Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

A meta-avaliação
como instrumento para a qualificação da
avaliação de políticas públicas de saúde

Cristiane Andrea Locatelli de Almeida

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Doutor em Ciências

Área de Concentração: Serviços de Saúde
Pública

Orientador: Prof. Dr. Oswaldo Yoshimi
Tanaka

São Paulo
2016

**A meta-avaliação
como instrumento para a qualificação da
avaliação de políticas públicas de saúde**

Cristiane Andrea Locatelli de Almeida

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde Pública para
obtenção do título de Doutor em Ciências**

**Área de Concentração: Serviços de Saúde
Pública**

**Orientador: Prof. Dr. Oswaldo Yoshimi
Tanaka**

(versão original)

São Paulo

2016

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Aos meus amores

Caio, Luca e Erival

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Tanaka, por tanto, em tudo.

"Melhor para chegar a nada é descobrir a verdade."

"Não preciso do fim para chegar."

"Do lugar onde estou já fui embora."

Manoel de Barros

Ao Prof. Dr. Eduardo Gómez, da King's College London, pela acolhida e co-orientação, por se interessar e me abrir portas durante o meu estágio de pesquisa em Londres, Reino Unido.

*"Encheram a terra de fronteiras, carregaram o céu
de bandeiras, mas só há duas nações – a dos vivos e a dos
mortos."*

Mia Couto

Aos membros da banca de avaliação, Prof. Dr. Juarez Pereira Furtado, Prof^a Dr^a Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Prof. Dr. Marco Akerman, Dr. Rogério Renato Silva e Prof^a Dr^a Rosana Onocko Campos pela leitura atenta e contribuições formuladas.

*"A vida inventa! A gente principia as coisas, no não
saber por que, e desde aí perde o poder da continuação - porque
a vida é mutirão de todos, por todos remexida e temperada."*

Guimarães Rosa

À Sylvia Grimm, por compartilhar tantos momentos...

*"Amigo, para mim, é só isto: é a pessoa com quem
a gente gosta de conversar, do igual o igual, desarmado. O de
que um tira prazer de estar próximo. Só isto, quase; e os todos
sacrifícios. Ou – amigo – é que a gente seja, mas sem precisar de
saber o por que é que é."*

Guimarães Rosa

Aos integrantes do grupo responsável pela avaliação primária, por abrirem espaço, interno e na agenda, para participar desta iniciativa.

“O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem.

Guimarães Rosa

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pela concessão de bolsa de doutorado no país, bolsa estágio de pesquisa no exterior e financiamento do projeto de pesquisa que possibilitaram a realização deste trabalho.

Almeida CAL. A meta-avaliação como instrumento para a qualificação da avaliação de políticas públicas de saúde. [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2015.

RESUMO

Trata-se da meta-avaliação de um processo avaliativo desenvolvido por secretários e assessores técnicos municipais de uma região de saúde do estado de São Paulo, com foco nos critérios de utilidade e participação. É uma pesquisa qualitativa, cuja base empírica foi 1) o material produzido em sete oficinas realizadas com os representantes municipais, com vistas à avaliação de um aspecto da linha de cuidados em saúde sob a ótica da integralidade; e 2) as entrevistas semiestruturadas realizadas com os mesmos atores após a finalização do processo avaliativo. Para a avaliação do critério de utilidade, utilizou-se principalmente o referencial de KIRKHART (2000), com o objetivo de ampliar a análise para além do uso instrumental dos achados avaliativos e focá-la na identificação de influências múltiplas exercidas por um fenômeno complexo como um processo avaliativo. A análise do critério participação se deu com base no referencial de COUSINS e WHITMORE (1998), buscando a identificação no material empírico de decisões ou aspectos contextuais que fizeram com que a opção participativa fosse aprofundada ou limitada no processo em foco. O trabalho destaca a importância de explicitar pressupostos que baseiam a metodologia da avaliação/ meta-avaliação escolhida, e a necessidade de se buscar referenciais teóricos de análise compatíveis com a opção realizada, frisando a inexistência de posturas neutras ou estudos “totalmente objetivos”; e a importância de capacitar avaliadores a acompanharem a demanda dos participantes de um processo participativo com a flexibilidade necessária para conferir-lhe o maior aproveitamento possível. Conclui-se pela viabilidade, com vantagens, da realização de processos participativos locais com gestores na Saúde Pública, destacando a possibilidade de ganhos em formação e o enriquecimento dos processos de negociação em nível do território, de forma coerente à política de construção das regiões de saúde no SUS.

Palavras-chave: meta-avaliação de programas de saúde, avaliação de programas de saúde, avaliação participativa, padrões para avaliação, gestão municipal.

ABSTRACT

Almeida CAL. Meta-evaluation as a tool for the improvement of public health policies evaluation [Thesis]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2015.

This study aims to meta-evaluate an evaluation process developed by policymakers and technical advisors of a Health Region of Sao Paulo, centering on criteria of utility and participation. It analyzes the feasibility and possible benefits of using a participatory methodology in Public Health evaluations, highlighting aspects that facilitate and hinder this undertaking. It is a qualitative research, which empirical basis was 1) the material produced in seven workshops with municipal representatives, aiming the evaluation of an aspect of health care from the perspective of integrity; and 2) semi-structured interviews with the same actors after completion of the evaluation process. KIRKHART's theoretical framework (2000) was used to evaluate the utility criterion, in order to expand the analysis beyond the instrumental use of the evaluation findings, and focus it in identifying multiple influences exerted by a complex phenomenon as an evaluation process. The evaluation criterion of participation was based on references of COUSINS e WHITMORE (1998), aiming to identify decisions or contextual aspects in the empirical material that made participatory option limited or depth in the focused process. The work highlights the need to seek theoretical frameworks of analysis consistent with the methodological choice carried out in order to enhance the identification of evaluation gains and limitations, and enable evaluators to monitor the demand of participants in the evaluation process with flexibility to reach its best use, even in those cases where there are limitations on the possibilities of participation. The results confirmed the viability, with advantages, of holding local participatory processes with policymakers and managers in Public Health, highlighting the possibility of gains in education and the enrichment of the negotiation process in the territory level, consistent with the policy of building health regions in SUS.

Keywords: health programme meta-evaluation, health programme evaluation, participatory evaluation, standards for evaluation, municipal management.

*Porque “tudo aquilo que é vivo tende a encontrar caminhos para se
manifestar em profusão na realidade”*

(RR Silva, 2011)

SUMÁRIO

I. APRESENTAÇÃO	11
II. INTRODUÇÃO/ JUSTIFICATIVA	13
A meta-avaliação	16
A participação em avaliação	20
III. OBJETIVOS.....	22
IV. METODOLOGIA	22
V. RESULTADOS E DISCUSSÃO	27
Manuscrito 1 - Avaliação em Saúde: metodologia participativa e envolvimento de gestores municipais	27
Manuscrito 2 - Meta-avaliação de uma avaliação participativa desenvolvida por gestores municipais de Saúde com foco no padrão “Utilidade”	50
Manuscrito 3 - Análise crítica do critério “Participação” em meta-avaliações na área da Saúde.....	76
VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103

ANEXOS

I. APRESENTAÇÃO

Este projeto parte da conhecida preocupação daqueles que trabalham com avaliação sobre a utilização dos resultados de um processo avaliativo.

É comum o estudo exaustivo de documentos e sistemas de informação, a busca por aqueles que participaram da experiência avaliada, a imersão nas diferentes perspectivas, a história vivida, os esforços para a construção conjunta de um corpo harmônico de significados apreendidos e para a circulação de informações. Pergunta-se pelos frutos desse complexo processo de trabalho.

Talvez a resposta possa sair das mãos de um grupo de profissionais, em direção a outros interessados que se vejam corresponsáveis pela construção e aproveitamento, tanto de resultados como do processo vivido na avaliação.

A opção neste estudo foi a de propor a análise crítica de um processo avaliativo local e participativo, em uma área como a Saúde, tão dominada por projetos nacionais de avaliação, de larga escala, produtores de uma enorme quantidade de informações, muitas vezes fragmentadas e pouco utilizadas.

Nossa indagação primeira era sobre a possibilidade de se alcançar na área o envolvimento de atores locais nas diversas etapas da construção de um conhecimento avaliativo, compreendendo lógica e possibilidades, ampliando seu uso para desenvolvimento próprio e do projeto avaliado.

Um grupo de gestores e assessores técnicos integrantes de uma Comissão Intergestores de uma Região de Saúde do estado de São Paulo aceitou esse convite, e o processo que serviu de base a este estudo foi realizado.

O primeiro artigo “Avaliação em Saúde: metodologia participativa e envolvimento de gestores municipais”, apresentado na seção Resultados, sintetiza e analisa criticamente os ganhos e limitações da avaliação primária, desenvolvida em base local e participativa, para o público envolvido e entorno.

Os dois trabalhos seguintes “Meta-avaliação de uma avaliação participativa desenvolvida por gestores municipais de Saúde com foco no padrão *Utilidade*” e “Análise crítica do critério *Participação* em meta-avaliações na área da Saúde” procuram se ater ao processo de Meta-avaliação propriamente dito, buscando sustentação teórica tanto para a escolha dos dois critérios, utilidade e participação, como para o detalhamento conceitual dos mesmos, permitindo sua análise no processo avaliativo em foco.

O acompanhamento ao processo vivido pelos secretários e assessores municipais mostrou-se frutífero. Foi possível desvendar algumas das demandas do grupo e trabalhar para que realmente se transformassem em guias para a ação/reflexão. A meta-avaliação sobre os quesitos escolhidos permitiu identificar importantes alcances e limitações do processo.

A experiência realizada realmente mudou o foco da preocupação inicial sobre a utilização das avaliações. Além do olhar ampliado pela reflexão teórica, os envolvidos se apropriaram de seu trabalho e dele farão uso em momentos oportunos.

II. INTRODUÇÃO/ JUSTIFICATIVA

Ética, transparência e responsabilização são hoje os conceitos em pauta nas diversas esferas da gestão pública. Processos de avaliação são historicamente indicados para visualizar as reais transformações promovidas na vida dos cidadãos a partir da utilização de recursos públicos, que se sabe limitados.

A avaliação vem percorrendo um caminho de institucionalização no cenário nacional (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2008), com crescente inserção já no desenho de diversas políticas e programas públicos, e com a criação de departamentos que buscam coordenar estas atividades no âmbito dos Ministérios. Como apontado por FIGUEIRÓ et al. (2010), países mais desenvolvidos trilharam caminho semelhante, motivados pela modernização da administração pública, pela introdução de mecanismos regulatórios e pela demanda por avaliação de organismos financiadores.

Na Saúde, a própria abrangência da proposta do SUS, afirmando princípios como universalidade, equidade e integralidade, faz com que o mesmo se torne alvo de frequentes questionamentos sobre sua eficiência, eficácia e efetividade, e consequentemente sobre sua real viabilidade (FIGUEIREDO e TANAKA, 1996).

