimento livre e esclarecido**

Prezado Senhor (a)

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa “Uso e Influência da Avaliação”, desenvolvida pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, constituindo parte de uma tese de doutorado. A pesquisa é realizada por Daniela Alba Nickel, sob a orientação da Dr<sup>a</sup> Maria Cristina Marino Calvo e Dr<sup>a</sup> Sonia Natal.

Esta pesquisa tem o objetivo de avaliar o uso da Avaliação da gestão da atenção básica, aplicada nos municípios do estado de Santa Catarina nos anos de 2008, 2009, 2010 e 2011. Também busca identificar os fatores que favorecem e os fatores que limitam o uso da avaliação nos municípios selecionados e no nível estadual.

Nesta etapa da pesquisa estamos coletando dados por meio de entrevistas com pessoas chave no processo de Avaliação da gestão da atenção básica, no nível municipal e no nível estadual. Sua participação na pesquisa é muito importante e ocorrerá por meio de entrevista, que será gravada em áudio.

Salientamos que a qualquer momento o Senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo para a sua pessoa e em sua relação com o pesquisador. Não existem riscos relacionados à sua participação nesta pesquisa. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar a identificação dos participantes. O acesso e a análise dos dados se farão apenas pelo (a) equipe de pesquisa.

Informamos abaixo o telefone e o endereço institucional dos pesquisadores responsáveis que podem ser acessados a qualquer instante para responder suas dúvidas sobre o projeto e sua participação. Desde já agradecemos sua atenção e nos colocamos a disposição para maiores esclarecimentos. Caso aceite participar, assine abaixo, concordando com os termos descritos.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa.

Declaro que o pesquisador principal do estudo me concedeu uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Assinatura do (a) participante:

Assinatura do pesquisador:

Equipe de pesquisadores:

Me. Daniela Alba Nickel  
Dr<sup>a</sup> Sonia Natal  
Dr<sup>a</sup> Maria Cristina Marino Calvo

Em caso de dúvidas ou questionamentos contatar os pesquisadores pelo telefone

(048) 88173583 ou (048) 37215146 ou por meio eletrônico: [danielaspb@gmail.com](mailto:danielaspb@gmail.com).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.  
(preencher o local e a data)

**Termo de consentimento para gravações em áudio**

Eu, \_\_\_\_\_, permito que o grupo de pesquisadores relacionados abaixo obtenha gravação em áudio de minha pessoa para fins da pesquisa intitulada “Uso e influência da avaliação”, desenvolvida pelo Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina, cujo objetivo é avaliar o uso da Avaliação da gestão da atenção básica, aplicada nos municípios do estado de Santa Catarina nos anos de 2008, 2009 e 2010, nos municípios selecionados e no nível estadual.

Eu concordo que o material e informações obtidas relacionadas à minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, palestras ou periódicos científicos. Porém, a minha identificação não poderá ser revelada sob qualquer hipótese em qualquer uma das vias de publicação ou uso.

As gravações ficarão sob a propriedade do grupo de pesquisadores pertinentes ao estudo, abaixo relacionados, e sob a guarda dos mesmos.

Assinatura do (a) participante:

Assinatura do pesquisador:

Equipe de pesquisadores:

Daniela Alba Nickel  
Dr<sup>a</sup> Sonia Natal  
Dr<sup>a</sup> Maria Cristina Marino Calvo

Em caso de dúvidas ou questionamentos contatar os pesquisadores pelo telefone (048) 88173583 ou (048) 37219847 ou por meio eletrônico: [danielaspb@gmail.com](mailto:danielaspb@gmail.com).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.  
(Preencher o local e a data)

### Apêndice 3

#### Roteiro da entrevista

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hora início da entrevista:

Nome:

Telefone para contato:

E-mail para contato:

Município onde atua:

Porte populacional:

Cargo /Função:

Informações gerais

Gostaria de saber qual a sua formação e como foi a sua trajetória profissional até chegar aqui na secretaria de saúde.

Gostaria que o (a) Senhor (a) falasse da sua participação na Avaliação da gestão da atenção básica aqui no município, como foi o seu envolvimento?

Em algum momento os objetivos e os resultados esperados da Avaliação da gestão da atenção básica foram identificados e apresentados pela secretaria de estado, ou pelo município?

Em sua opinião, a participação em algum momento da avaliação, seja na escolha dos indicadores, na coleta de dados ou na análise dos dados, enfim, todo esse processo pode trazer algum benefício às pessoas envolvidas? E quais seriam?

Quais as utilidades ou os benefícios que o (a) Senhor (a) identificaria em uma avaliação da atenção básica para o município ou para o estado? Ou qual o objetivo de avaliar a atenção básica?

