

✓ Trilhas na avaliação para gestão de programas: o aprender ao fazer

Paulo Germano de Frias¹

Lygia Carmen de Moraes Vandertei¹

¹ Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Diretoria de Ensino e Pesquisa. Programa de Pós-graduação de Avaliação em Saúde

Texto produzido para o Curso Avançado de Avaliação da UNIFESP

Resumo: O artigo apresenta considerações sobre a avaliação em saúde com suas múltiplas facetas, abordagens conceituais e metodológicas, apreendidas pelos autores nas suas trajetórias profissionais experimentadas nas instâncias interfederativas do Sistema Único de Saúde e como membros do Grupo de Estudos de Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Discorrem sobre o aprendizado em serviços a partir do exercício de desenhar propostas de avaliação fundadas nas necessidades institucionais, em contextos organizacionais onde se inseriam de diferentes formas, associados ao intercâmbio com instituições e grupos de pesquisas. As trilhas do aprendizado sobre a avaliação para gestão foram incorporadas às suas práticas ao aceitar desafios de realizá-las mesmo em cenários adversos. Entre as vivências instigadoras incluiu-se entender sobre os papéis de avaliador interno e externo, negociar questões avaliativas relevantes e facilitar o uso dos resultados.

Palavras-chave: Avaliação em saúde; Políticas públicas, Sistema de saúde, Gestão em saúde

EN Trails in assessment for program management: learning by doing

Abstract: The article presents considerations on health assessment with its multiple facets, conceptual and methodological approaches, which the authors learned in their professional trajectories experienced in the interfederative instances of the Unified Health System and as members of the Health Assessment Study Group of the Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. They discuss learning in services from the exercise of designing evaluation proposals based on institutional needs, in organizational contexts where they were inserted in different ways, associated to the exchange with institutions and research groups. The learning trails on management assessment have been incorporated into their practices by accepting challenges to accomplish them even in adverse scenarios. Instigating experiences included understanding the roles of internal and external evaluator, negotiating relevant evaluative issues, and facilitating the use of results.

Key-words: Health assessment; Public policies, Health system, Health management

ES Rutas en la evaluación para gestión de programas: el aprender al hacer

Resumen: El artículo presenta consideraciones sobre la evaluación en salud con sus múltiples facetas, enfoques conceptuales y metodológicos, aprehendidos por los autores en sus trayectorias profesionales experimentadas en las instancias interfederativas del Sistema Único de Salud y como miembros del Grupo de Estudios de Evaluación en Salud del Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Se discuten sobre el aprendizaje en servicios a partir del ejercicio de diseñar propuestas de evaluación fundadas en las necesidades institucionales, en contextos organizacionales donde se inserta de diferentes formas, asociados al intercambio con instituciones y grupos de investigación. Las pistas del aprendizaje sobre la evaluación para la gestión se incorporaron a sus prácticas al aceptar desafíos de realizarlas incluso en escenarios adversos. Entre las vivencias instigadoras se incluyó entender sobre los papeles de evaluador interno y externo, negociar cuestiones evaluativas relevantes y facilitar el uso de los resultados.

Palabras-clave: Evaluación en salud; Políticas públicas, Sistema de salud, Gestión de la salud.

FR Sentiers en évaluation pour la gestion du programme: apprendre par la pratique

Résumé: L'article présente des considérations sur l'évaluation de la santé avec ses multiples facettes, ses approches conceptuelles et méthodologiques, appréhendées par les auteurs dans leurs trajectoires professionnelles vécues dans les instances interfédératives du système de santé unifié et en tant que membres Health Assessment Study Group. Institut de médecine intégrale Prof. Fernando Figueira. Ils discutent de l'apprentissage dans les services de l'exercice consistant à concevoir des propositions d'évaluation basées sur les besoins institutionnels, dans des contextes organisationnels où elles ont été insérées de différentes manières, associées à des échanges avec des institutions et des groupes de recherche. Les pistes d'apprentissage sur l'évaluation de la gestion ont été intégrées à leurs pratiques en acceptant les difficultés pour les accomplir, même dans des scénarios défavorables. Les expériences suscitées incluaient la compréhension des rôles des évaluateurs internes et externes, la négociation des questions d'évaluation pertinentes et la facilitation de l'utilisation des résultats.

Mots-clés: évaluation de la santé; Politiques publiques, Système de santé, Gestion de la santé

INTRODUÇÃO

A avaliação em saúde é um campo em construção, que apesar de jovem apresenta múltiplas facetas e abordagens conceituais e metodológicas (Champagne et al, 2011). Diversas disciplinas vêm contribuindo para o seu amadurecimento, entretanto a institucionalização da avaliação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro é um horizonte a ser alcançado apesar dos avanços e do reconhecimento de sua importância na resposta às questões relevantes para a tomada de decisão (Felisberto, 2006).

Este manuscrito apresenta reflexões dos autores com base na trajetória profissional vivenciada nas instâncias interfederativas do SUS e como membros do Grupo de Estudos de Avaliação e Gestão em Saúde (GEAS) do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), onde atuam como pesquisadores e docentes do Programa de Pós-graduação em Avaliação em Saúde. Após considerações sobre que avaliação em saúde está se considerando discute-se sobre o aprendizado em serviços a partir do exercício de desenhar propostas de avaliação em contextos organizacionais onde os autores se inseriram como técnicos, gerentes, apoiadores institucionais ou orientadores, e do intercâmbio de experiências, com instituições, grupos ou pesquisadores, incorporadas às suas práticas progressivamente.