Desde a criação desta política, existe a preocupação com as ações de monitoramento e avaliação, que vêm, ao longo dos anos, se concretizando em diversos movimentos que visam o estabelecimento de conceitos, metodologias e práticas (BRASIL, MS, 2009).

Um momento mais recente e bastante frutífero para a avaliação no país se deu durante o desenvolvimento do Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). Aliado à instituição da Política Nacional de Avaliação da

Atenção Básica em Saúde que buscava solidificar o processo de institucionalização da avaliação sob a perspectiva da descentralização, foi realizado um grande investimento que, dentre outras ações, potencializou a criação de centros colaboradores em avaliação em diversas instituições de Ensino Superior do país, e estimulou um amplo processo reflexivo sobre o tema (FELISBERTO et al., 2010; HARTZ et al., 2008).

Em 2006, foi criado o Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS (DEMAG), no âmbito da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (MS), pautado na “necessidade de uma estrutura que assumisse as tarefas de articulação, apoio e difusão das ações de monitoramento e avaliação” em curso nas diversas secretarias do MS e outras esferas do SUS (BRASIL, MS, 2009, p.21) (CARVALHO et al., 2012).

Já em 2011, demonstrando a atualidade da preocupação do MS com tais processos, a coordenação da formulação e execução da Política de Monitoramento e Avaliação do SUS passou à responsabilidade do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS) da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (Decreto 7.530/11), que apresenta a proposta de um “Sistema de Avaliação para a Qualificação do SUS” (REIS et al., 2012), composto por um conjunto de programas de avaliação em curso no país, ou recentemente interrompidos: Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde – IDSUS; Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); Avaliação do acesso aos serviços e satisfação dos usuários (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio e a Carta SUS).

Conforme afirmativa de ARRUDA (2010, p.1), “a tendência é de se intensificarem os processos de avaliação, uma vez que podem ser instrumentos importantes para os avanços necessários no SUS com vistas à melhoria da eficiência e da

qualidade, para produzir conhecimentos sobre a realidade, dar suporte ao processo de tomada de decisão e tornar possível repensar as estruturas operacionais e procedimentos de atenção”.

Sabe-se, entretanto, que o campo conceitual e de trabalho da avaliação ainda carece de contornos mais definidos, como apontam FURTADO e LAPERRIÈRE (2012), e que se torna fundamental o trânsito entre a ação e a reflexão, para a promoção do avanço do campo como um todo.

Em documento produzido pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (BRASIL, MS, 2007), são explicitadas algumas das limitações encontradas nas práticas avaliativas desenvolvidas, naquele momento, no âmbito do Ministério.

Ao longo da última década, grande número de iniciativas com o objetivo de avaliar programas e políticas foram implementadas. Mas estes esforços ocorreram de forma fragmentada, frequentemente restritos aos objetivos específicos e processos de gestão de alguns programas e raramente utilizados para redesenhar suas estratégias e formas de operação. Desses esforços resultaram muitos relatórios, muita informação e pouca capacidade de produzir uma visão integrada do desempenho do sistema de saúde. (BRASIL, MS, 2007)

CARVALHO et al. (2012), citando FELISBERTO (2006), considera que na maior parte dos casos, as iniciativas em avaliação do Ministério da Saúde são ainda pontuais e concretizadas em pesquisas muito específicas. Existe, em algumas dessas iniciativas, certa regularidade de produção de dados, mas sem equivalente

regularidade de análise orientada para mudanças ou ajustes estratégicos nas políticas/programas avaliados.

Neste panorama da necessidade de reflexão sobre as limitações das práticas avaliativas em curso, são oportunos os estudos em meta-avaliação, que se propõem a uma análise crítica e ao balizamento dos processos realizados com base em critérios explícitos.

A meta-avaliação

A meta-avaliação é definida por HARTZ e CONTANDRIOPOULOS (2008) como um “processo de descrição e julgamento de um estudo ou qualquer procedimento de avaliação, fundamentada em padrões e critérios propostos e validados pelas associações profissionais e outros organismos auditores... Consiste, portanto, na verificação da coerência teórica e prática da pesquisa com os padrões internacionais e/ou governamentais do controle de qualidade das avaliações de políticas públicas”. Ainda segundo HARTZ e CONTANDRIOPOULOS (2008), a meta-avaliação é uma ação reflexiva. Considera-se que os avaliadores devam se debruçar sistematicamente sobre si mesmos com o objetivo de verificar como estão respondendo às necessidades de quem os demanda.

Buscando desenvolver e trazer cada vez mais credibilidade ao campo da avaliação, a frequência de realização dos processos de meta-avaliação vem crescendo no Brasil, no rastro de diversos outros países nos quais a avaliação já está mais institucionalizada

O conceito foi introduzido por SCRIVEN em 1969, no contexto do setor educacional, quando avaliava desenhos de avaliação utilizados à época. Nos anos seguintes, houve uma grande produção sobre o tema conforme apontado por

STUFFLEBEAM (1974), com investimento na publicação de padrões de qualidade para avaliações, planos para a avaliação de sistemas de avaliação em escolas e alertas para a percepção de vieses em avaliações realizadas. Mesmo assim, o autor apontava a necessidade do desenvolvimento de conceitos e ferramentas para a meta-avaliação, afirmando que a discussão sobre sua estrutura lógica ainda era pouco abordada, e que não havia uma análise extensiva de problemas realmente encontrados na prática. Na mesma publicação, o autor afirma:

Uma boa avaliação requer que seu próprio esforço seja avaliado. Muitas coisas podem sair, e frequentemente saem errado em sua realização. Portanto, é necessário checar problemas como vieses, erros técnicos, dificuldades administrativas e uso inadequado. (STUFFLEBEAM, 1974:1)

Em 1981, foi publicada por autores ligados ao Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (JCSEE) a primeira versão do *The Program Evaluation Standards*, guia até hoje amplamente utilizado por profissionais e teóricos da área no julgamento da qualidade dos processos avaliativos, cuja terceira edição foi lançada em 2011 (YARBROUGH, 2011).

Conforme apontam HARTZ e CONTANDRIOPOULOS (2008), ainda em 1999, percebia-se um “certo reducionismo” em artigos publicados principalmente no *American Journal of Evaluation*, que se limitavam à aplicação dos padrões do JCEE. E mesmo assim, WORTHEN et al. (2004) afirmavam ainda que, embora tais padrões houvessem à época alcançado grande popularidade, sua utilização ainda era restrita a um pequeno número de estudos avaliativos.

Em 2001, STUFFLEBEAM considera que nos EUA, o campo da avaliação havia avançado suficientemente em sua metodologia e na prestação de serviços públicos, e que a meta-avaliação continuava se colocando como uma “obrigação profissional”. As avaliações deveriam ser sistematicamente submetidas a processos de meta-avaliação, para que os achados e conclusões fossem significativos para seus públicos, bem como assegurassem a continuidade do desenvolvimento de suas práticas.

O autor, nesse mesmo artigo, define a meta-avaliação como um processo descritivo e de julgamento de uma avaliação, que foca sua utilidade, viabilidade, posicionamento ético¹ e precisão, e também sua competência, integridade, respeitabilidade e responsabilidade social, com o objetivo tanto de orientar os processos avaliativos como de publicizar seus pontos fortes e fracos. (STUFFLEBEAM, 2001)

No Brasil, apesar da recorrente afirmação de sua importância por distintos autores, os estudos em meta-avaliação ainda não demonstram o mesmo avanço que vêm alcançando aqueles em avaliação, com seu crescente movimento de institucionalização e sua constituição como objeto privilegiado da literatura nacional (HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2008). Tanto a prática como as publicações neste campo são ainda desenvolvidas em pequena frequência.

Buscando contribuir com o desenvolvimento de metodologias de avaliação em saúde no Brasil, o presente estudo se propôs à realização de uma análise crítico-reflexiva de um processo avaliativo em base participativa, empreendido em uma

¹ Tradução livre do autor. Termo original: Propriety

das Redes Regionais de Atenção à Saúde (conforme definição no decreto 7508/11²).

Optamos por desenvolver a avaliação que seria meta-avaliada no escopo da pesquisa, considerando que, por tratar-se de trabalho associado a uma tese, a possibilidade de um contato direto e aprofundado da equipe de pesquisa com a dinâmica regional existente agregaria valor à sua formação.

Processos orientados por um paradigma construtivista estimulam o meta-avaliador a se colocar como um ator social implicado, buscando, sempre que possível, uma construção/reflexão conjunta aos avaliadores (mesmo que inicialmente baseada em dados secundários). Não se tratou aqui de um processo de meta-avaliação externa, executada por um especialista que se percebe detentor das melhores ferramentas e conhecimento para julgar de forma técnica e imparcial uma avaliação. Logo, qualificar a compreensão e experiência dos pesquisadores junto à realidade concreta dos sujeitos locais, pareceu essencial.

Na mesma linha, optamos por trabalhar com os critérios de “utilidade” e “participação” para análise crítica da avaliação realizada, considerando-os prioritários dentro do referencial teórico que sustenta o trabalho. Compreende-se que a explicitação das escolhas e decisões tomadas em ambos os processos possibilita uma apreciação de sua validade pelo leitor.

A utilização de uma metodologia participativa tornou necessária uma breve revisão bibliográfica acerca desta abordagem, tema do tópico seguinte.

² Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde.

A participação em avaliação

Conforme aponta Rogers (2011), em sua compilação de referências bibliográficas em meta-avaliação³, há obviamente tantas abordagens neste campo quanto no da avaliação de programas, privilegiando diferentes perspectivas ou paradigmas. Como já dito, no presente trabalho, optar-se-á por uma metodologia de base participativa para ambos os processos.

Significativas correntes da área de avaliação vêm se dirigindo à inclusão de estratégias de participação dos diversos segmentos sociais e de respeito aos contextos locais, com o firme propósito de ampliar a legitimidade dos processos avaliativos. Considera-se que, quanto mais apropriados da avaliação estiverem os grupos de interesse de uma intervenção avaliada, mais qualificada ela estará, e maior será a possibilidade de utilização dos achados avaliativos.

Esta não é uma formulação recente. Autores como COUSINS e WHITMORE (1998) recuperam que na década de 1970, autores de países em desenvolvimento já se debruçavam sobre a necessidade de desenvolver processos avaliativos mais próximos dos beneficiários e demais interessados nos projetos, sob o risco de desconsiderar importantes dados de contexto, e voltar-se apenas às necessidades dos financiadores.

Em 1989, GUBA e LINCOLN propuseram a “Avaliação de Quarta Geração”, referindo-se a avaliações baseadas nos princípios do Construtivismo, nas quais se enfatiza a necessidade de participação ativa dos interessados em todas as fases

³ Referências bibliográficas em meta-avaliação publicadas em periódicos internacionais, compilação de Patricia Rogers para o projeto AREOL (Action Research and Evaluation Online) – [acesso em 10 out 2011] Disponível em: <http://www.scu.edu.au/schools/gcm/ar/arp/meta-eval-bib.html>.

do processo avaliativo, desde a definição de seu escopo até o trabalho de análise de dados coletados.

