

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

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

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

Abstract

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

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

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

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

Key words Health evaluation, Primary health care

Resumo

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

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

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

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

Palavras-chave Avaliação em saúde, Atenção primária à saúde

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

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

Introdução

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

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

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

As finalidades de uma política decorrem das

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

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

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

Ao refletir sobre a política de monitoramento e avaliação da atenção básica do Brasil, Contandriopoulos⁵ refere que a implantação de políticas com vistas à institucionalização da avaliação vem ao encontro da necessidade de ampliar a eficiência dos sistemas de saúde. Nesse sentido, no Brasil, a ampliação da eficiência do SUS, de acordo com seus princípios e diretrizes, torna-se a finalidade maior da institucionalização da avaliação. Para o autor, o grande problema, que gera a necessidade da política, é a ineficiência dos sistemas de saúde devido ao processo de tomada de decisões pelos gestores ocorrer de forma não estruturada, sem seguir critérios de evidências.⁵

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

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

olhar do profissional que presta serviço à população nas unidades básicas de saúde.⁶ Assim, a implementação de dispositivos bem fundamentados gera processos de avaliação com vistas à qualificação da atenção básica.

Partindo do pressuposto de que a política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil pode ser entendida como uma intervenção direcionada à qualificação da gestão da atenção básica em saúde, e da necessidade de estudos que possam contribuir para a melhoria das políticas públicas em execução, a análise de implantação de programas constitui-se em uma metodologia de avaliação capaz de oferecer subsídios com esse fim.

Este artigo apresenta os resultados da análise de implantação da política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil, considerando os dispositivos institucionais produzidos pela gestão federal do SUS, representativos dos componentes que integram o seu modelo lógico.⁶ Estima o grau de implantação desses dispositivos e avalia a sua influência nos efeitos produzidos pela Intervenção a partir da interação com o contexto político-organizacional.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa avaliativa do tipo Análise de Implantação, conforme proposto por Denis e Champagne.¹¹ Essa pesquisa permite, por meio de uma abordagem relacional, determinar a medida descritiva do grau de implantação da intervenção e analisar a contribuição da interação entre os componentes e os efeitos produzidos no contexto de sua implantação.¹¹

Utilizou-se como estratégia de pesquisa o estudo de caso com níveis de análise imbricados e foram adotados os princípios da triangulação de métodos, para a articulação interpretativa dos dados. Estes foram coletados em fontes primárias por meio de entrevistas semiestruturadas com informantes-chave, e em fontes de dados secundários, por meio de análise documental.

Foram realizadas 20 entrevistas com gestores do Ministério da Saúde: gerentes de projetos, coordenadores, assessores e diretores do Departamento de Atenção Básica, que exerceram essas funções durante o período de 2003 a 2006; gestores e gerentes de duas Secretarias Estaduais de Saúde selecionadas em estudo anterior encomendado pelo Ministério da Saúde;¹² dirigentes do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); e dirigentes do Banco Mundial,

órgão financiador do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf).

Os documentos analisados, em número de 29, foram os Relatórios de Gestão e Documentos Técnicos Institucionais da Coordenação de Avaliação da Atenção Básica do Ministério da Saúde, Portarias, Ata do Conselho Nacional de Saúde, Atas de Reuniões da Comissão Intergestora Tripartite, Relatórios de Oficinas e Seminários, Artigos Institucionais e Editais de Pesquisa (Tabela 1).

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

O conceito de dispositivo institucional, conforme enfatizado por Jacob,⁴ não deve ser reduzido unicamente aos mecanismos formais de uma organização. O autor lembra que quando os atores inserem regras ou práticas informais de avaliação, também contribuem com a prática avaliativa.⁴ Dessa forma, foram identificados os dispositivos institucionais produzidos em cada um dos componentes do Modelo Lógico Oficial,^{6,13,14} por meio dos projetos estratégicos previstos e inovações verificadas (avaliação formativa e formação a distância), reforçando-se a Teoria do Programa a partir dos mecanismos ou meios utilizados que contribuíram para o desenvolvimento da intervenção.^{7,15} Esses dispositivos foram atualizados a partir da leitura prévia dos documentos oficiais, o que, também, subsidiou a elaboração do roteiro de entrevista semiestruturada.