CONSIDERAÇÕES GERAIS ACERCA DA AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A avaliação sempre esteve atrelada ao comportamento humano e relacionada à busca de soluções para seus problemas momentâneos e futuros. Além do juízo de valor cotidiano, informal e intuitivo, de racionalidades subjacentes pouco claras para a tomada de decisão existem as avaliações formais realizadas a partir de questões bem definidas, e por meio de sequências sistemáticas, reproduzíveis e metodologicamente rigorosas (Stufflebeam; Coryn, 2014).

Diante de um mundo contemporâneo globalizado, complexo, em que as questões locais e/ou individuais dialogam e se enredam com as universais e/ou coletivas, os desafios para a avaliação se multiplicaram. Se por um lado as avaliações são facilitadas pelo compartilhamento de aprendizados e o maior entendimento sobre que fatores se relacionam à efetividade de intervenções, por outro conectá-las às questões e contextos locais com seus múltiplos interesses é provocador e instigante.

Sempre há resistências na condução das avaliações, apesar de se reconhecer como uma boa ferramenta para organizações ou sistemas voltados ao bem-estar social, ao produzir informações para os tomadores de decisão (Worthen et al., 2004). Em parte, a relutância é explicada por que avaliações tradicionais eram realizadas por avaliadores externos que subsidiavam tomadores de decisão sobre a efetividade das intervenções, contribuindo para a manutenção, ajustes ou sua finalização e, em consequência, os atores envolvidos se sentiam ameaçados (Patton, 2008).

Em contraposição, quando as avaliações são de caráter formativo visando aprimorar intervenções em desenvolvimento, com o aprendizado sendo enfatizado com a identificação das fortalezas e fragilidades na perspectiva dos múltiplos interessados e interesses vigentes, a dimensão cooperativa é ampliada e a oposição reduzida (Bridis et al, 1998). Avaliadores internos podem promover e impulsionar avaliações formativas colaborando com o aperfeiçoamento e com mecanismos de prestação de contas aos beneficiários e usuários da intervenção (Patton, 2008).

Intervenções inovadoras e/ou recentemente instituídas para enfrentar os problemas de saúde ou organizacionais necessitam de tempo para que sejam implantadas em plenitude, e as avaliações formativas contribuem para o seu melhoramento e amadurecimento quanto aos conteúdos, constructos, estratégias e modos de fazer (Bridis et al, 1998). Por vezes a pressão de gestores em avaliar a efetividade das intervenções gera conclusões inapropriadas sobre seu êxito, pela frequente incompatibilidade entre os tempos políticos institucionais e os tempos técnicos para que sua consolidação se concretize (Champagne et al, 2011).

Outro aspecto a ser considerado na avaliação para a gestão é a compreensão sobre o desejo para realizá-la e a disposição para entender o que está acontecendo com a intervenção, ou se trata apenas de reafirmar o que já é sabido e sobre o que se está atuando positivamente sobre o problema que gerou a intervenção (Tanaka; Melo, 2004). Em espaços protegidos da gestão o olhar sobre o que é visível e dá certo é algo recorrente, especialmente em organizações verticalizadas com práticas gerenciais pouco fluidas às críticas, apreciações negativas ou sobre o que não está funcionando que são vistas como postura dos opositores.

Avaliações conduzidas para serem úteis requerem ambientes receptivos à compreensão da realidade, por vezes díspar, e envolvidos preparados para admitir equívocos e aprender com eles (Patton, 2008). Além disso, carecem de usuários conscientes e partícipes de decisões sobre seus propósitos, cultura organizacional orientada pelos

resultados, definições objetivas de atribuições dos envolvidos quanto aos processos instituídos e o uso dos resultados da avaliação de forma transparente e negociada (Guba; Lincoln, 1989; Patton, 2008). Em suma, viabilizar avaliações que sejam úteis, práticas, éticas e acuradas é um desafio a ser perseguido.

No âmbito da gestão as modalidades de avaliação contribuem para tomada de decisão, mas as conduzidas para atender às necessidades dos interessados, são particularmente importantes. Por esse motivo que Patton (2008), um dos expoentes da avaliação focada no uso, a considera *“uma coleta sistemática de informações sobre as atividades, características e resultados de programas para julgamento dos mesmos, melhoria e/ou decisão sobre a efetividade, programação futura e/ou entendimento, tendo como foco os usuários específicos e os usos pretendidos da avaliação”*. A essa definição, Champagne et al. (2011) acrescentam que as informações devem ser *“cientificamente válidas e socialmente legítimas”* e que *“os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir, individual ou coletivamente, um julgamento que possa se traduzir em ações”*.

A avaliação tem um *corpus* de conhecimento que inclui mérito, valor, utilidade e significado sobre o que se avalia, mediada por múltiplos pontos de vista que privilegiam questões a investigar e métodos (Patton, 2018). Por isso, como o juízo de valor é carregado de visões de mundo, ao incorporar incertezas, conflitos, pluralidades e singularidades, se distancia de uma pretensa neutralidade (Gates, 2018). As diferentes perspectivas e estratégias para determinar valores a partir de critérios, parâmetros e seleção de métodos apropriados são desafios para a prática avaliativa (Stufflebeam; Coryn, 2014).

Ao se debruçar em investigações metodizadas sobre como as intervenções repercutem nos problemas para os quais foram propostas e como modificam o trabalho, a prática da avaliação em saúde se alicerça primordialmente na teoria do programa/intervenção (Patton, 2018; Rossi et al., 2004; Chen, 2005). Ponderar sobre a teoria equivale a explicitar sobre redes de ações capazes de resolver o problema de saúde ou da organização, envolvendo o uso de um arcabouço lógico que além de ferramenta metodológica é um instrumento de comunicação efetiva. Essa estrutura subsidia a identificação de informações necessárias para planejar, monitorar e avaliar a intervenção e seus efeitos sobre o público alvo e a população em geral (CDC, 1999; McLaughlin; Jordan, 2010).