Na década de 1990, diversas correntes de avaliação colaborativa se desenvolveram na América do Norte, frequentemente voltadas à promoção da utilização da avaliação, que vinha sendo alvo de especialistas e agentes de governo na discussão quanto à enorme soma de recursos dispendidos para esses processos e seu posterior engavetamento (WEISS, 1988).

CHOUINARD e COUSINS (2014) definem a avaliação participativa como uma parceria entre especialistas em avaliação, avaliadores profissionais, e demais interessados nos programas/serviços, membros da comunidade, sem uma formação específica na área, na coprodução de um conhecimento avaliativo sobre intervenções/programas determinados.

Para os autores, este é um “conceito guarda-chuva” que abriga diversas linhas colaborativas em avaliação – avaliação emancipatória, a própria avaliação de quarta geração, avaliação democrática, dentre outras.

Na presente pesquisa, foi realizado um processo de meta-avaliação de uma avaliação primária conduzida com base neste referencial teórico-conceitual construído e apresentado por COUSINS e parceiros nos vários textos referidos. Colocou-se em relevo o parâmetro “Utilidade”, definido pelo JCEE e adotado por boa parte das associações de avaliadores, dado o especial interesse da pesquisa pela reflexão sobre o real papel desempenhado pelos processos avaliativos no desenvolvimento dos projetos e programas avaliados; e o parâmetro “Participação”, tratando da articulação entre a prática desenvolvida e a fundamentação teórica assumida pelos responsáveis.

Ressalta-se o foco da pesquisa na contribuição, pela via da meta-avaliação, ao fortalecimento da avaliação em saúde no Brasil e sua integração ao tecido das

políticas públicas, de forma a alcançar uma maior transparência dos processos e a criação contínua de espaços de reflexão e aprendizagem.

III. OBJETIVOS

Geral:

. Conduzir uma meta-avaliação de uma avaliação primária realizada no âmbito de uma Rede Regional de Atenção à Saúde com vistas a contribuir para o desenvolvimento de metodologias de avaliação em saúde no Brasil

Específicos:

. Empreender um processo participativo de avaliação de programas de atenção à saúde em uma Rede Regional de Atenção à Saúde;

. Analisar criticamente o processo de avaliação realizado em uma Rede Regional de Atenção à Saúde, com base nos parâmetros “Utilidade” e “Participação”.

IV. METODOLOGIA

O trabalho de campo teve início com uma reunião entre a equipe de pesquisa e lideranças da região (dois secretários municipais de saúde) para apresentação da proposta e convite ao processo. Após a aprovação inicial, foi acordado que a equipe de pesquisa participaria da reunião seguinte da Comissão Intergestores da região de saúde (CIR), com o objetivo de apresentar, discutir o projeto de pesquisa, e convidar o grupo de gestores como um todo a dele participar.

Partia-se da ideia de que o desenvolvimento de uma avaliação do serviço poderia favorecer o processo de grupalização já em andamento entre os gestores municipais daquela região, além de propiciar aos envolvidos ambientes de reflexão e aprendizagem, e criar um ambiente sustentável para o desenvolvimento da pesquisa.

Na reunião citada, o projeto foi apresentado e decidiu-se por discuti-lo com maior detalhamento e profundidade em uma reunião da Câmara Técnica da região, para então apresentar uma proposta de avaliação que correspondesse ao interesse dos gestores. A totalidade dos gestores presentes a esta reunião encaminharia aos pesquisadores uma listagem de três “incômodos” percebidos em momentos de tomada de decisão e que lhes sugerissem a necessidade de maior reflexão.

O material recebido dos gestores foi organizado em uma planilha e serviu como base para a discussão ocorrida na Câmara Técnica no mês seguinte (anexo D). A reflexão conjunta sobre os diversos itens apontados neste levantamento, possibilitou o destaque a um tema transversal à maioria deles: dificuldades na relação entre os três entes federados. Seu estudo e compreensão mostraram-se de grande interesse para os gestores. Buscando um marcador que retratasse as principais questões relacionadas a este mote, foi selecionado o *fluxo de atendimento às cirurgias eletivas* (que incluía desde o primeiro atendimento ao usuário na Atenção Básica até a realização da cirurgia) como tema para a avaliação a ser realizada pelo grupo. Para tal escolha considerou-se também a existência de dados secundários referentes ao atendimento a esta demanda nos vários serviços, e a possibilidade real de obtenção de dados primários com os diversos atores envolvidos neste fluxo.

A proposta do tema da avaliação foi apresentada em nova reunião da CIR e aprovada pelos participantes. Representantes de oito dos municípios da região dispuseram-se a fazer parte do grupo que iria desenvolvê-la.

Foram realizadas 7 oficinas com gestores de sete destes municípios (5 secretários de saúde e 3 assessores técnicos), dado que o gestor de um deles foi substituído em seu cargo antes do início dos trabalhos e seu sucessor não se dispôs a participar do processo.

O grupo percorreu as etapas da avaliação de programas que se fizeram necessárias, conforme quadro que se segue.

Quadro 1 - Oficinas com Gestores Municipais da região de Saúde de Bauru – Tópicos de discussão

1	Escolha do tema da avaliação a ser realizada, com base em planilha organizada a partir do levantamento de incômodos percebidos pelos gestores municipais no momento da tomada de decisão Discussão sobre o foco da avaliação e perguntas avaliativas – interesses, factibilidade e utilidade da avaliação
2	Retomada e aprofundamento da discussão acerca das perguntas avaliativas Planejamento dos passos da avaliação Reflexão acerca dos dados secundários já coletados pelos gestores – Relatórios emitidos a partir do Sistema CROSS
3	Indicadores da avaliação Interessados na avaliação proposta e interessados a serem envolvidos no processo avaliativo Reflexão sobre aproximação qualitativa feita pelos gestores aos usuários da lista de espera para Cirurgia Geral disponibilizada pelo AME Base de dados - Sistema de Informações Hospitalares (SIH) – acesso através do Tabnet
4	Início da discussão acerca da coleta de dados primários junto aos usuários do sistema Reflexão sobre dados secundários coletados através do SIH

5	Elaboração dos instrumentos de coleta de dados primários – entrevista com diretor do AME (Ambulatório Médico de Especialidades) e grupos focais com usuários Agenda da coleta de dados primários Reflexão sobre dados secundários coletados através do SIH
6	Análise do material empírico coletado nos grupos focais com usuários e entrevistas com gestores do nível estadual
7	Análise da totalidade dos dados coletados Comunicação de resultados

No processo de estudo das listas de espera para Cirurgia Geral (dado secundário levantado para a avaliação), optou-se por focalizar ainda mais o estudo no atendimento aos usuários com cálculo biliar e indicação de colecistectomia, uma vez que o número dos que esperavam por uma vaga para esta cirurgia, e o tempo dessa espera, eram bastante superiores aos demais diagnósticos em Cirurgia Geral.

O estudo dos dados quantitativos foi realizado principalmente através do levantamento e análise dos dados do CROSS (agendamento de consultas de especialidades), Epront (prontuários eletrônicos da Organização Social que gerencia o AME e os Hospitais Estaduais) e o SIH (Sistema de Informações Hospitalares); e o levantamento e análise de dados qualitativos através de sete grupos focais com usuários de 5 dos municípios participantes. No total, foram ouvidos 29 usuários com indicação para/ ou que já haviam realizado esta cirurgia. Os grupos foram organizados pelos municípios e coordenados pela pesquisadora. Da mesma forma, a entrevista com a diretora do AME.

A última oficina realizada teve como foco o aprofundamento da análise de todos os dados coletados. Foi elaborado um relatório do estudo avaliativo que foi

apresentado e discutido no Grupo de Trabalho com os Prestadores (formado por integrantes da Câmara técnica da CIR e por prestadores da Organização Social que gerencia os equipamentos do Estado).

Oito meses após a finalização das oficinas, foram realizadas, por um entrevistador externo ao processo, sete entrevistas semiestruturadas com os participantes, que tiveram como foco principal a exploração em detalhe da possibilidade de participação efetiva dos interessados no controle do estudo e nas diversas atividades propostas, além de aprofundamento sobre a utilidade do processo para participantes e entorno (roteiro em anexo B).

Todos os participantes concordaram em tomar parte no estudo e assinaram os termos de consentimento livre e esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP, parecer 1.006.380 de 24/04/2015.

O estudo contou com o apoio da FAPESP através dos processos 2011/23434-0 (auxílio à pesquisa), 2012/06204-4 (bolsa de doutorado no país) e 2014/22240-6 (bolsa estágio de pesquisa no exterior).

V. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Manuscrito 1 - Avaliação em Saúde: metodologia participativa e envolvimento de gestores municipais

RESUMO

OBJETIVO: Analisar alcances e limites do uso de metodologia participativa de avaliação junto a gestores e gerentes municipais de saúde.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS: Pesquisa qualitativa com gestores e gerentes de saúde da Comissão Intergestores Regional de uma região de saúde do estado de São Paulo. Representantes de sete municípios membros participaram de sete oficinas facilitadas pelos pesquisadores, com o objetivo de avaliar um problema específico da linha de cuidados sob a perspectiva da integralidade. A análise do material empírico coletado foi realizada em base à metodologia hermenêutica-dialética e visou meta-avaliar a metodologia participativa aplicada, segundo sua capacidade de promover um processo de avaliação passível de ser utilizado como suporte à gestão municipal.

RESULTADOS: Com a utilização da abordagem participativa de avaliação, foi possível promover debates em profundidade com o grupo, principalmente relacionados à construção da integralidade da atenção e à inclusão da perspectiva do usuário na tomada de decisão, de forma vinculada à busca de solução para problemas concretos da gestão. Mediante a exploração conjunta, foi aberta a possibilidade de utilização de dados advindos dos sistemas eletrônicos de informação, bem como de informações advindas diretamente dos usuários dos

serviços, para enriquecer debates e negociações entre parceiros. Os participantes se mostraram descrentes da possibilidade de replicação deste tipo de avaliação sem o acompanhamento direto da academia, dada a dificuldade de organização do processo no cotidiano, já tomado por questões emergenciais e políticas.

CONCLUSÕES: Avaliações de programas e serviços realizadas no âmbito da CIR, tomando o interesse local como ponto de partida e facilitando, através do uso de metodologias participativas, o envolvimento de seus membros, podem se constituir em importante ferramenta para a construção da integralidade do cuidado. Investir a avaliação de um significado mais imediato pode também aumentar o interesse dos atores por processos avaliativos voltados à compreensão de esferas mais amplas, em nível macro sistêmico.

DESCRITORES: Administração de Serviços de Saúde. Avaliação de Política de Saúde. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Gestão em Saúde. Gestor de Saúde. Meta-avaliação.