O (a) Senhor (a) tem outra experiência em avaliação, aqui na secretaria de saúde ou em outro local?

Além do (a) Senhor (a), outras pessoas participam da Avaliação da gestão da atenção básica, ou existe uma equipe de avaliação no

município da qual o (a) Senhor (a) participa? Quem são essas pessoas?

Como são distribuídas as responsabilidades? São realizadas reuniões entre essas pessoas? O que é discutido e qual a periodicidade? Essas pessoas desenvolvem outras atividades relacionadas com avaliação? Que atividades?

Em sua opinião, esse número de pessoas é suficiente para desenvolver as atividades relacionadas com a Avaliação da gestão da atenção básica? (Por que?)

As equipes locais de saúde tem oportunidade para se reunir (p.ex. reuniões de planejamento)?

E nessas ocasiões, o (a) Senhor (a) saberia informar se são discutidos os indicadores da Avaliação da gestão da atenção básica, ou o processo da avaliação?

O (a) Senhor (a) tem conhecimento de outras avaliações realizadas no município, em nível central ou em nível local? Qual (is)? Como ocorre? E em que periodicidade?

O (a) Senhor (a) saberia informar se o município utiliza algum indicador da Avaliação da gestão da atenção básica para avaliar alguma ação?

Quanto às decisões políticas relacionadas com a atenção básica, tais como: planejamento de ações, orçamento para a atenção básica, priorização de ações, contratação de profissionais, o (a) Senhor (a) saberia informar como elas são tomadas?

Por exemplo: além do secretário de saúde, outras pessoas participam ou tem alguma influência nas decisões da atenção básica (Conselho de Saúde; profissionais de saúde; vereadores)

Como é o acesso ao processo decisório? O (a) Senhor (a) tem acesso às decisões?

Quais os recursos físicos disponíveis para o (a) Senhor (a) desenvolver as atividades da Avaliação da gestão da atenção básica? P. ex. espaço físico, computador com acesso à internet. O Senhor (a) acha suficiente?

O Senhor (a) sabe se existe recurso financeiro para avaliação da atenção básica?

*Qual a fonte, de onde ele vem? É um recurso embutido em outra ação/ setor ou é exclusivo da avaliação ou da atenção básica?*

E se houver a necessidade de dinheiro para a avaliação, existe possibilidade de remanejar (ou alterar a rubrica)?

*Como o Senhor (a) lida com essa situação? O Senhor (a) acha suficiente?*

Em sua opinião, a secretaria possui uma autonomia de recursos e uma capacidade técnica adequada para realizar uma avaliação no município?

Como é a relação do município com a SES/ SC. O (a) Senhor (a) acha adequada a comunicação ou precisaria melhorar?

*São feitos contatos antes do início da Avaliação da gestão da atenção básica? E após o término, ou na divulgação dos resultados? Como são feitos?*

E os contatos aqui no município, entre o nível central e as equipes de saúde e vice-versa, o (a) Senhor (a) considera satisfatório? Por quê?

Então, como o (a) Senhor (a) classificaria as relações institucionais dentro do município e entre o município e o estado?

O (a) Senhor (a) participou de algum treinamento ou aprimoramento disponibilizado pelo município, relacionado com a Avaliação da gestão da atenção básica?

O (a) Senhor (a) saberia informar se houve esse tipo de atividade aqui no município?

*Em que momento foi realizado? Quem participou? Estas pessoas ainda estão ligadas de alguma forma com a Avaliação da gestão*

*da atenção básica ou outra atividade avaliativa? Qual sua opinião sobre a utilidade dessa atividade?*

E o (a) Senhor (a) participou de encontros, cursos ou palestras ligados à Avaliação da gestão da atenção básica no estado?

Houve disponibilidade desse tipo de atividade no estado, por conta da Avaliação da gestão da atenção básica?

*Em que momento foi realizado? Quem participou? Estas pessoas ainda estão ligadas de alguma forma com a Avaliação da gestão da atenção básica ou outra atividade avaliativa? Qual sua opinião sobre a utilidade dessa atividade?*

O (a) Senhor (a) recorda de alguma outra atividade desenvolvida por causa da Avaliação da gestão da atenção básica? P.ex. alguma atividade para compartilhar os conhecimentos do processo de avaliação com os profissionais não diretamente envolvidos?

*Como ocorreu? Por que o Senhor (a) acha que isso ocorreu? Poderia ser diferente?*

O (a) Senhor (a) acredita que a sua participação na Avaliação da gestão da atenção básica possibilitou algum tipo de aprendizado sobre avaliação ou sobre a atenção básica ou ainda sobre o funcionamento da secretaria? Qual?

E para os outros profissionais de saúde do município, o (a) Senhor (a) percebeu algum aprendizado decorrente da Avaliação da gestão da atenção básica? Qual?