A explicitação de modelos causais sobre os determinantes dos problemas de saúde e de modelos lógicos das intervenções para o seu enfrentamento são dispositivos úteis para organizar respostas

coordenadas e a coleta de dados. Esses modelos são facilitadores da comunicação para que os interessados opinem ao discriminar as inter-relações das atividades previstas delimitando suas atribuições como gestores, prestadores de serviços ou usuários (Bezerra et al., 2011).

Rugg et al. (2004) propõem momentos para organizar estrategicamente os problemas de saúde, as intervenções para resolvê-los e o processo de monitoramento e avaliação: (1) identificar o problema; (2) compreender seus determinantes; (3) escolher intervenções que podem funcionar; (4) determinar as intervenções e recursos necessários; (5) avaliar sua qualidade; (6) examinar a extensão e os resultados do programa e (7) analisar os efeitos gerais do programa. Esses momentos são esclarecedores para intervenções recentes e para as mais estruturadas e duradouras. Para as recentes, o investimento é maior nas etapas iniciais e as avaliações formativas são decisivas para o seu aperfeiçoamento (Patton, 2008); para as estruturadas, os procedimentos repetidos ao final dos momentos para atualizar informações sobre o seu *status* e impacto, contribuem para fechar o ciclo: planejamento, implementação e avaliação, com redirecionamento condicionado por alterações na situação do problema, ou novas evidências robustas, custo-efetivas e legitimadas socialmente (Rugg, 2004).

A avaliação pode contribuir de variadas formas em cada momento acima descrito, entretanto, por sua amplitude de atuação não é recomendável seu enquadramento incondicional em abordagens metodológicas específicas que não respondam a questão sob investigação, a necessidade e a utilidade para emitir o juízo de valor (Stufflebeam; Coryn, 2014). Assim, inúmeras disciplinas contribuem distintamente e em diversas etapas do processo avaliativo, com sua exuberância condicionada pela questão avaliativa (Samico et al., 2010).

Existem muitas classificações da tipologia da avaliação, resultantes de posturas filosóficas, correntes metodológicas e prática dos proponentes (Guba; Lincoln, 1981; Scriven, 1993; Worthen et al., 2004). Champagne et al. (2011) adotam dois grupos úteis para reflexões sobre questões na avaliação para gestão, as avaliações normativas e as pesquisas avaliativas. As normativas privilegiam critérios, normas e/ou padrões estabelecidos, em geral adotando a abordagem sistêmica da tríade estrutura/processo/resultado (Donabedian, 1966; 1976), sendo imprescindíveis para os gerentes de programas e serviços e pressupõe que quando respeitadas, produzem os efeitos esperados pela intervenção (Champagne et al., 2011). A pesquisa avaliativa utiliza o método científico e avança analiticamente, relacionando o problema, a intervenção, seus objetivos, os recursos, as atividades, os efeitos e o contexto no qual está inserida (Champagne et al., 2011).

Champagne et al. (2011) identificam seis diferentes tipos de pesquisas avaliativas, sem almejarem ser exaustivos, ao analisar: (1) a pertinência, para checar se há adequação entre a intervenção e o problema que a originou (análise estratégica); (2) os fundamentos teóricos, para avaliar se há adequação entre os objetivos da intervenção e os meios empregados para atingi-los (análise lógica); (3) a produtividade, para esclarecer sobre a relação entre os recursos empregados e os serviços produzidos; (4) os efeitos, para compreender a influência dos serviços sobre o estado de saúde de quem os utiliza; (5) a eficiência, ao relacionar os recursos aos efeitos alcançados (análise de rendimento) e (6) a implantação, em que se observa a relação existente entre o contexto, a intervenção e seus efeitos.

Apesar da robustez do arcabouço teórico metodológico e do valor atribuído à avaliação no Brasil, há dificuldades em conduzi-la, destacando-se: (1) SUS genuinamente complexo e em permanente ajuste de implementação segundo seus princípios e diretrizes, diante do subfinanciamento, gerando mudanças e pactuações tripartites quanto aos procedimentos legais e administrativos; (2) perfil epidemiológico caracterizado pela tripla carga de doenças com diferenciais entre estados e distintos problemas e necessidades; (3) rápido desenvolvimento tecnológico, pressão social e de diferentes interesses para sua incorporação no SUS; (4) expectativas crescentes da população e (5) incertezas nas relações entre os problemas de saúde e as intervenções aptas a resolvê-los, entre outras (Figueiró et al., 2010). Não obstante, no país, sobretudo a partir dos anos 2000, a avaliação em saúde conquistou espaço institucional na agenda pública.

O ENCONTRO COM A AVALIAÇÃO EM SAÚDE DURANTE A TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

O ingresso na área da avaliação ocorreu pela necessidade das funções desempenhadas no exercício da pediatria, saúde coletiva e epidemiologia. Igualmente, importantes foram as identidades de grupo e de valores com pessoas que partilhavam da mesma visão de mundo no ambiente laboral, em um contexto nacional de movimentos pela redemocratização, pela reforma sanitária associado às experiências na clínica no sertão nordestino e região metropolitana do Recife, em experiência pioneira em favelas (Vanderlei; Braga, 1986), em emergências, hospitais e ambulatórios, onde as marcantes desigualdades sociais eram evidenciadas.