Foram utilizados como critérios de avaliação (Tabela 2) os produtos e/ou resultados imediatos previstos no modelo lógico e outros, resultantes da ação dos dispositivos encontrados na análise documental, ou identificados na análise de conteúdo das entrevistas. Este recurso permite interpretar as descrições, analisar o contexto ou o significado de conceitos nos discursos, bem como caracterizar a sua influência 'social' e, ainda, identificar as mudanças que são o objeto de estudo.¹⁶⁻¹⁹

Para a estimação do grau de implantação foram atribuídos aos critérios uma pontuação em razão das seguintes situações: 1 (um) para convergência positiva dos discursos em direção ao critério – demonstrando uma situação favorável à implantação do Programa; 0,5 (meio) quando foram identificadas divergências dos discursos – situações de mudanças

Tabela 1

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

Informantes-chave entrevistados

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

Documentos analisados

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

E= entrevistado; D= documento analisado.

Tabela 2

Critérios e pontuação para a avaliação do grau de implantação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, no período de 2003 a 2006.	
Dispositivos	Interpretação a partir das convergências e divergências da análise dos discursos
Aperfeiçoamento do SIAB (max. 8 pontos)	<p>Critérios iniciais</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoramento das inconsistências no banco do SIAB 2. Técnicos responsáveis pela reformulação no MS 3. Indicadores Definidos 4. Articulação do novo SIAB com os demais SIS 5. Sistema novo Informatizado 6. Identificação Unívoca do Usuário 7. Mudança da base tecnológica 8. Disponibilização do novo SIAB na internet <p>1 ponto: Monitoramento das inconsistências do SIAB; Técnicos responsáveis pela reformulação no MS; Indicadores Definidos. 0,5 ponto: Articulação do novo SIAB com os demais SIS/CNES.</p>
Dinamização do pacto de indicadores da AB (max. 6 pontos)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Publicação das portarias em tempo oportuno 2. Processo de pactuação crítico-reflexivo 3. Envolvimento das áreas técnicas 4. Metodologia de pactuação 5. Articulação com outros instrumentos de pactuação 6. Participação efetiva dos atores envolvidos <p>1 ponto: Publicação das portarias em tempo oportuno; Processo de pactuação crítico-reflexivo; Envolvimento das áreas técnicas; Metodologia de pactuação. 0,5 ponto: Articulação com outros instrumentos de pactuação; Participação efetiva dos atores envolvidos..</p>
Monitoramento da implantação do Componente 1 do Proesf (max. 9 pontos)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indicadores identificados 2. Metodologia definida 3. Georreferenciamento dos indicadores analisados 4. Análise comparativa entre municípios com e sem o Proesf 5. Resultados analisados 6. Relatório final elaborado 7. Avaliação publicada 8. Subsídio às negociações entre gestão federal e Banco Mundial 9. Apoio técnico aos municípios em situação de risco <p>1 ponto: Indicadores identificados; Metodologia definida; Georreferenciamento dos indicadores; Análise comparativa entre municípios com e sem o Proesf; Resultados analisados; Relatório elaborado; Subsídio às negociações entre gestão federal e Banco Mundial; Apoio técnico aos municípios em situação de risco. 0,5 ponto: Avaliação publicada.</p>
Construção do MonitorAB (max. 5 pontos)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seleção das dimensões de Monitoramento 2. Definição dos Indicadores para cada dimensão 3. Construção de um sistema informatizado 4. Disponibilização do aplicativo 5. Divulgação <p>1 ponto: Seleção das dimensões de Monitoramento; Definição dos Indicadores para cada dimensão; Construção de um sistema informatizado.</p>

continua

continuação

Tabela 2

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

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

continua

Tabela 2

continuação

Critérios e pontuação para a avaliação do grau de implantação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, no período de 2003 a 2006.	
Dispositivos	Critérios iniciais
Fortalecimento das SES (max. 8 pontos)	<p>Interpretação a partir das convergências e divergências da análise dos discursos</p> <p>1 ponto: Elaboração da Proposta Metodológica; Contratação de CC; Capacitação (C+=1); Sensibilização das SES; Envolvimento de Conass, Conasems e Conselhos. 0,5 ponto: Execução dos recursos pelas SES; Aplicação das propostas; Assessoramento da CAA às SES.</p>
Formação de rede de cooperação técnica em avaliação (max. 9 pontos)	<p>1. Elaboração da Proposta Metodológica</p> <p>2. Contratação de Centro Colaborador</p> <p>3. Execução dos recursos pelas SES</p> <p>4. Aplicação das propostas</p> <p>5. Capacitação</p> <p>6. Sensibilização das SES</p> <p>7. Envolvimento de Conass, Conasems e Conselhos</p> <p>8. Assessoramento da CAA às SES</p> <p>1. Identificação de instituições com expertise em M&A</p> <p>2. Mobilização de especialistas e peritos no campo da avaliação</p> <p>3. Mobilização sistemática das instituições</p> <p>4. Compartilhamento de experiências, práticas e técnicas</p> <p>5. Reunião sistemáticas de profissionais interessados em avaliação</p> <p>6. Constituição de um Grupo de Trabalho de Avaliação da Abrasco</p>
Indução e gestão de estudos e pesquisas (max. 10 pontos)	<p>7. Formalização de apoio ao Grupo de Trabalho de Avaliação da Abrasco</p> <p>8. Definição de responsável para mobilização</p> <p>9. Compartilhamento de práticas e técnicas</p> <p>1. Levantamento de dados e informações relevantes não fornecidos pelos sistemas de informação; Identificação de necessidades de estudos e pesquisas; Lançamento do edital com base nas prioridades da gestão; Financiamento; Gerenciamento compartilhado; Apoio à publicação de pesquisas avaliativas. 0,5 ponto: Participação da CAA/DAB na definição da pergunta avaliativa.</p> <p>2. Identificação de necessidades de estudos e pesquisas</p> <p>3. Participação da CAA/DAB na definição da pergunta avaliativa</p> <p>4. Lançamento do edital com base nas prioridades da gestão</p> <p>5. Financiamento</p> <p>6. Gerenciamento compartilhado</p> <p>7. Apoio à utilização</p> <p>8. Apoio ao intercâmbio entre os pesquisadores</p> <p>9. Financiamento direto pelo MS de outras pesquisas</p> <p>10. Apoio à publicação de pesquisas avaliativas</p>