INTRODUÇÃO

A avaliação em saúde permanece como um tema bastante estudado e discutido no cenário mundial.¹⁰ A crise no setor apela para a reflexão sobre resultados alcançados com vistas a um melhor desempenho do sistema,⁵ a demanda por transparência na gestão de recursos públicos continua como prioridade em pauta. Em esfera nacional, apresentam-se publicações diversas, cobrindo extensa área de abrangência, e com considerável profundidade: estudos sobre a constituição do campo da avaliação,¹⁴ sobre o processo de institucionalização da mesma em andamento no país,⁸ relatos e análises robustas de experiências realizadas.^{3,12}

No âmbito do Ministério da Saúde (MS), viveu-se um período bastante fecundo para o campo entre 2003 e 2008, representado pelo Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). Aliado à instituição da Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica em Saúde que buscava solidificar o processo de institucionalização da avaliação sob a perspectiva da descentralização, foi realizado um grande investimento que, dentre outras ações, potencializou a criação de centros colaboradores em avaliação em diversas instituições de Ensino Superior do país, e estimulou um amplo processo reflexivo sobre o tema. ^{15,9}

No momento atual, o Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS)^b, criado em 2011, definiu a criação de um “Sistema de Avaliação para a Qualificação do SUS” ²⁰, composto por um conjunto de instrumentos de avaliação tais como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ ^a e o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde – IDSUS, ^c com o objetivo de “produzir, por meio de avaliações, um conjunto de informações necessárias e estratégicas ao desenvolvimento e qualificação do SUS”. ²²

Situamos tais iniciativas como parte de “macrossistemas de monitoramento e avaliação”, ¹⁶ voltados à produção de informações de um amplo escopo temático, com profundidade suficiente para o acompanhamento gerencial dos programas, permitindo analisar seu desempenho e definir os necessários ajustes às políticas. Tais sistemas, entretanto, por serem dirigidos a políticas nacionais, oferecem com frequência um mesmo formato de avaliação para regiões de norte a sul do Brasil, com a utilização dos mesmos critérios de julgamento, podendo dificultar a tomada de decisão descentralizada e, conseqüentemente, o ajuste dos programas aos diferentes contextos em que se desenvolvem.

Percebe-se no campo, uma lacuna no estudo de movimentos de avaliação que partam de um nível local, visando um aprofundamento da compreensão de formatos de organização dos serviços assumidos em contextos determinados.

Uma vez que o ideário do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) afirma a importância do fortalecimento da gestão local,²⁴ e que processos de estímulo ao desenvolvimento da governança territorial estão em andamento, torna-se essencial somar ferramentas nessa mesma direção.

A avaliação, especialmente de abordagem participativa, pode se constituir em um importante instrumento de aprendizagem para atores locais, na medida em que enderece suas questões e aporte informações relevantes à tomada de decisão, permitindo ampliar o potencial de mudanças nas práticas municipais de trabalho e gestão. São muitas as definições de “participação” e as classificações de “abordagens participativas”. Um dos aspectos, entretanto, que parece comum a todas elas, e é uma das características do processo em foco, é a ênfase na parceria estabelecida entre especialistas em avaliação e interessados no objeto avaliado, visando a produção conjunta de um conhecimento avaliativo. Dado que se trabalhou com um grupo de gestores, optou-se por utilizar o referencial de *Avaliação Participativa Pragmática*,⁶ centrado em facilitar a utilização do processo avaliativo nas dimensões instrumental (suporte à tomada de decisão), conceitual (voltada à aprendizagem dos atores) e política (facilitando negociações entre parceiros).

Sabe-se que o cotidiano dos gestores municipais da saúde é tomado por situações emergenciais de âmbito técnico e político, bem como pelas demandas de informação dos níveis estadual e federal, em detrimento de ações reflexivas de planejamento e avaliação. Muitas vezes a carência na formação profissional,

principalmente em se tratando de municípios de pequeno porte, ^{21,25} está associada também à utilização restrita, por parte deles, deste tipo de ferramenta. Este estudo analisa a aplicação de uma metodologia de avaliação em nível local e em base participativa, realizada a partir da compreensão da lógica que a organização dos serviços de saúde tem para os atores da região. Assume-se que a complementariedade deste modelo com as iniciativas desenvolvidas a nível federal permitirá uma potencialização de ambas.

Cabe, além disso, salientar que há uma especial dificuldade em se encontrar estudos sobre metodologias e estruturação de avaliações que se distanciem da aplicação padronizada de indicadores quantitativos e normativos, e que tomem como base marcadores diferentes para contextos sócio culturais diferentes. ²

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa visando a compreensão aprofundada da validade de aplicação de uma metodologia participativa de avaliação junto a gestores e gerentes de uma região de saúde. Para tanto, optou-se pela metodologia do estudo de caso único, ²⁶ a qual torna possível potencializar o debate sobre estratégias de avaliação em nível local, bem como identificar temas significativos para a organização dos serviços de saúde comuns à diversidade de contextos existentes.

A região de saúde estudada pertence ao estado de São Paulo e foi escolhida em função de fatores potencialmente favoráveis à factibilidade da pesquisa, presentes em vários espaços reais de implementação do SUS: 1) gestores e gerentes com uma participação ativa na Comissão Intergestores Regional (CIR) e em processo de fortalecimento grupal, potencialmente ampliando sua sensibilidade quanto à

utilidade de processos avaliativos; 2) razoável capacidade instalada na área da Saúde – tomado o conjunto dos municípios – constituindo uma diversidade de elementos que tenderia a enriquecer o processo de formulação de perguntas avaliativas.

Formou-se um grupo com gestores e gerentes participantes da CIR, de sete⁴ dos dezoito municípios que a constituem. O objetivo proposto foi o de avaliar um problema específico em uma linha de cuidados oferecida pela região de saúde, que seria por eles posteriormente escolhido.

A proposta foi apresentada em uma das reuniões dessa instância e a adesão dos gestores/gerentes foi voluntária. Houve algum estímulo - um “reforço no convite” - para municípios específicos, por parte dos participantes que primeiro se interessaram pela proposta, para que se conformasse um grupo diverso em termos de porte populacional, presença ou não no município de população carcerária e indígena.

Como já colocado, o processo foi desenvolvido com base em uma metodologia participativa pragmática, compreendida aqui segundo o referencial de Cousins e Whitmore.⁶ Essa escolha, que guiou todas as decisões do processo, visou principalmente garantir a relevância do mesmo para os participantes, fazendo com que um espaço de aprendizagem fosse constituído, além de facilitar a utilização dos achados avaliativos.

Inicialmente, para o desencadeamento das atividades, foram propostas ao grupo algumas atividades com objetivos definidos. (*Tabela 1*). A partir daí os passos que se seguiram foram baseados em demandas dos participantes.

⁴ Participaram da pesquisa: o município polo da região, considerado de “grande porte” (de 100.001 até 900.000 hab), um município de “médio porte” (de 50.001 a 100.000 hab), dois municípios de “pequeno porte 2” (de 20.001 até 50.000 habitantes) e três municípios de “pequeno porte 1 (até 20.000 hab), segundo classificação disponibilizada pelo IBGE/2010.

Tabela 1 – Propostas iniciais e justificativas do processo de avaliação implementado na região de saúde, São Paulo.

Propostas	Justificativa
Aprovação do projeto de avaliação pela CIR	Valorizar a CIR enquanto fórum principal de tratamento de questões relativas à região de saúde Potencializar a perspectiva de institucionalização do processo de avaliação
Produção inicial, pela totalidade dos representantes municipais da CIR, de uma listagem de “incômodos” ^a do cotidiano da tomada de decisão	Possibilitar Inclusão de membros da CIR não diretamente participantes do processo Facilitar a posterior utilização dos achados da avaliação por um maior número de gestores e gerentes
Escolha do tema da avaliação de forma conectada à pauta e aos esforços já em andamento nos municípios, bem como às necessidades da região de saúde	Legitimar a escolha perante à CIR

^a Aspectos por eles considerados passíveis de serem mais bem trabalhados caso dispusessem de informações ou ferramentas diversas.

O tema inicialmente escolhido pelo grupo para a avaliação foi o fluxo dos usuários entre a Atenção Básica (AB) e a Média e Alta Complexidade (MAC). Pela abrangência e diversidade das especialidades envolvidas, foi identificado um problema-guia, um *traçador* do processo na definição de Kessner,¹⁷ que foi a *cirurgia geral eletiva*. No momento seguinte, ajustou-se ainda mais o foco para *cirurgias de colecistectomia*, em função do maior número de casos e longo tempo de espera, visando uma coleta de dados não exaustiva, mas que trouxesse

informações sobre os principais aspectos a serem avaliados e com potencial na tomada de decisão dos gestores locais.

Foi realizado um total de sete oficinas e percorridas as etapas de construção da avaliação elencadas na *Tabela 2*, cuja estruturação visa transmitir ao leitor uma noção mais clara da concretude do processo.

Tabela 2 – Construção do processo avaliativo: Ações, motivadores e temas discutidos nas oficinas realizadas na região de saúde. São Paulo.

Ação	Motivadores	Principal tema discutido	Oficinas nas quais se desenvolveram
Escolha inicial do tema da avaliação	Conhecimento dos interesses dos participantes, factibilidade e utilidade da avaliação	Integralidade da Atenção	1
Coleta de dados sobre a oferta de especialidades no Sistema CROSS ^a	Presença de um objeto concreto de análise Antevisão das exigências do processo	Utilização da oferta de especialidades Negociação com o AME ^b (acesso a lista de espera, mecanismos de encaminhamento)	1
Solicitação de listagem de usuários do AME em aguardo de cirurgia pelo Hospital Estadual	Informação não disponível e considerada essencial pelos gestores municipais para o aprofundamento da compreensão acerca da situação a ser modificada	Necessidade de informação para possibilitar gestão do fluxo	Entre Oficinas 2 e 3
Definição das perguntas avaliativas e indicadores	Visualização do processo de avaliação como um todo Garantia de atrelamento a questões que possuem significado para o grupo.	Julgamento de valor	1,2,3

Acesso conjunto e estudo dos dados armazenados no SIH ^c	Discussão de parâmetros para julgamento da adequação da oferta em cada um dos níveis de complexidade	Fluxo para especialidades Atualidade da Portaria 1101 ^d	3,4,5
Coleta de dados qualitativos primários (5 grupos focais e 6 entrevistas em profundidade com usuários de 5 dos municípios participantes. No total foram ouvidos 29 usuários ^e)	Seleção de temas dirigidos a conteúdos específicos visando estreita ligação entre o tema do grupo e o objeto da avaliação, de forma a preservar a legitimidade da aproximação com o usuário	Fase iniciada após o mapeamento inicial do problema: diálogo com o usuário traz em si o compromisso de encaminhar a demanda identificada através dos resultados do estudo	3,4,5
Entrevista com a diretora do AME	Compreensão do acesso e o fluxo desse nível secundário de atenção à saúde no território	Negociação entre níveis de governo e prestadores privados	Entre Oficinas 5 e 6
Relato e discussão dos dados primários coletados	Conhecimento da perspectiva do usuário	Satisfação do usuário quanto à atenção primária Usuário comunicado quanto à urgência de seu problema de saúde (cálculo biliar) mas não quanto à espera para realização da cirurgia	6
Comunicação dos resultados	Análise da totalidade dos dados coletados	Possibilidades de ação	7

^a Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde

^b Ambulatório Médico de Especialidades

^c Sistema de Informações Hospitalares

^d Ministério da Saúde, Portaria nº 1101/GM de 12 de junho de 2002

^e Todos os usuários estavam no aguardo por vaga de colecistectomia ou haviam realizado a cirurgia no máximo dois anos antes. A coleta focou a descrição do percurso desses usuários desde a percepção do sintoma até a resolução/ ou não do problema, com a cirurgia.