A oportunidade de participar do curso “Métodos epidemiológicos aplicados na avaliação de programas materno-infantil” (1994), alavancou iniciativas na área. Nos primórdios do SUS e de sua descentralização, um diagnóstico sobre a mortalidade infantil em Olinda, mostrou que além das elevadas taxas, 50 óbitos/1000 nascidos vivos (nv), existiam diferenciais nos 37 km² do espaço intra-urbano variando de 16/1000nv, nas áreas mais favorecidas a 137/1000 nv nas de piores condições de vida, com diferentes causas de morte e determinantes (Holmes et al, 1994). Identificado o problema, se desenhou uma intervenção: “Oh Linda Criança Saudável” utilizando conceitos como risco relativo e risco atribuível populacional para delimitar públicos e territórios prioritários. Apesar de a iniciativa contemplar os primeiros momentos descritos por Rugg (2004) e transitar na assistência e na vigilância, não houve avanços quanto à definição dos recursos necessários para sua implementação, além da restrição no processo de construção da proposta.

Com a mudança da conjuntura política, essa experiência foi ampliada para o estado em uma gestão, o denominado “Projeto Salva Vidas”, voltado para reduzir a mortalidade infantil (Pernambuco, 1997a). A iniciativa se fortaleceu pela descentralização, mudanças no financiamento do SUS, ampliação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), início do Saúde da Família (PSF) e decisão política. Mesmo com o reduzido tempo para implantar a intervenção, o suporte de consultorias externas, cooperações técnicas e interfederativa, a última ainda incipiente, foram essenciais no aprendizado para desenhar e operar diagnósticos, intervenções e avaliações. Marginalmente, a escuta de interessados na intervenção e a incorporação de linguagem popular à técnica ampliou horizontes para um diálogo mais perene ao longo do processo (Pernambuco, 1998a).

Apesar da limitada compreensão sobre avaliações formativas (Patton, 2008), as estratégias de monitoramento e avaliação foram desenvolvidas coletivamente, com suporte externo, nas etapas de diagnóstico da situação materno infantil e de desenho da rede prestadora de serviços e de apoio comunitário, associadas ao diálogo sobre a vigilância às crianças de risco (Pernambuco, 1997a; 1998b). A experiência a partir da diversidade de formação dos técnicos e modo de operar o trabalho em saúde, o uso de linguagens populares, a indução ao diálogo de saberes e práticas instituídas e instituintes e a valorização da cultura local, favoreceram um ambiente institucional voltado ao aprendizado e a partilha de responsabilidades (Pernambuco, 1997a). O coletivo foi sendo

capacitado em técnicas e métodos, entre pares, no exercício do fazer avaliação, no processo, a partir de necessidades sentidas para condução e operação da intervenção.

Nesse período evidenciou-se a precariedade e insuficiência das avaliações no cotidiano da secretaria de saúde, apesar das muitas questões a serem investigadas. Distintas incompatibilidades entre os tempos técnicos e políticos, que associados à questão financeira e ao arsenal metodológico para desenvolver as avaliações geraram impossibilidades, por insuficiência de técnicos para manutenção das ações da intervenção e sua realização simultaneamente. Assim, ficou o aprendizado sobre ponderar a factibilidade das avaliações e o exercício de estimar necessidades de recursos e métodos para responder às questões avaliativas (Tanaka; Melo, 2004).

Uma opção que fortaleceu o olhar crítico reflexivo dos envolvidos foi a documentação da produção em uma série editorial da secretaria de saúde, como atividade cotidiana, que se constituísse como memória institucional. Foram editados 15 livros da Série Salva Vidas e dois da Série Educação em Saúde (Pernambuco, 1998a; 1998c), em linguagem ajustada ao público alvo (Pernambuco, 1996a). Diante da repercussão nacional, o livro “Mortalidade Infantil em Pernambuco: geografia, magnitude e significados” foi a base comparativa para os resultados (Pernambuco, 1996a; 1997b). Porém, apesar da disponibilidade dos sistemas de informação vitais brasileiros, os indicadores oficiais eram calculados a partir de estimativas indiretas pela precariedade dos dados (Simões, 1999). Diante da reflexão com os operadores desses sistemas (Frias et al., 2005) e consultoria externa, se ponderou utilizar o dado como condição essencial para seu aperfeiçoamento (Szwarcwald, 2008).

Essa iniciativa se constituiu uma linha de trabalho para o uso do dado direto dos sistemas citados, com vários desdobramentos, que resultaram em mudanças no método de cálculo do indicador em âmbito nacional (Szwarcwald et al., 2014). O aprendizado coletivo diante de constrangimentos com o *status quo*, originou questões avaliativas em serviços de saúde, que seguidas investigações com métodos robustos acumularam conhecimento para a mudança de paradigmas dominantes sobre o tema (Frias et al., 2017).

Aliadas à preocupação com os indicadores finalísticos e o aparente dilema entre o “rigor científico e metodológico” e o que “poderia ser feito no contexto organizacional,” emergiram questões avaliativas normativas sobre a estrutura e/ou o processo, imprescindíveis para os gerentes da intervenção nos *locus* de prestação de serviços. Entre elas destacaram-se: estruturas organizacionais relacionadas à oferta de serviços; das maternidades

(ao parto e nascimento); das unidades básicas de saúde (aos Programas de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) e da Mulher (PAISM), ao Manejo das Infecções Respiratórias e às Doenças Prevalentes na Infância/AIDPI). (Pernambuco, 1997c; 1998d; 1996b; 1998e; 1998f).