O (a) Senhor (a) acredita que a Avaliação da gestão da atenção básica foi aproveitada como um instrumento de aprendizado, uma forma de ampliar os conhecimentos de avaliação aqui no município?

O (a) Senhor (a) percebe alguma mudança na organização do seu trabalho ou na secretaria de saúde como um todo como consequência da Avaliação da gestão da atenção básica?

*Por exemplo, realocação de pessoal, criação ou mudança de setores ou de nome de setores? Em que momento isso ocorreu? Ainda ocorre?*



Houve alguma mudança nas atitudes das pessoas dentro da secretaria como consequência da avaliação? Por exemplo, as pessoas passaram a buscar soluções de forma coletiva ou a compartilhar conhecimentos?

O (a) Senhor (a) mudou a sua concepção do objetivo da atenção básica ou do objetivo de uma avaliação após a Avaliação da gestão da atenção básica? Ou o (a) Senhor (a) percebe essa mudança nos outros profissionais?

Com relação a sua credibilidade na Avaliação da gestão da atenção básica, o (a) Senhor (a) passou a ter maior ou menor credibilidade após a sua experiência com a Avaliação da gestão da atenção básica?

O (a) Senhor (a) percebe alguma mudança na sua motivação com relação à Avaliação da gestão da atenção básica ou mudança na motivação dos outros profissionais?

O (a) Senhor (a) identifica mudanças na organização da secretaria ou das equipes de saúde, ou mudanças individuais quanto à motivação e credibilidade após a experiência da Avaliação da gestão da atenção básica no município?

O (a) Senhor (a) sabe informar se os resultados da Avaliação da gestão da atenção básica foram utilizados no planejamento de alguma ação de saúde? Por exemplo: identificação de áreas críticas para a priorização de algum tipo de atividade ou local para atuação da área da saúde?

*Quais ações? Por que isso ocorreu? Poderia ser diferente?*

E quanto à agenda política do município, o (a) Senhor (a) percebeu alguma influência dos resultados da Avaliação da gestão da atenção básica? Por exemplo, o financiamento e as prioridades do governo municipal sofreram modificações após o resultado da Avaliação da gestão da atenção básica?

Existe algum outro tipo de utilização dos dados da Avaliação da gestão da atenção básica que eu não citei e que o (a) Senhor (a) lembra?

*Como e quando isso ocorreu?*

O (a) Senhor (a) identifica alguma utilização da Avaliação da gestão da atenção básica no planejamento de ações em saúde ou em alguma decisão local?

O (a) Senhor (a) acredita que a Avaliação da gestão da atenção básica melhorou ou piorou as relações entre o município e o estado (SES SC)? E as relações aqui do município, por exemplo a comunicação entre o nível central e as equipes, ou entre as secretarias municipais, o (a) Senhor (a) percebe alguma mudança decorrente da Avaliação da gestão da atenção básica?

*Por que o Senhor (a) acha que isso ocorreu? Poderia ser diferente?*

O (a) Senhor (a) notou alguma diferença na motivação do seu trabalho diário ou no trabalho dos outros profissionais durante ou após o término da Avaliação da gestão da atenção básica? Por que o (a) Senhor (a) acha que isso ocorreu?

*Poderia ser diferente?*

O (a) Senhor (a) percebeu mudança na motivação para o trabalho ou na comunicação institucional após a experiência com a Avaliação da gestão da atenção básica?

Gostaria de saber sobre a divulgação dos resultados, houve divulgação aqui no município? Como ocorreu? Quem foi o público-alvo?

O (a) Senhor (a) sabe dizer se a secretaria de estado contactou o município após o resultado da Avaliação da gestão da atenção básica? Como ocorreu e qual foi o motivo do contato?

O (a) Senhor (a) acredita que o tempo decorrido entre a coleta de dados e a divulgação dos resultados foi adequado? Por quê?

Gostaria de saber como foi a repercussão dos resultados da Avaliação da gestão da atenção básica no município? Na população, no Conselho de Saúde, na prefeitura, entre as secretarias, entre os profissionais?

O (a) Senhor (a) acredita que por causa dos resultados da Avaliação da gestão da atenção básica houve mudança na visibilidade da atenção básica no município?

*Como o (a) Senhor (a) percebeu que isso ocorreu?*

O (a) Senhor (a) saberia informar se os resultados da Avaliação da gestão da atenção básica foram utilizados como estratégia para atrair mais recursos para a prefeitura ou para a secretaria de saúde?

*Que tipo de recurso? Como isso ocorreu?*

O (a) Senhor (a) lembra-se de algum tipo de propaganda da gestão do município utilizando a Avaliação da gestão da atenção básica ou de alguma propaganda partidária que expôs os resultados da Avaliação da gestão da atenção básica? Por exemplo, na mídia em geral, ou em reuniões oficiais com a CIB, da macrorregional, ou com o governo do estado?