continua

Tabela 2

Critérios e pontuação para a avaliação do grau de implantação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, no período de 2003 a 2006.	continuação
Dispositivos	Interpretação a partir das convergências e divergências da análise dos discursos
Critérios iniciais	
Fortalecimento da CAA/DAB (max. 6 pontos)	<p>1 ponto: Recursos Financeiros; Apoio técnico e administrativo; Passagens; Diárias; Cargo para a coordenação da política. 0,5 ponto: Pessoal especializado contratado, cedidos, concursados, consultoria.</p>
Meta-avaliação dos ELB (max. 7 pontos)	<p>1 ponto: Comissão independente – composta de consultores e equipe interna; Meta-avaliação introduzida durante a realização dos ELB; Desenvolvimento do Plano de Meta-avaliação; Envolvimento do Grupo de Acompanhamento; Revisão sistemática dos relatórios dos ELB e pontuação dos critérios, complementando-se o aprofundamento da informação com casos exemplares selecionados pelo grupo consultor com apoio do grupo de acompanhamento; Realização de Seminário Nacional. 0,5 ponto: Apoio à utilização.</p>
Integração inter e intra-setorial (max. 5 pontos)	<p>1 ponto: Integração SIM/SINASC/SIAB e otimização das capacitações em avaliação previstas no VIGISUS; Integração de componentes do Vigisus e Proesf; Articulação sistemática com o Conass; Articulação sistemática com o Conasems (ELB, AMQ, Monit. do Proesf e Núcleos Locais de M&A); Articulação com o processo de avaliação do SUS desencadeado pela gestão federal do MS (SGP e SE).</p>
Produção de Informação (max. 7 pontos)	<p>1 ponto: Disponibilização da base de dados do SIAB no site do DATASUS; Elaboração, publicação e distribuição dos Cadernos de Indicadores do SIAB 2002, 2003, 2004 e 2005; Regularização na produção e distribuição do "Informe da Atenção Básica"; Apoio à divulgação dos resultados das avaliações; Criação da Home Page da CAA. 0,5 ponto: Apoio à publicação de estudos e projetos em Congressos, Jornadas, etc.</p>

continua

Tabela 2 conclusão

Critérios e pontuação para a avaliação do grau de implantação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, no período de 2003 a 2006.	
Dispositivos	Critérios iniciais
Avaliação Formativa (max. 5 pontos)	<p>Interpretação a partir das convergências e divergências da análise dos discursos</p> <p>1 ponto: Negociação do TDR com pactuação das perguntas avaliativas; Realização do estudo de Avaliabilidade; Realização de estudos de Caso; Acompanhamento de todas as etapas por técnicos da CAA/DAB. 0,5 ponto: Divulgação dos resultados.</p>
	<p>1 ponto: Definição de competências; Elaboração do material do curso básico; Elaboração do material do curso avançado; Realização do piloto; Seminários avançados; Envolvimento dos CC, SEGETS e Abrasco; Parceria com Instituições de Ensino e Pesquisa.</p>
Programa de Formação à Distância (max. 10 pontos)	<p>1. Definição de competências</p> <p>2. Elaboração do material do curso básico</p> <p>3. Elaboração do material do curso avançado</p> <p>4. Realização do piloto</p> <p>5. Seminários avançados</p> <p>6. Elaboração do material do curso intermediário</p> <p>7. Realização do curso intermediário</p> <p>8. Curso em larga escala</p> <p>9. Envolvimento dos Centro Colaborador, SEGETS e Abrasco</p> <p>10. Parceria com Instituições de Ensino e Pesquisa</p>