Muitas lições foram aprendidas ao realizar avaliações normativas, como: identificar critérios, normas e parâmetros para julgamento a partir de documentos oficiais que, por sua diversidade e contradição intrínseca, não é tão óbvio; entender como delimitar e consensuar com precisão o que se pretende avaliar; que instrumento melhor responde à pergunta; refletir sobre a utilização de instrumentos pré-definidos, testados e por vezes validados, nem sempre transculturalmente, ou construir novos instrumentos; ampliar a percepção das relações entre o contexto organizacional dos serviços e o cumprimento de normas, etc. Além disso, se manter perene às demandas sociais e incluir tomadores de decisão no processo, para aumentar a chance de êxito. A realização de eventos com participação de autoridades com poder decisório contribuiu na exigência de respostas às reivindicações sociais voltadas à redução da mortalidade infantil (Pernambuco, 1997d; 1998g).

Como instrumento de comunicação com a sociedade civil e controle social, se induziu a produção de informativos do Comitê de Redução da Mortalidade Infantil, periódico organizado em seções com notícias, pesquisas, entrevistas, experiências exitosas e agenda, para atingir distintos públicos. As matérias jornalísticas locais e nacionais de interesse para a mortalidade infantil foram catalogadas mostrando além das ações, a importância da compreensão do papel do poder público e da sociedade. Os boletins para o monitoramento das atividades com retroalimentação de informações aos prestadores e trabalhadores das secretarias e serviços de saúde, foram utilizados para estimular a alimentação regular dos sistemas de informação e apresentar resultados de avaliações (Pernambuco, 1997b).

A publicação do livro “Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas” (1997) e a apresentação do “Salva Vidas” no curso de avaliação no EpiRio 1998, suscitaram questões sobre o porque de uma mesma intervenção apresentar resultados distintos em diferentes contextos municipais. Outras iniciativas resultaram em muitos produtos que se aperfeiçoaram à medida que eram realizados (Felisberto et al., 2009, Vidal et al., 2011). Reflexões desse período impulsionaram a compreensão de que as avaliações privilegiavam a abordagem quantitativa com pouca importância para a descrição dos contextos organizacionais na influência dos resultados alcançados.

AS OPORTUNIDADES PARA SE APERFEIÇOAR E CAMINHAR COM A AVALIAÇÃO EM SAÚDE NA TRAJETÓRIA PROFISSIONAL

A frustração inicial pela impossibilidade de continuar com a intervenção por mudança de gestão estadual oportunizou sistematizar aprendizados e investigar com métodos apropriados inquietações geradas no ambiente da intervenção. No ano de 1999 os egressos dessa experiência criaram o GEAS, intensificando as iniciativas de cooperação com instituições nacionais e internacionais.

Ao mesmo tempo, aprofundou-se e sistematizou-se o conhecimento a partir da literatura especializada, promovendo maior clareza das vivências nos serviços ao desenhar, desenvolver propostas e apresentar resultados de avaliações. Os conceitos e aportes teórico-metodológicos básicos foram ressignificados como: a amplitude da avaliação, que transita entre práticas avaliativas cotidianas utilizadas pelo planejamento e gestão, à pesquisa, com sua dimensão somativa; a melhor compreensão dos objetivos explícitos de uma avaliação, aos objetivos implícitos dos solicitantes, nem sempre voltados aos interesses públicos; a sobreposição recorrente entre os estágios da avaliação, da simples medição, aos processos negociados e até incursões em perspectivas emancipatórias e o reposicionamento do avaliador ao ter consciência sobre que avaliação deseja e a que pode realizar.

Os membros do GEAS aperfeiçoaram-se em pesquisas avaliativas, especialmente a análise de implantação, estudando a influência dos contextos organizacionais sobre o grau de implantação e deste com os resultados, para contemplar questões instigantes (Felisberto et al., 2009; Frias et al., 2009; Vidal et al., 2011).

Operacionalmente as avaliações remeteram a outras dificuldades. Na utilização de dados secundários os obstáculos envolvem de problemas na cobertura, regularidade e qualidade nos sistemas de informações (Frias et al., 2017), ao excesso de variáveis, que apesar de úteis na construção de indicadores clássicos, não o são para responder todas as questões avaliativas com especificidade e sensibilidade. As barreiras de acesso aos dados relevantes devem motivar o uso do que estiver disponível, mesmo sob pena de redução de sua acurácia (Tanaka; Melo, 2004). Igualmente, há dificuldades conceituais no uso da abordagem qualitativa, que por vezes é confundida com avaliação da qualidade.

Avaliar inclui julgamento de valor em espaços institucionais em que avaliador e avaliado são atores sociais com visões de mundo, historicidade e ideologias próprias. O ato de se avaliar em si mesmo é capaz de modificar o sujeito e o objeto avaliado, porque se trata

de uma relação intersubjetiva. Como avaliar sem que se considerem os significados que os atores atribuem para a intervenção, suas aspirações, motivos, atitudes, crenças e valores expressados no cotidiano? A abordagem qualitativa é um desafio e uma oportunidade para se expandir o olhar a outro horizonte da pesquisa avaliativa (Denzin; Lincoln, 2006; Feliciano, 2010).