*Quando e como isso ocorreu? A resposta foi positiva ou negativa?*

O (a) Senhor (a) acredita que a Avaliação da gestão da atenção básica serviu como um reconhecimento do trabalho da prefeitura, da secretaria de saúde ou dos profissionais de saúde diante da população, do Conselho de Saúde ou de outras instâncias?

*Explique melhor como isso ocorreu.*

O (a) Senhor (a) ficou sabendo de alguma divergência política ou reconciliação por causa dos resultados da Avaliação da gestão da atenção básica?

*Quando e como isso ocorreu?*

O (a) Senhor (a) teve alguma surpresa com o resultado final da avaliação ou os resultados foram condizentes com o esperado?

O (a) Senhor (a) consegue apontar alguma utilização estratégica ou política dos resultados da Avaliação da gestão da atenção básica?

O (a) Senhor (a) tem lembrança de algum tipo de ação antiética que tenha envolvido a divulgação da Avaliação da gestão da atenção básica ou de seus resultados?

*Qual ação? Como e em que momento ocorreu? Quais foram as consequências dessa ação?*

O (a) Senhor (a) acredita que houve algum tipo de exagero ou seleção na utilização dos resultados da Avaliação da gestão da atenção básica? Por exemplo, para favorecer ou prejudicar uma ação política ou alguém?

*Como e em que momento ocorreu? Por que o Senhor (a) acha que isso ocorreu? O Senhor (a) acredita que isso ocorreu de forma consciente?*

Bem, nossa entrevista está chegando ao final, e gostaria de saber sua opinião com relação à utilização da Avaliação da gestão da atenção básica ou de seus resultados pelo município, tanto no nível central quanto no local. O (a) Senhor (a) está satisfeito, ou poderia melhorar?

*O Senhor (a) saberia apontar alguns motivos para este fato ter ocorrido?*

Em sua opinião, a Avaliação da gestão da atenção básica conseguiu responder a algum anseio do município? Quais os aspectos apontados pelo resultado final da Avaliação da gestão da atenção básica foram mais relevantes para o município? Por quê?

Gostaria de saber se o (a) Senhor (a) considera essa Avaliação da gestão da atenção básica uma inovação.

Qual a sua opinião sobre a Avaliação da gestão da atenção básica e sua continuidade?

Por fim, gostaria que o (a) Senhor (a) formulasse um conceito rápido com as suas palavras, para avaliação.

### Checklist do roteiro de entrevista

Como ficou conhecimento		
Tempo participação		
O que faz exatamente		
Experiência em avaliação		
Formação em avaliação		
Benefícios da participação		
Utilidade da avaliação		
Objetivos e resultados identificados		
Consequência disso		
Existência de outra avaliação		
Ambiente cultura avaliativa		
Influência na tomada de decisão		
Equipe de avaliação		
Suficiência de pessoas		
Carga horária extra para avaliação		
Reuniões para discutir avaliação (local)		
Reuniões para discutir avaliação (central)		
Recursos físicos		
Recursos financeiros		
Flexibilidade recurso financeiro		
Autonomia de recursos e capacidade técnica adequada		
Relação com SES		
Relação dentro município		
Satisfação com as relações institucionais no município		
Satisfação com as relações institucionais com SES		
Contato SES após o resultado da Avaliação GAB		
Como foi divulgação resultados		
Repercussão resultados		
Visibilidade do município		
Tempo adequado entre coleta de dados e divulgação resultados		
Atração de recursos S1 ou outro		
Propaganda da gestão		
Propaganda partidária		
Reconhecimento do trabalho na atenção básica		
Divergência política		
Reconciliação política		
Surpresa dos resultados		
Treinamento/ aprimoramento		
Encontros cursos e palestras		
Outra atividade aprendizado		
Contribuição AGAB no aprendizado		
Mudança organização trabalho		
Mudança atitudes individuais		
Mudança de atitude dos grupos (compartilhar)		
Mudança da percepção do objetivo da avaliação		
Mudança na percepção do que é a atenção básica		
Credibilidade na AGAB		
Motivação em relação a AGAB		
Motivação em relação ao trabalho		
Uso planejamento ações		
Uso para priorizar ação		
Uso mudar agenda da política (SS e prioridade de governo)		
Outro uso instrumental		
Mudança nas relações institucionais		
Motivação do trabalho		
Ação antiética com os resultados		
Exagero na divulgação		
Seleção de resultados para favorecer ou prejudicar alguém		
Satisfação com o uso dos resultados		
Respondeu algum anseio do município		
Inovação na avaliação		
Conceito de avaliação		