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

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

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

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

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

Resultados e Discussão

Grau de Implantação e Efeitos Observados

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

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

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

Contextualização analítica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Por outro lado, tem relevância a renegociação do acordo de empréstimo assinado entre o Governo Brasileiro e o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD – Banco Mundial) que originou o Proesf, no que concerne ao Componente de Monitoramento e Avaliação, tanto no que diz respeito aos seus subcomponentes e/ou ações programadas, quanto no que se refere ao volume de recursos destinados à sua execução. A inclusão da proposta de Fortalecimento da Capacidade Técnica das Secretarias Estaduais de Saúde em Monitoramento e Avaliação, regulamentada pela Portaria Nº 865/GM/MS, de 11 de maio de 2004²⁷ e o aumento dos recursos financeiros de US\$ 7 milhões para US\$ 25 milhões previstos para a primeira fase do Proesf nesse componente, caracterizam-se como elementos estruturadores da sustentabilidade das ações

propostas.²²

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabela 3

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

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

continua

continuação

Tabela 3

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

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

continua

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

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

continua

conclusão

Tabela 3

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

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

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

Conclusões

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Agradecimentos

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

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

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF; 1997.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/SUS 01/02. Diário Oficial da União. Brasília, DF; 2002.
3. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11: 553-63.
4. Jacob S. Réflexions autour d'une typologie des dispositifs institutionnels d'évaluation. *Can J Program Eval*. 2005; 20: 49-68.
5. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11: 705-11.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília, DF; 2005.
7. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizador. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-47.
8. Hartz ZMA. Princípios e padrões em meta-avaliação: diretrizes para os programas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006; 11: 733-8.
9. Bobbio N, Mateucci N, Pasquino G. *Dicionário de política*. Brasília: Ed UNB; 1992.
10. Pluye P, Potvin L, Denis JL. Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Eval Program Plann*. 2004; 27: 121-33.
11. Denis JL, Champagne F. Análise de implantação. In: Hartz ZMA, organizador. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p.49-88.
12. Alves CKA. *Institucionalização da avaliação na atenção básica: análise do programa em uma gestão estadual [Dissertação]*. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Fundação Oswaldo Cruz; 2008.
13. Pawson R, Tilley N. *Realist Evaluation*. London: Sage; 1997. p. 85.
14. McLaughlin JA, Jordan GB. Logic models: a tool for telling your program's performance story. *Eval Program Plann*. 1999; 22: 65-72.
15. Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999; 4: 341-53.
16. Knaap PVD. Theory-based Evaluation and Learning: Possibilities and Challenges. *Evaluation*. Thousand Oaks: Sage. 2004; 10: 16-34.
17. Cinq-mars M, Fortin D. Perspectives épistémologiques et Cadre conceptuel pour l'évaluation De l'implantation d'une action Concertée. *Revue canadienne d'évaluation de programme*. 1999; 2: 57-83.
18. Yin RK. *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman; 2005.
19. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977. p. 31.
20. McClintock C. Process sampling: a method for case study research on administrative behavior. *Educational Administration Quaterly*. 1985; 21: 205-22.
21. Trochim WMK. *Evaluation Culture*. 2002. [Acessado em 09 jan 2006]. Disponível em: <http://www.atomicdog.com/trochim>.
22. Felisberto E, Freese E, Natal S, Alves CKA. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24: 2091-102.
23. Souza HM. O PSF como indutor da institucionalização da avaliação na atenção básica. *Rev Bras Saúde Fam*. 2002; 6: 10-5.
24. Hartz ZMA. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2000; 21: 29-35.
25. Felisberto E. Monitoramento e Avaliação na Atenção Básica: Novos Horizontes. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2004; 4: 317-21.
26. Hartz ZMA. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002; 7: 419-21.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de fortalecimento da capacidade técnica das secretarias estaduais de saúde em monitoramento e avaliação. Termo de Referência. Brasília, DF, 2004. [Acesso em: 25 jun 2009]. Disponível em: www.saude.gov.br/caadab
28. Stevenson JF, Florin P, Mills DS, Andrade M. Building evaluation capacity in human service organizations: a case study. *Eval Program Plann*. 2002; 25: 233-43.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Série Pactos pela Saúde 4. Brasília, DF; 2006.
30. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária e Promoção da Saúde*. Brasília, DF; 2007.

Recebido em 18 de maio de 2009

Versão final apresentada em 26 de junho de 2009

Aprovado em 29 de julho de 2009