Nos anos 2000, a inserção de técnicos do GEAS nas três esferas de gestão do SUS em vigilância e assistência básica, ampliou o escopo de atuação para a pesquisa e capacitação de profissionais e gerentes destas áreas, em parceria com instituições de ensino e pesquisa e favoreceram reflexões sobre a institucionalização da avaliação no MS. Para sua efetivação foi ampliada a capacidade avaliativa dos técnicos e a compreensão quanto ao seu uso, para influenciar a tomada de decisão. Foram decisivos: o Vigisus II, através do Plano de Capacitação e o Programa de Expansão em Saúde da Família (Proesf), para realizar estudos de linha de base em municípios; elaborar Planos Estaduais de Monitoramento/Avaliação com o suporte de Centros Colaboradores em geral universidades ou centros de pesquisa, além de promover cursos sobre o tema (Felisberto, 2008; Furtado et al., 2014). Os membros do GEAS ministraram cursos básicos e intermediários nos três níveis e atuaram como Centro Colaborador para Avaliação em Saúde no Norte e Nordeste (Felisberto, 2006). Nesse período a proposta de avaliação para melhoria da qualidade (AMAQ) consolidou ideias sobre critérios e padrões para atenção primária, gerando desdobramentos em anos subsequentes.

A indução e financiamento do MS no engajamento das universidades na área de avaliação, em apoio às secretarias estaduais de saúde e de capitais através de estratégias do Vigisus e Proesf, incrementou linhas de pesquisa e disciplinas de avaliação em cursos *lato* e *stricto sensu* (Felisberto et al., 2009) e em decorrência, houve ampliação na produção acadêmica nacional (Furtado; Vieira da Silva, 2014).

O aprendizado foi maior devido às cooperações técnicas interinstitucionais e do diálogo com os envolvidos com o cotidiano do sistema de saúde local. A partir de vivências na avaliação no SUS o GEAS conduziu pesquisas (Vanderlei; Navarrete, 2013; Felisberto et al., 2018; Costa et al., 2013; Albuquerque et al., 2015; Vázquez et al., 2017; Frias et al., 2017); produziu capítulos (Frias et al., 2008; Figueiró et al., 2004; Falbo; Frias, 2006; Frias et al., 2009; Sousa et al., 2014) e livros: Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais (Samico et al., 2010); Formação profissional e avaliação em saúde: desafios na implantação de programas (Samico et al., 2015).

Seguido à Especialização, em parceria com universidade mineira, foi instituído o Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde na Pós-

graduação do IMIP, em 2010, com acesso bianual, encontra-se na 5ª turma, formou 58 mestres trabalhadores do SUS, privilegiando reflexões sobre como avaliar para fortalecer o sistema. Baseados na teoria da avaliação de Alkin (2004) cuja origem emerge pelas necessidades (prestação de contas, controle e investigação social) são exploradas as características dos eixos desdobrados (valor, métodos e uso) e seus mentores.

Observações sobre a avaliação e suas implicações ao recortar a realidade, explicitam obstáculos envolvidos no processo de reconstituição das partes para chegar ao todo da intervenção avaliada sem subtrair o seu âmago, sua remontagem implica no cuidado para dar o tamanho e a expressão adequada a cada uma das suas partes integrantes. Esse procedimento nem sempre é simples, por dificuldade de se encontrar indicadores que representem cada parte do recorte de forma apropriada (Hartz, 1997). Deve-se atentar para o risco de não se construir avaliações com escolhas inadequadas que deformem a realidade, e para minimizá-lo, submeter os produtos da avaliação aos envolvidos para que se reconheçam no processo, é um indício de que a reconstituição foi pertinente (Denzin; Lincoln, 2006).

Merece atenção particular reflexões sobre como dar utilidade a avaliação ao partilhar experiências no âmbito do SUS; ao envolver os interessados e quem se define como tal; ao delimitar com precisão a intervenção a ser avaliada; ao definir foco maior na amplitude ou na profundidade da questão em investigação; ao identificar um desenho apropriado para a pergunta avaliativa; ao coletar dados capazes de produzir informações o mais válidas, precisas e oportunas sem que, entretanto, o preciosismo inviabilize uma aproximação possível da realidade. E finalmente, aprofundar sobre a compreensão da diversidade de racionalidades envolvidas na tomada de decisão (Patton, 2008). Induzir a criticidade reflexiva sobre as ações instituídas e instituintes e os múltiplos interesses envolvidos permeia a formação em avaliação direcionada aos integrantes do SUS.

A realização e/ou acompanhamento de avaliações no cotidiano dos serviços nas três instâncias do SUS no exercício profissional gerou aprendizados múltiplos, muitos sistematizados pela interação com profissionais de áreas e experiências diversificadas além da literatura especializada. Os ganhos incluíram a dimensão institucional e pessoal, como melhor compreender sobre valor, mérito e utilidade das intervenções e avaliações sem prejuízo aos princípios éticos de atenção aos interesses envolvidos e aos potenciais beneficiários. Reconheceu-se que avaliação boa é aquela viável e prática para responder às necessidades dos interessados

em tempo oportuno para influenciar na tomada de decisão (Tanaka; Melo, 2004).

O trabalho no SUS integrado ao olhar avaliativo das instituições permite emergirem questões que, se adequadamente utilizadas, podem induzir mudanças para as melhores práticas (Felisberto et al., 2009). Do planejamento de uma intervenção e/ou avaliação, à elaboração de planos estratégicos de translação do conhecimento para cada uma das etapas previstas, podem ser gerados ganhos aos partícipes. O diálogo perene nas etapas da avaliação empodera os interessados e benefícios não previstos, inclusive os intangíveis, favorecem usos de informações parciais por tomadores de decisão, mesmo sem os resultados finais estarem disponíveis. Há, porém, diferenças nas possibilidades dos usos de produtos intermediários condicionados pela estratégia metodológica adotada (Hartz, 1997).