Todas as oficinas foram gravadas e os áudios transcritos. Os participantes das mesmas concordaram em tomar parte no estudo e assinaram os termos de consentimento livre e esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/ USP, parecer 1.006.380.

A análise do material empírico coletado foi realizada em base à metodologia hermenêutica-dialética.^{19,20} Essa metodologia permite preservar a riqueza do material qualitativo coletado e valorizar o contexto da Região de Saúde específica onde se deu o trabalho. Ressalta-se que a análise esteve centrada na avaliação da metodologia participativa aplicada junto aos gestores/gerentes, segundo sua capacidade de promover um processo de avaliação passível de ser utilizado como suporte à gestão municipal.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O uso da metodologia participativa⁶ permitiu que as oficinas se estabelecessem de forma democrática e fossem dirigidas pelos interesses diretos dos gestores/gerentes. Foi possível identificar no material empírico recolhido, três resultados que retratam a apropriação que os gestores tiveram do processo, e que se configuraram como eixos de análise:

- Aprofundamento da compreensão quanto à organização da Atenção à Saúde do Adulto na região definida
- Apropriação de ferramentas para levantamento e análise de dados quanti e qualitativos

- Identificação de possibilidades de ação

Será apresentado, na sequência dos três eixos, o item referente à replicação do processo avaliativo, que também emergiu das colocações dos participantes, e se coloca aqui como uma das principais limitações para a utilização da metodologia.

Aprofundamento da compreensão quanto à organização da Atenção à Saúde do Adulto na região definida

Facilitando um espaço eminentemente reflexivo para os gestores e gerentes, e mantendo a proximidade com problemas cotidianos concretos, o processo empreendido favoreceu uma ampliação da visão acerca de dinâmicas presentes no funcionamento atual do SUS, cuja discussão usualmente não tem espaço nas reuniões predominantemente administrativas da CIR.²¹

A escolha do tema *cirurgias eletivas* retratou a preocupação com a construção da integralidade da atenção, diretamente associada à possibilidade de negociação intergovernamental. Discutiu-se a autonomia do gestor municipal frente a decisões e induções de políticas advindas da gerência estadual ou federal,¹⁸ a cisão e as diferentes racionalidades presentes em campo – lógica de financiamento, compreensão do papel dos entes federados na organização do sistema.¹¹ Abordou-se a prática de descentralização ocorrida no país sem o necessário planejamento para ampliação prévia da capacidade administrativa e institucional dos municípios.²³

No levantamento que fizemos tem “urgência e emergência”, tem “dificuldade no acesso à média complexidade”, tem várias demandas pontuais... Se tivermos que começar por assuntos que estão sob a

governabilidade dos municípios, eu diria que nenhum deles. Não adianta só os municípios. O estado tem que funcionar para todo o sistema funcionar.... É uma engrenagem, uma máquina... (secretário municipal 1)

A gente aqui, frente a uma crise de leitos.... Você deveria ter um sistema compartilhado, de parceiros que estão envolvidos num mesmo problema, e qual é a resposta que a gente tem do governo do Estado? <<A culpa é do município, que não investe em atenção hospitalar>>. Então, como é que a gente lida com isso? (secretário municipal 5)

Mas eu tenho dúvida se é porque não temos estrutura.... Quem é que faz a cirurgia? É predominantemente o Hospital Estadual para o município X e para os outros. Com que lógica trabalha o município, e em certa medida, por decorrência, o próprio AME? Com a lógica da necessidade da população. Com que lógica trabalha o HE? Com a lógica da contratualização que eles fizeram. Eles vão fazer 500 cirurgias, <<ah, mas eu tenho 3000 pacientes>>. Daí ele pensa: <<Se eu fizer isso aqui, nós vamos gastar tanto de dinheiro>>. Eles têm um sistema econômico lá... (secretário municipal 5)

Na apreciação dos dados coletados com usuários, registraram-se pontuações da necessidade da coleta sistemática e utilização desse tipo de informação na gestão. Enfatizou-se o enriquecimento dos debates promovido pelo relato da experiência vivida, e as possibilidades de aprofundamento das análises mediante a inclusão do ponto de vista do principal interessado no serviço. ¹

Desdobrou-se a discussão para outra faceta da integralidade da atenção: a consideração ao ser integral do usuário e às necessidades de saúde por ele

apresentadas, ⁴ incluindo o manejo de sentidos e a disponibilização, para eles fundamental, de informação sobre o funcionamento dos serviços.

O médico, quando a gente passa, fala: tem “uma bomba dentro de você”. Aí você vai pra fila... Quem é que dorme? (usuário)

Tive uma crise que eu achei que ia morrer, fiquei tomando soro no PA... Aí foi quando eu entrei em contato com o médico da minha cidade, porque eu sabia que ele operava por outra cidade, e fui atrás. Paguei a consulta pra passar com ele e ele me operou lá na outra, e pelo SUS! Se eu tivesse esperando pelo AME, eu tava morta hoje. (usuário)

O usuário, além de estar na mão de dois gestores (municipal e estadual), um não sabe o que o outro está fazendo.... Nem ele, nem a gente sabe onde ele está na lista de espera, qual é a previsão de atendimento dele. (secretário municipal 1)

Apropriação de ferramentas para levantamento e análise de dados

Pontuação recorrente dos secretários/assessores municipais era a de que a informação disponível para o município quanto ao percurso do usuário cessava no momento em que o mesmo era encaminhado para os equipamentos sob gestão estadual.

Um estudo inicial sobre o sistema CROSS (Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde) realizado pelo grupo, no qual foi possível verificar suas

possibilidades em termos de emissão de relatórios, mostrou que havia validade na apropriação de informações simples, disponibilizadas por outros níveis nos sistemas de informação.

Da mesma forma, a revisão dos processos internos ao município também se destacou. Informações que poderiam ser coletadas nos próprios serviços de regulação municipal eram rotineiramente perdidas.

Então ela simplesmente não passou por gastro nem cirurgião na nossa rede municipal, simplesmente foi para o AME. Aí eu consegui entrar no sistema do AME.... Não descobri porque ela ficou só no AME. (assessor técnico 1)

Utilizou-se o programa Tabwin, disponibilizado pelo MS para a consulta a dados do SIH, e a maioria dos gestores/gerentes o fez pela primeira vez. Ganhos na possibilidade de argumentação com parceiros, decorrentes das informações geradas, foram valorizados por eles.

Observou-se que tanto o trabalho realizado pelo AME como pelo Hospital Estadual de referência se dava de forma autônoma em relação às ações da Atenção Primária em Saúde. Cada ente federado preserva sua autonomia, centrando-se no papel que lhe é formalmente outorgado, e não no funcionamento em rede.

Para fazer esse raciocínio tinha que somar a urgência que você faz no município, a urgência que o Estadual faz.. Se a oferta da eletiva fosse maior, a urgência seria menor... (secretário municipal 3)

Vai chegar à conclusão de que o que está pactuado, dentro do contrato de gestão com o prestador, não tá atendendo a necessidade... Se

nem do nosso Colegiado, que dirá da rede toda que o Estadual é referência...

(secretário municipal 1)

Possibilidades de ação

Produto relevante das oficinas foi a constatação de que qualquer proposta de mudança no sistema envolveria a revisão de todos os serviços disponíveis sob os distintos níveis de gestão no território – inclusive o próprio. A revisão das unidades básicas e de emergência enquanto fontes de encaminhamento, da regulação e da utilização do sistema CROSS, bem como do gerenciamento dos hospitais filantrópicos, mostrou-se proveitosa.

No sistema CROSS, 48h antes a gente não consegue mais mudar o nome do paciente. Se ele desiste por um imprevisto, se aparece um caso de última hora que é uma urgência, a gente não consegue inserir mais.... Com isso, acaba perdendo consulta. Era o caso de rever isso. (assessor técnico 2)

Secretário municipal 2: *No meu município tem uma Santa Casa, mas não tem o serviço... é basicamente uma questão de provedoria. Quando se tinha uma equipe de provedores participativos, com credibilidade, que arrecadava fundos, era uma realidade. Depois disso, ninguém mais fez campanha e basicamente a prefeitura sustenta a Santa Casa, aí tem uma provedoria que escolhe alguém e põe lá, é tudo cargo político, ninguém entende nada e fica nessa.*

Assessor técnico 1: Você tem que pressionar o provedor, como eu estou fazendo lá, para colocar técnicos, pessoas contratadas de carreira aqui e ensinar tudo pra dar continuidade, porque senão toda a vez que entra um administrador novo, toca a gente a falar as mesmas coisas que a gente fala.

Percebeu-se, a partir de relatos de momentos de negociação política com parceiros, um amadurecimento do grupo para viabilizar novas estratégias de ação, apoiada em argumentos técnicos e reflexões aprofundadas. São estratégias iniciais, mas que refletem ampliação de sua proatividade para o estabelecimento de um elo entre os diferentes atores governamentais e parceiros privados.

A Câmara Técnica da CIR vem sendo fortalecida enquanto espaço de troca e negociação com os prestadores privados, na medida em que se constrói um balanço mais equilibrado de poder entre os participantes. Tal equilíbrio é decorrente do processo de apropriação de conhecimento vivido pelos gestores municipais, sobre fluxos, sobre o grau de autonomia de cada serviço, sobre mecanismos que estão em jogo na pactuação, dentre outros. Obviamente limitações importantes se mantiveram, por exemplo, quanto às decisões acerca da organização/ contratualização dos serviços de MAC que ocorrem a nível central da Secretaria Estadual de Saúde em São Paulo, fato que praticamente impossibilita a intervenção dos gestores municipais.

Um possível reposicionamento do papel de hospitais existentes nos municípios, que assumiriam parte da demanda para cirurgia geral, foi cogitado para novos desenhos de regionalização da atenção.

Quando a gente conversou no grupo de acompanhamento dos prestadores a respeito de ampliar o número de cirurgias eletivas, o diretor do

hospital disse <<precisaríamos estudar, não temos mais capacidade... a não ser que a gente abra o terceiro turno de cirurgia>>, e aí de repente entra nessas possibilidades, se a gente começar a forçar isso de certa forma...
(secretário municipal 1)

Com o COAP (Contrato Organizativo de Ação Pública), pactuar que vai ser o hospital do município que vai dar vazão pra região, que vai atender, fazer este tipo de procedimento... uma negociação entre os entes, tanto os municipais... e ver quais poderão dar suporte. (assessor técnico 2)

Replicação do processo avaliativo

O respeito ao ritmo do grupo não impediu que todas as etapas estruturantes de uma avaliação fossem cumpridas no processo, gerando uma apropriação do “raciocínio avaliativo”. Sabe-se que o próprio questionar do “por que”, “quando” e “como” avaliar, permite uma análise crítica do objeto avaliado em sua complexidade.