CONCLUSÃO

Não é demais reafirmar que o fomento da cultura da avaliação para gestão requer um trabalho cotidiano, de longo prazo, com abertura para inovações, impulso para o aperfeiçoamento, flexibilidade para mudanças nas práticas organizacionais e profissionais e trabalho em equipe com diálogo cooperativo. As iniciativas exitosas costumam conjugar decisão política, alocação de recursos, construção de capacidade avaliativa, além do aproveitamento das oportunidades. O trabalho em avaliação para gestão requer um permanente movimento e fluidez nas proposições e nas práticas, revisão de interesses e motivações, capacidade de adaptação às mudanças no cenário organizacional, com necessidades de refazer pactos e no cotidiano, descobrir modos de proceder a um diálogo participativo, inclusivo e cooperativo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, A.C.; MOTA, E.L.A.; FELISBERTO, E. **Descentralização das ações de vigilância epidemiológica em Pernambuco, Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 31, p. 861-873, 2015.

ALKIN, M.C. **Evaluation Roots: Tracing Theorists' Views and Influences**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2004.

BEZERRA, L.C.; CAZARIN, G.; ALVES, C.K.A. **Modelagem de Programas: da teoria à operacionalização**. In: SAMICO, I et al. (Org.). Avaliação em Saúde: Bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2011. p.15-28.

BRIDIS, C. et al. **The use of formative evaluation to assess integrated services for children**. Eval Health Prof, v. 21, p. 77-90, 1998.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **Framework for Program Evaluation in Public Health**. MMWR, v. 48(11), p. 17, 1999.

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

CHEN, H.T. **Practical Program Evaluation: Assessing and Improving, Planning, Implementation and Effectiveness**. London: Sage, 2005.

COSTA, J.M.B. et al. **Monitoramento do desempenho da gestão da vigilância**. Ciência e Saúde Coletiva, v. 18, p. 1201-1216, 2013.

DEZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **O planejamento da Pesquisa Qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DONABEDIAN, A. **Evaluating the quality of medical care**. Milbank Mem Fund.,v. 44(3), p. 166-206, 1966.

_____. **Measuring and evaluating hospital and medical care**. Bulletin of the New York Academy of Medicine, v. 52(1), p. 51-59, 1976.
FALBO, G.H.; FRIAS, P.G. **Le Diseguaglianze nella salute all' interno di una nazione Brasile**. In: A Cro prezzo: Le diseguaglianze nella salute. Pisa: Edizioni ETS, 2006.

FELICIANO, K.V.O. **Abordagem qualitativa na avaliação em Saúde**. In: SAMICO, I et al. (Org.). Avaliação em Saúde: Bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

FELISBERTO, E. **Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 11, p. 553-563, 2006.

_____. et al. **Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação**. Cadernos de Saúde Pública, v. 24(9), p. 2091-2102, 2008.

_____. et al. **Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando implantação e efeitos**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 9, p. 339-357, 2009.

_____. et al. **Evaluation Model for developing effective indicators for health surveillance actions in Brazil**. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 18, p. 653-664, 2018.

FIGUEIRÓ, A.C. et al. **A avaliação no contexto das mudanças na organização e nas práticas de saúde**. In: Freese E. Municípios: a gestão da mudança em saúde. Recife: Ed. Universitária UFPE, 2004.

_____; FRIAS, P.G.; NAVARRO, L.M. **Avaliação em Saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições**. In: SAMICO I. et al. (Org.). Avaliação em Saúde: Bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2011.

FRIAS, P.G. et al. **Avaliação da notificação de óbitos infantis ao Sistema de Informações sobre Mortalidade: um estudo de caso**. Rev Bras Saude Matern Infant., v. 5, p. S43-51, 2005.

_____. et al. **Aleitamento Materno: intervenção no sistema local de saúde no contexto SUS**. In: ISLER H. O aleitamento Materno no contexto atual. São Paulo: Sarvier, 2008.

_____; LIRA, P.I.C.; HARTZ, Z.M.A. **Evaluación de la implantación de un proyecto para la reducción de la mortalidade infantil**. In: HARTZ & VIEIRA DA SILVA. Evaluación en Salud. Buenos Aires: Lugar editorial, 2009.

_____. et al. **Utilização das informações para a estimação de indicadores de mortalidade no Brasil: da busca ativa de eventos**

vitais ao desenvolvimento de métodos. Cad Saude Publica, v. 33(3), e00206015, 2017.

FURTADO, J.P.; VIEIRA-DA-SILVA, L.M. **A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas.** Cad. Saúde Pública, v. 30(12), p. 2643-2655, 2014.

GATES, E.F. **Toward Valuing With Critical. Systems Heuristics.** American Journal of Evaluation, v. 39(2), p. 201-220, 2018.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Effective evaluation.** San Francisco: Jossey-Bass, 1981.

_____. **Fourth generation evaluation.** Newbury Park: Sage Publications, 1989.

HARTZ, Z.M.A. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programa.** Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 1997.

HOLMES, C. et al. **Mortalidade infantil: análise da heterogeneidade espacial em Olinda. 1994.** Monografia (Especialização Epidemiologia). CPqAM, Fiocruz, Recife, 1994.

MCLAUGHLIN, J. A.; JORDAN, G. B. **Using logic models.** In: WHOLEY, J. S.; HATRY, H.P.; NEWCOMBER, K.E. (Ed.). Handbook of Practical Program Evaluation. San Francisco: Jossey-Bass, 2010.

PATTON, M.Q. **What is Utilization-Focused Evaluation?** In: _____ (Org). Utilization Focused Evaluation. 4th Edition. Thousand Oaks: Sage Publications, 2008.

_____. **Evaluation Science.** American Journal of Evaluation. v.39(2), p.183-200, 2018.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. **Mortalidade infantil em Pernambuco (1980-1991): geografia, magnitude e significados.** Cadernos de Avaliação. Recife: SES, 1996a. (Série Salva Vidas, 2).

_____. **Avaliação das ações de atenção integral à saúde da criança: situação atual, grau de implantação e gestão municipal.** Cadernos de Avaliação. Recife: SES, 1996b. (Série Salva Vidas, 4).

_____. **Coletânea de Projetos relacionados a Mortalidade infantil.** Cadernos de Avaliação. Recife: SES, 1997a. (Série Salva Vidas, 7).

_____. **Salva Vidas: divulgação em jornais.** Cadernos de Avaliação. Recife: SES, 1997b. (Série Salva Vidas, 6).

_____. **Aspectos da avaliação da estrutura organizacional: rede de serviços, atenção materno infantil e mortalidade infantil.** Cadernos de Avaliação. Recife: SES, 1997c. (Série Salva Vidas, 5).

_____. **Registro Civil - direito de todos.** Cadernos de Avaliação. Recife: SES, 1997d. (Série Salva Vidas, 8).

_____. **Diálogo de Saberes.** Caderno de Educação em Saúde, 2. Recife: SES, 1998a.

_____. **Percepções teóricas e metodológicas.** Caderno de Educação em Saúde, 1. Recife: SES, 1998b.

_____. **Condição de Vida e Mortalidade Infantil em Pernambuco.** Cadernos de Avaliação. Recife: SES, 1998c. (Série Salva Vidas, 15).

_____. **Diagnóstico estrutural das maternidades de Pernambuco.** Cadernos de Avaliação. Recife: SES, 1998d. (Série Salva Vidas, 12).

_____. **Avaliação sobre o manejo das infecções respiratórias agudas em menores de 5 anos.** Cadernos de Avaliação. Recife: SES, 1998a. (Série Salva Vidas, 10).

_____. **Atenção integral as doenças prevalentes na infância- processo de implantação da estratégia em Pernambuco.** Cadernos de Avaliação. Recife: SES, 1998f. (Série Salva Vidas, 14).

_____. **Anais do IV Seminário sobre Mortalidade Infantil.** Cadernos de Avaliação. Recife: SES, 1998g. (Série Salva Vidas, 11).

ROSSI, P.H.; LIPSEY, M.W.; FREEMAN, H.E. **Evaluation: a systematic approach.** 7. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2004.

RUGG, D. et al. **Advances in Monitoring and Evaluation of HIV/AIDS: from AIDS Case Reporting to Program Improvement.** In: _____(Org). Global Advances in HIV/ AIDS: Monitoring and Evaluation. New Directions for Evaluation. Nº 103, Fall 2004.

SAMICO, I.; FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G. **Abordagens Metodológicas na avaliação em Saúde.** In: SAMICO, I. et al. (Org.). Avaliação em Saúde: Bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

_____. et al. **Formação Profissional e Avaliação em Saúde: Desafios na Implantação de Programas.** Rio de Janeiro: Medbook, 2015.

SCRIVEN, M. **Hard-won lessons in program evaluation.** New Directions for Program Evaluation, 58. San Francisco: Jossey-Bass, 1993.

SIMÕES, C.C. **Estimativas da mortalidade infantil por microrregiões e municípios.** Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

SOUSA, M.G.G.; SANTOS, E.M.; FRIAS, P.G. **Avaliação do grau de implementação do Projeto Nascer- Maternidades relacionadas a sífilis congênita.** In: SANTOS & CRUZ. Avaliação em Saúde. Dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle de processos endêmicos. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2014.

STUFFLEBEAM, D.L.; CORYN, C.L.S. **Overview of the Evaluation Field.** In:_____ (org.). Evaluation Theory, Models & Applications. Second Edition. San Francisco: Jossey-Bass, 2014.

SZWARCWALD, C.L. **Strategies for improving the monitoring of vital events in Brazil.** Int J Epidemiol., v. 37, p. 738-744, 2008.

_____. et al. **Correction of vital statistics based on a proactive search of deaths and live births: evidence from a study of the North and Northeast regions of Brazil.** Popul Health Metr., 12:16, 2014.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. **Reflexões sobre a avaliação em serviços de saúde e a adoção das abordagens qualitativa e quantitativa.** In: BOSI, M.L.M.; MERCADO, F.J. (Org.).

Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde. Petrópolis: EditoraVozes, 2004.

VIDAL, S. A. et al. **Estudo exploratório de custos e consequências do pré-natal no Programa Saúde da Família.** Rev. Saúde Pública, v. 45 (3) p. 467-474, 2011.

WORTHEN, B.R.; SANDERS, J.R.; FITZPATRICK, J.L. **O objetivo, os usos e as distinções conceituais básicos da avaliação.** In:_____ (Org.). Avaliação de Programas: Concepções e Práticas. São Paulo: Editora Gente, 2004.

[VANDERLEI, L.C.M.](#); BRAGA, M.C. **A visita domiciliar como estratégia de acompanhamento da saúde da criança menor de 5 anos de idade - uma experiência com apoio do Unicef.** In: III Congresso Brasileiro de Pediatria. Anais. Rio de Janeiro, 1986.

_____.; NAVARRETE, M.L.V. **Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso a atenção básica no Recife, Brasil.** Rev Saúde Publica, v. 47(2), 379-389, 2013.

VÁZQUEZ, M.L. et al. **Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries.** Social science & medicine, v. 182, p. 10-19, 2017.