Entretanto, como era de se esperar dada a novidade do processo, persistiu junto aos participantes uma descrença de que o mesmo pudesse ser replicado independentemente da presença dos facilitadores e do contrato que foi feito. Reiteraram que o cotidiano da gerência é tomado por questões emergenciais, e que não haveria espaço para a construção desse tipo de processo, não fosse o compromisso assumido com a academia.

Acho que diante da diversidade do trabalho que a gente tem, dificilmente pararia para analisar todos os itens, não tenho tempo para isso. Parei em função de ser um trabalho direcionado, de assumir um compromisso.... Estou dizendo que este pensamento não faz parte da rotina.

(secretário municipal 2)

CONCLUSÕES

É fundamental contextualizar esse trabalho como a utilização de uma metodologia que estimulou o envolvimento dos gestores/gerentes locais na busca por respostas a questões de interesse direto. Foi possível iniciar um processo de reconhecimento da necessidade, aproximação e apropriação da informação, sustentado por medidas simples de obtenção de dados, análise e reflexão, que tendem a potencializar a frágil situação da avaliação no processo de tomada de decisão.

O processo participativo trouxe consistência à identificação de variáveis que influenciam o serviço avaliado. O ajuste da oferta foi identificado como alternativa para melhora do fluxo de atendimentos entre atenção básica e MAC, mas a noção de que essa não é a única ação possível foi construída. Como resultado, novas frentes de comunicação puderam se abrir. Houve um aumento da proatividade dos gestores e gerentes na busca por negociação com os demais níveis de gestão e, mesmo durante o processo, pequenas alterações, tendendo a facilitar a gestão do fluxo, puderam ser combinadas pessoalmente, em reuniões locais - obviamente, com um alcance local: atores de diferentes níveis de gestão que estabelecem maior proximidade e alavancam mudanças.

Almeja-se contribuir para a construção de uma cultura de avaliação nos níveis locais do sistema, fortalecendo aí uma postura proativa de gerentes/ gestores na

busca do uso da informação para o enriquecimento de processos políticos. Considera-se que o modelo de avaliação em foco, mesmo que sustentado, pelo menos em seus momentos iniciais, pela presença constante da academia, potencialize avaliações realizadas em nível macro sistêmico. A descoberta de um sentido mais imediato para a avaliação, menos prescritiva e burocrática, pode investi-la de significado e possibilitar sua transposição para a compreensão de esferas mais amplas.

Limitações importantes advêm da falta de institucionalização do processo, que teve uma inserção organizacional limitada. Entretanto, a experiência mostra que dificilmente se parte de condições ideais: elas são construídas a partir de processos ascendentes.

Nesse mesmo sentido, recorda-se que, em processos democráticos, a questão da participação é exemplar no que diz respeito à cisão entre teoria e prática. Existe um consenso em metodologias que preconizam o envolvimento dos diferentes interessados na avaliação, de que a multiplicidade de pontos de vista enriquece a construção e análise do processo avaliado, e tende a alavancar a utilização de seus resultados.^{7,13} O processo em foco permitiu identificar que as condições para que esta participação ocorra não estão ainda dadas no serviço público. Há que se fazer um esforço para oportunizar sua construção, no sentido da negociação de prioridades de ação, construção de credibilidade e amadurecimento gradual do processo.

REFERÊNCIAS

1. Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev Saúde Publica*. 2009; 43 (1): 98-104.

Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43n1/7296.pdf>

2. Bomfim MI, Goulart VMP, Oliveira LZ de. Formação docente na área da saúde: avaliação, questões e tensões. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(51):749-58.

Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/icse/v18n51/1807-5762-icse-18-51-0749.pdf> DOI: 10.1590/1807-57622013.0974.

3. Brito-Silva K, Bezerra AFB, Chaves LDP, Tanaka OY. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. *Rev Saude Publica*. 2014; 48 (2): 240-248.

Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004852>

4. Cecílio LCDO, Merhy EE, Pinheiro R, Mattos RA. (2003). A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, orgs. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007. 228p. ISBN 85-89737-33-3.

Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/gids/Integralidade.doc>

5. Contandriopoulos, André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Cienc Saude Coletiva*. 2006; 11 (3): 705-711.

Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300017>

6. Cousins JB, Whitmore E. Framing participatory evaluation. *New Directions in Evaluation*. 1998; 80: 3– 23. DOI 10.1002/ev.1114

7. Cousins JB, Whitmore E, Shulha L. Arguments for a Common Set of Principles for Collaborative Inquiry. *American Journal of Evaluation*. 2012; 34(1): 7-22.

8. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciênc Saude Coletiva*. 2006; 11 (3): 553-563. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300002>
9. Felisberto E, Freese E, Bezerra LCA, de Almeida Alves CK, Samico I. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26 (6), 1079-1095. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n6/03.pdf>
10. Fernandes FMB, Ribeiro JM, Moreira MR. Reflexões sobre avaliação de políticas. *Cad Saude Publica*. 2011; 27 (9): 1667-1677. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n9/02.pdf>
11. Feuerwerker L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9. (18): 489-506. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf>
12. Figueiró AC et al. Usos e influência da avaliação em saúde em dois estudos sobre o Programa Nacional de Controle da Dengue. *Cad Saude Publica*. 2012; 28(11): 2095-2105. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/09.pdf>
13. Furtado JP. A avaliação participativa. In: Otero MR (Org). Contexto e prática da avaliação de iniciativas sociais no Brasil: temas atuais. São Paulo: Petrópolis; 2012. 168p.
14. Furtado JP, Vieira-da-Silva LM. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. *Cad Saude Publica*. 2014; 30(12): 2643-2655. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00187113>
15. Hartz ZMA, Felisberto E, Vieira-da-Silva L. Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

16. Jannuzzi PM. Sistemas de Monitoramento e Avaliação de Programas Sociais: revisitando mitos e recolocando premissas para sua maior efetividade na gestão. *Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação*. 2013; 1: 4-27 Disponível em http://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/ferramentas/docs/RBMAs/RBMA_01.pdf
17. Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality: the case for tracers. *N Engl J Med*. 1973; 288(4):189-94
18. Machado CV, Lima LD, Viana AL, Oliveira RG, Iozzi FL, Albuquerque MV et al. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2014; 48(4): 642-650. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/85713/0> DOI:10.1590/S0034-8910.2014048005200
19. Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, orgs. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p.83-108.
20. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2004.
21. Nickel DA, Natal S, de Araújo Hartz ZM, Calvo MCM. O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde: um estudo de caso no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2014; 30(12), 2619-2630. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00022314>
22. Oliveira PTR, Sella PEG, Reis AT. O Monitoramento e a Avaliação na Gestão do Ministério da Saúde. *Revista Brasileira de Monitoramento e Avaliação*. 2014; 5 :114-129. Disponível em <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/FerramentasSAGI/index.php?group=96>
23. Santos AM, Giovanella L. Regional governance: strategies and disputes in health region management. *Rev Saude Publica*. 2014; 48 (4): 622-631. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005045>

24. Silva SF, Souza NM, Barreto JOM. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. *Cienc Saude Coletiva*. 2014; 19(11):4427-4438. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4427.pdf> DOI: 10.1590/1413-812320141911.16612013

25. Spedo SM, Tanaka OY, Pinto NRS. O desafio da descentralização do Sistema Único. *Cad Saude Publica*. 2009; 25(8): 1781-1790.
Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n8/14.pdf>

26. Yin RK. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. Porto Alegre: Bookman Editora; 2015.

a. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf

b. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos, Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas. Por dentro do Ministério da Saúde: orientações aos novos servidores. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/por_dentro_ministerio_saude_orientacoes.pdf

c. Brasil. Ministério da Saúde. IDSUS. Disponível em <http://idsus.saude.gov.br/>

Manuscrito 2 - Meta-avaliação de uma avaliação participativa desenvolvida por gestores municipais de Saúde com foco no padrão “Utilidade”

RESUMO

Este artigo tem por objetivo analisar a “Utilidade” de um processo local de avaliação, desenvolvido por gestores e gerentes de uma Região de Saúde de São Paulo/ Brasil, e discutir a necessidade da escolha criteriosa do referencial teórico para o julgamento deste quesito em abordagens participativas. Para a análise da organização do processo, utilizou-se o referencial de Patton, voltado a facilitar o uso da avaliação pelos participantes. Para análise da influência da avaliação, foram seguidas as dimensões propostas por Weiss, Greene e Kirkhart. Diversos tipos de influência foram identificados no campo a partir do referencial escolhido. Conclui-se que um modelo de avaliação, que busca promover junto aos interessados a identificação de novas possibilidades de negociação de poder, exige escolhas metodológicas para análise de qualidade que não se restrinjam aos valores técnicos ou instrumentais, mas se ampliem ao reconhecimento da influência em direções múltiplas: alcances/intenções a curto e longo prazo, etapas do processo avaliativo e público diversos.

INTRODUÇÃO

Estudos sobre meta-avaliação vêm se tornando mais frequentes no Brasil, felizmente possibilitando aos avaliadores tanto um enriquecimento técnico como a possibilidade de refletir acerca de aspectos éticos e políticos, tão sensíveis ao campo da avaliação^{1,2,3}.

Pode-se contar atualmente com padrões definidos pelas sociedades nacionais de avaliação para o julgamento da qualidade de suas práticas. Os standards publicados pelo *Joint Comitee on Standards for Educational Evaluation*⁴ (EUA e Canadá) – Utilidade, Factibilidade, Ética, Precisão e Responsabilização/*Accountability* – tornaram-se internacionalmente reconhecidos e servem de base a publicações semelhantes em diversos países^{5,6}. Argumenta-se, entretanto, que tais padrões devam ser complementados quando de sua utilização, na medida em que oferecem critérios muito gerais para julgamento, e exemplos limitados, em sua maioria, a condições ideais⁷ de aplicação.

A escolha de um referencial teórico consistente para a compreensão de um padrão é essencial, uma vez que possibilita tanto uma análise conceitual quanto o desvelamento de valores subjacentes ao modelo escolhido, além do detalhamento de suas possibilidades de aplicação.

Este artigo busca empreender essa tarefa trazendo uma reflexão acerca do padrão relacionado à “utilidade” de uma avaliação, geralmente considerado em meta-avaliações.

O conceito de utilidade vem sendo revisto e ampliado, ao longo do tempo, por diversos autores da área. Os primeiros estudos a respeito do “uso” da avaliação datam do final dos anos 1960. Eram basicamente pautados na utilização *instrumental* dos resultados da avaliação, ou seja, resultados que tinham interferência direta na tomada de decisões acerca do objeto de estudo, fosse ele um programa ou política⁸.

Rapidamente, com base na reflexão sobre a prática, outros tipos de uso foram identificados e descritos pelos avaliadores: o uso *simbólico*, qualificando os resultados da avaliação que são incorporados ao debate político com o objetivo de validar e/ou reforçar decisões prévias; e o uso *conceitual*, relacionado a mudanças

na compreensão dos envolvidos sobre temas tratados na avaliação, não necessariamente expressas em atitudes ou procedimentos por eles assumidos⁹.

Cabe associar a descrição deste último tipo – conceitual – ao desenvolvimento dos modelos participativos em avaliação que vinham trazendo luz e conferindo importância às experiências vividas pelos interessados, embora, naquele momento, a atenção prestada ao *processo* avaliativo estivesse ainda centrada na forma de organizá-lo para que favorecesse a utilização dos *resultados* da avaliação - *results-based use*.

A obra de Patton “Utilization-Focused Evaluation”¹⁰, cuja primeira edição data de 1978, foi emblemática nesse sentido. A utilização é considerada o principal atributo de uma avaliação. Excelência técnica e rigor metodológico são apontados como insuficientes para garantir sua qualidade: o avaliador deve assumir a responsabilidade por esta utilização, cujo planejamento é iniciado de forma concomitante ao processo avaliativo. É oferecida uma série de proposições/ passos para o estabelecimento de uma base consistente que promova o compromisso de uso da avaliação entre o avaliador e os interessados.

Greene¹¹, em 1988, traz uma importante contribuição voltando sua atenção ao processo de desenvolvimento da avaliação e identificando tipos de mudanças vividas pelos participantes ainda em seu decorrer, quais sejam, 1) cognitiva – processamento ativo e assimilação de informações da avaliação, 2) afetiva – sentimentos de estima e valor dentro do processo de avaliação e 3) política – ampliação à maior diversidade de pontos de vista no processo. Apesar disso, estava ainda focada na ampliação da utilização dos achados avaliativos após a conclusão da avaliação.

Apenas na década de 1990, autores como Whitmore¹² e Patton¹³ designam o uso do *processo* avaliativo – *process-based use* – no qual a participação dos

interessados em uma avaliação, por si só, já possibilitaria mudanças em sua compreensão/ prática.

A adequação do termo “uso”, quando se refere a uma avaliação, assumiu também especial importância na discussão do atributo “Utilidade” em meta-avaliações. Weiss¹⁴ em 1980, já expressava algum incômodo em relação a esta expressão, dizendo estar impregnada por uma imagem de aplicação apenas dos resultados da avaliação – instrumental, episódica, e não condizente com o desenvolvimento do campo. Shulha e Cousins¹⁵ (1997) pontuaram, na mesma linha, que a influência exercida por um processo avaliativo é um fenômeno multidimensional que envolve a interação das diversas dimensões anteriormente descritas (instrumental, simbólica, conceitual, cognitiva, afetiva, política) e que a palavra “uso” não fazia jus a esta característica.

Kirkhart¹⁶ (2000) amplia essa reflexão, e propõe o termo “influência” em substituição a “uso” e “utilização”. Em sua *Integrated Theory of Influence*, busca ultrapassar mudanças objetivas e unidirecionais anteriormente descritas, e traduzir aquelas promovidas por avaliações com maior nível de complexidade, não lineares e multifacetadas. Propõe um modelo tridimensional a partir dos eixos: 1. *Fonte* – incluindo a influência exercida tanto pelo processo quanto pelos resultados de uma avaliação, 2. *Tempo* – afirmando que o uso do que foi aprendido no processo avaliativo pode se dar em diversos momentos e ao longo do tempo, não estando restrito à sua finalização; e 3. *Intenção* – valorizando tanto a utilização prevista durante o planejamento da avaliação, como mudanças não previstas/ não intencionais, tanto positivas como negativas, associadas ao processo¹⁷.

Este trabalho tem o objetivo de analisar a influência exercida por uma avaliação com base neste referencial, e ultrapassar a visão que se restringe ao uso instrumental. O referencial de Patton¹³ será utilizado para identificar e analisar

decisões tomadas no planejamento e execução do processo que visaram facilitar sua utilização pelos participantes; os referenciais de Kirkhart¹⁶, Greene¹¹ e Weiss⁹ (Figura 1) serão utilizados para identificar mudanças em atitudes e práticas dos participantes e entorno associadas à experiência vivenciada.

Além da fundamental importância da análise do padrão “Utilidade”, uma vez que boa parte da essência dos processos avaliativos reside justamente em sua vinculação com a prática e a influência que nela pode exercer, esse artigo discute a demanda atual e crescente de que uma avaliação seja sempre utilizada pelos interessados, durante ou após a finalização do processo, sob o risco de ser avaliada como de má qualidade caso isso não ocorra¹⁸, entendimento que representa um aumento da possibilidade do avaliador incorrer em riscos éticos, o que será problematizado no decorrer do texto.

Figura 1 - Modelo para análise da Influência exercida pela Avaliação

Kirkhart (2000)

(Adaptada de Kirkhart – 2000 - Teoria Integrada da Influência)

METODOLOGIA

O estudo teve como objeto uma avaliação empreendida por um grupo de gestores/gerentes municipais de uma Região de Saúde do estado de São Paulo (Brasil) com a facilitação dos pesquisadores.

O grupo foi formado com representantes de 8 dos 18 municípios que compõem uma das Comissões Intergestores Regional (CIR) da região escolhida, a partir de adesão voluntária após apresentação da proposta.

Avaliação Participativa

A avaliação foi realizada com a utilização de métodos mistos, quali/quantitativos^{19,20}. Dados secundários relacionadas ao atendimento prestado na Atenção Básica e na de Média/Alta Complexidade a usuários com queixas relacionadas à indicação de cirurgia geral eletiva (colecistectomia) foram levantadas a partir do acesso ao sistema da Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS), a listagens fornecidas pelo Ambulatório Médico de Especialidades (AME) e ao DATASUS (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde) através dos programas Tabnet/Tabwin.

A compreensão destes dados foi aprofundada a partir de uma abordagem qualitativa aos usuários que aguardavam vaga, ou que haviam já realizado a cirurgia no máximo dois anos antes em serviços públicos. Entrevistas individuais semiestruturadas e grupos focais foram utilizados como método de coleta de dados primários. Em todos os municípios, com exceção do município polo, o convite para os informantes foi feito à totalidade daqueles que 1) figuravam em uma listagem de espera para vaga de cirurgia no Hospital Estadual localizado no município polo, ou nos registros das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Regulação, 2) puderam

ser acessados através de contato telefônico. No caso do município polo, procurou-se contemplar usuários de Unidades Tradicionais e de Estratégia de Saúde da Família, dispersos segundo tempo de espera no período entre 2011 e 2014, ou, de acordo com o segundo critério, que tivessem realizado a cirurgia até dois anos antes.

Todos os informantes concordaram em tomar parte no estudo e assinaram os termos de consentimento livre e esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP, parecer 1.006.380 de 24/04/2015.

Para análise dos dados coletados junto aos usuários, utilizou-se a metodologia hermenêutico-dialética ²¹, valorizando sua característica interpretativa e de respeito à diversidade de interpretações possíveis.

Este material empírico e também os dados dos registros/ sistemas de informação foram discutidos e analisados em 7 oficinas realizadas com os gestores e gerentes, dispersas ao longo de 10 meses de trabalho.

Meta-avaliação

A coleta de dados para a meta-avaliação se deu nas oficinas e em entrevistas em profundidade realizadas com os participantes oito meses após a finalização das atividades, tendo como foco o processo anteriormente desenvolvido e possíveis mudanças a ele relacionadas.

O material gerado foi analisado em base a uma metodologia hermenêutico-dialética²¹. Procurou-se compreendê-lo considerando seu contexto, selecionando trechos que retratassem os diversos pontos de vista dos atores, preservando e retratando a riqueza inerente aos dados qualitativos.

O processo de análise baseado neste tipo de abordagem (qualitativa) não almeja traçar uma linha de causalidade direta entre a participação no processo avaliativo e as mudanças identificadas. Na leitura das oficinas, determinados trechos discursivos foram sublinhados em seu contexto como sinais de processos reflexivos vividos pelos participantes que puderam ser associados à avaliação. Nas entrevistas, as questões formuladas buscaram associar o mais claramente possível as experiências descritas ao processo de avaliação desenvolvido. Sabe-se que os participantes estão sujeitos a toda sorte de influências em seus diferentes contextos de ação. Soma-se a isso o fato de que um dos fatores que levou à escolha da região de Saúde para o estudo foi a existência de um grupo de gestores com uma participação ativa na Comissão Intergestores Regional (CIR), e em processo de fortalecimento grupal, o que já os tornava propensos a empreender mudanças. Sendo assim, compreende-se que algumas das mudanças identificadas foram fomentadas pelo processo avaliativo e outras fortalecidas por ele.

Em paralelo ao trabalho de campo, procedeu-se à revisão da literatura existente com o objetivo de enriquecer a análise do padrão “Utilidade” na pesquisa. O estudo realizado por Hartz e Denis (2008)²² trouxe referências para a exploração de novas fontes, possibilitando melhor compreensão de valores subjacentes a cada modelo. A partir deste levantamento, foram escolhidos os referenciais considerados pelos pesquisadores potentes para a análise do “uso” de uma avaliação no desenho adotado – local e participativa.

O passo seguinte foi a releitura do material empírico, buscando utilizações do processo avaliativo/resultados não identificadas previamente à pesquisa bibliográfica.

RESULTADOS

Serão apresentadas aqui: I) a descrição da organização da avaliação, tendo por base os passos para construção da utilização propostos por Patton - *Utilization-focused Evaluation*¹³; e II) a descrição de sua influência sobre os participantes e entorno, segundo duas das dimensões propostas por Kirkhart (*Integrated Theory of Influence*¹⁶) e os tipos descritos por Weiss⁹ e Greene¹¹ (Figura 1). Foram inseridos recortes de discursos identificados nas oficinas/entrevistas, visando uma aproximação e melhor compreensão quanto aos temas trabalhados.

I) Organização do processo segundo referencial da “*Utilization-Focused Evaluation*”

Os passos sugeridos por Patton¹³ foram tomados como base para a organização do processo realizado com os gestores municipais, foco deste estudo, e são apresentados aqui de uma forma sintetizada²³.

1. O autor sugere que inicialmente sejam identificadas e reunidas pessoas que realmente utilizarão a avaliação, para compor uma “força-tarefa”, que, em conjunto com o avaliador, definirá o escopo do estudo e as perguntas avaliativas.

A adesão dos participantes ao processo em foco foi voluntária, feita a partir de convite dos pesquisadores à CIR. “*Quem participou do Projeto foi quem realmente estava buscando uma informação a mais, um auxílio, um norte...*” (assessor técnico 3)

O foco para a avaliação, por eles escolhido, foi o *fluxo de cirurgias eletivas de colecistectomia* na região, tomado como um traçador do papel e da relação entre os níveis federativos na gestão dos níveis de complexidade do sistema de saúde. Este tema colocava intencionalmente em relevo as limitações vividas pelo gestor municipal neste compartilhamento da gerência do sistema. “.... *Aprender a fazer dentro da cirurgia geral, porque a gente tem lá o paciente com a hérnia, com a vesícula, nós não sabemos se ele está parado aqui, no AME, se ele está parado no Estadual, se ele está lá na nossa casa... A gente fica perdido.* ” (secretário municipal 1)

2. O grupo formado, segundo Patton, deve trabalhar em conjunto para determinar qual informação será útil para melhorar o programa em foco e definir prioridades de utilização.

No caso, a sensibilidade do tema permitiu a mobilização dos atores para a busca de informações e alternativas que pudessem proporcionar-lhes posição mais sustentada e confortável nas negociações entre os entes federados, principal uso previsto para o processo avaliativo. “*Vamos levantar quem está vindo fazer colecistectomia aqui no Estadual... Podem estar atingindo a meta, mas não com a gente. De repente, ele (Hospital Estadual) está fazendo 500 cirurgias que não são para a gente...*” (assessor técnico 2), “*Precisamos saber dos gargalos para batalhar com o prestador para reivindicar melhoras. Diminuir esse tempo de espera...*” (secretário municipal 3)

3. Também as decisões quanto ao desenho da avaliação e métodos devem ser compartilhadas: “os resultados obtidos através desses métodos serão úteis e realmente utilizados? ”

O grupo, bastante heterogêneo em termos de tempo de experiência e formação técnica na área da Saúde, empreendeu diversos movimentos de prospecção e retração no planejamento da coleta de dados – buscando selecionar aqueles que realmente lhes seriam úteis para a análise pretendida (avaliação do fluxo de usuários para cirurgias eletivas) – e no planejamento da utilização dessa análise, projetando atores a serem incluídos ainda no processo de avaliação e, ao final, na discussão dos achados. *“Podemos conseguir um volume de dados sobre este tipo de problema... é olhar o problema de um outro jeito... porque os nossos dados não são em rede, os nossos dados são localizados no serviço...”* (secretário municipal 5), *“Mas aí a gente teria que pegar pessoas concretas, pra saber a trajetória que eles fizeram...”* (secretário municipal 3).

4. Após a coleta de dados, os atores que irão utilizar a avaliação devem ser ativamente envolvidos na interpretação dos achados, nos julgamentos baseados nas informações e na elaboração de recomendações

Nesta experiência, houve explorações conjuntas e individuais dos sistemas eletrônicos de informação, e a coleta de dados qualitativos foi organizada pelos gestores em seus municípios e coordenada no campo pelos pesquisadores (grupos focais com usuários). Os dados foram analisados pelo grupo em reuniões imediatamente posteriores à coleta. *“Deixa eu também já ir anotando: o que eu vou fazer no meu município é saber porque os casos ficaram na espera do AME e não no ambulatório do município... Ver quem já fez cirurgia no município. Se a maioria der urgência, já tenho explicação: foi complicação que foi para o Pronto Socorro...”* (assessor técnico 1)

Houve também análise aprofundada dos dados empíricos em duas oficinas já no final do processo, sempre de forma articulada a possíveis utilizações futuras do

material coletado. “*Eu acredito que esse trabalho também pode servir para a gente dizer assim <<vamos fazer uma FPO (Ficha de Programação Física-Orçamentária) por quantidade>>...*” (assessor técnico 2), “*Acho que a gente tinha que ter uma discussão, que talvez nos dê força para dizer assim <<quanto desses trinta mil procedimentos a gente precisa para cirurgia geral, para atender à nossa demanda>> porque deveria ser assim com tudo...*” (secretário municipal 1)

5. A disseminação dos resultados deve se dar conforme compromisso estabelecido inicialmente (uso planejado) e para público mais amplo (quando a utilização não planejada pode ocorrer).

Houve uma sessão formal de apresentação dos achados avaliativos incluída na reunião mensal da CIR, mas acredita-se que a principal canal de disseminação foram as reuniões de um grupo de trabalho da Câmara Técnica da CIR que reúne, também mensalmente, representantes do estado, municípios e prestadores privados.

II) Tipos de influência exercida pela avaliação

Destaca-se a seguir exemplos de mudanças ocorridas nos participantes e em seu entorno associadas à avaliação desenvolvida. Serão apresentados inicialmente aqueles que se referem às influências baseadas no *processo avaliativo*, e, na sequência, aqueles baseadas nos *resultados da avaliação*, segundo a dimensão 1 “Fonte da influência” organizada por Kirkhart¹⁶.

A dimensão 3 “Intenção”, proposta pela mesma autora, será exemplificada no último item dos resultados, a partir de um recorte de uso não intencional do processo avaliativo.

Optou-se, para efeito didático, por combinar os exemplos às classificações quanto ao “tipo de influência” propostas por Greene¹¹ e Weiss⁹ (Figura1).

Influências identificadas durante o processo de avaliação

Cognitiva

O processo possibilitou discussões ampliadas acerca de temas essenciais à prática de gestão, tais como integralidade do cuidado em saúde e o papel dos três níveis de gestão governamental na organização do sistema.

Na medida em que se identifica a carência de um conhecimento sólido na área da Saúde e de um nível de reflexão mais aprofundado acerca de questões atuais do sistema por parte de muitos gestores, principalmente em municípios pequenos, é essencial valorizar a função reflexiva que pode assumir o processo de avaliação.

Eu entrei como secretário, eu nem tinha noção de saúde pública... Aprendi muito com a pesquisa, com as discussões, foi muito interessante para mim.... Atrapalha a falta de comunicação do prestador com a secretaria municipal... (secretário municipal 4). Colocar em questão convicções que rotineiramente surgem em discussões pode levar a uma análise mais crítica da realidade por parte dos gestores.

A tomada de decisão na gestão municipal muitas vezes é intuitiva, e/ou baseada na experiência profissional do gestor e/ou de sua equipe, mais do que em informações consistentes acerca do objeto em questão. A avaliação participativa possibilitou o acesso sistematizado à perspectiva dos usuários e às informações dos sistemas eletrônicos, cuja utilização geralmente não faz parte da rotina do gestor, e que podem ser também utilizados como fonte de recursos para a decisão

“...a gente nunca tinha sentado e pegado o quadro: tantas cirurgias eram realizadas por tal prestador em tal ano... ver a meta que cada município estava

atingindo... E ali foi possível. A gente se deparou com dados, informações, que realmente a gente não conhecia” (secretário municipal 1).

Política

Embora as discussões tenham nascido em um grupo que já tinha uma construção “hierárquica” – “doutores” e “não doutores”, “antigos” e “novatos” – foi possível a criação de um ambiente propício a que distintos pontos de vista pudessem ser explicitados e discutidos. *“A experiência foi valiosa, na medida em que você se sente participante do processo, com o pé no chão e dentro dele. Me senti privilegiada de poder estar colocando a questão do meu município na situação que é comum para a região... de repente você está lá se colocando, te pega um insight... o imprevisto é individual, mas a solução pode ser a mesma”* (secretário municipal 2).

Além disso, as atividades realizadas levaram a um enriquecimento dos debates e compreensão de diferentes visões, que favoreceram as negociações entre parcerias governamentais e público-privadas, fornecendo sustentação para novos acordos ainda durante o processo de avaliação.

Afetiva

Na análise dos dados coletados nas diversas oficinas, foi possível observar uma alteração na posição assumida pelos gestores municipais frente aos demais entes federados e prestadores de serviços.

No início do processo, algumas falas retratavam os níveis federativos como níveis hierárquicos (o que não se confirma objetivamente na organização proposta pelo SUS): *“temos que montar um produto que a gente leve a uma instância superior”* (secretário municipal 3). Num segundo momento, solicitar informações ao nível

estadual aparece como um “direito” – *“Essa lista de espera para cirurgia... Vamos pedir no grupo de trabalho... é um direito nosso”* (assessor técnico 2) - suscitando uma atitude de maior segurança quanto ao papel sob sua responsabilidade - a troca de informações com os níveis estadual e federal tornou-se uma ferramenta essencial para a gestão, e não uma solicitação a ser encaminhada. Num momento subsequente, as colocações apontam para um processo de negociação em andamento: *“Quando a gente conversou... a respeito de ampliar o número de cirurgias eletivas com o Hospital... se a gente começar a forçar isso de certa forma...”* (secretário municipal 1).

Influências associadas aos resultados da avaliação

Instrumental

O uso instrumental pode ser exemplificado por um fortalecimento do diálogo entre representantes dos municípios, estado, organizações sociais e prestadores privados em busca de alternativas para a gestão da espera, excessiva, por vagas de cirurgia geral, vivenciada por usuários com indicação para este procedimento. A avaliação trouxe uma caracterização mais precisa da deficiência existente e o quadro pôde se tornar objeto de negociações. Surgiram proposições de mudanças no papel dos hospitais de pequeno porte nos municípios, que se voltarão ao atendimento de urgências, possibilitando que os hospitais de grande porte (estaduais) se voltem ao atendimento de casos de maior complexidade. *“...vários hospitais de pequeno porte muito pouco utilizados... fortalecer essa rede dos municípios pequenos, para ver se consegue cobrar mais do Hospital Estadual aquilo que, de fato, ele precisa fazer...”* (secretário municipal 1).

Simbólica

Os gestores municipais tinham conhecimento, previamente ao processo avaliativo, de que o número de cirurgias eletivas efetuadas pelo Hospital Estadual (grande porte) vinha caindo. Tendo por base, entretanto, os dados sistematizados e analisados durante a avaliação, foi possível demandar, com maior firmeza, à organização privada que gerencia o hospital, soluções para o aumento da oferta: *“Eles se propuseram, quando a gente apresentou essas demandas, a estudar a estruturação agora de um terceiro horário cirúrgico, noturno”* (assessor técnico 2).

Conceitual

Alguns dos gestores participantes da avaliação optaram por engajar-se em iniciativas de fortalecimento da Educação Permanente na região. *“Na nossa CIR, já há algumas reuniões de Câmara Técnica, que a gente vem colocando essa inexpressividade da participação, e uma falha é no nosso NEP (Núcleo de Educação Permanente) ... Então, ontem, nós nos comprometemos e fomos na reunião do NEP. Foi superprodutivo, foram mais duas gestoras. A gente amarrou de fazer agora um trabalho de que cada município leva uma experiência que ele tem...”* (secretário municipal 1).

Considerando que o processo da pesquisa em foco tinha como objetivo a aprendizagem, a valorização do conhecimento expressa na ação descrita assume especial importância.

Ressalta-se que a passagem acima foi também selecionada por representar um resultado não intencional da avaliação realizada (dimensão 3 de Kirkhart¹⁶).

DISCUSSÃO

Assim como avaliar, meta-avaliar é uma tarefa que inclui riscos. Pode-se analisar criticamente avaliações concluídas ou em andamento, com base em critérios absolutamente diversos, que nem sempre se tornam suficientemente manifestos. Paradigmas – muitas vezes tão arraigados à estrutura de pensamento de um pesquisador, que lhe parece dispensável referi-los – farão com que seu julgamento tenda à valorização positiva de aspectos que para outros parecerão completamente equivocados²⁴. Dependendo do referencial utilizado, uma avaliação/meta-avaliação pode priorizar questões administrativas e organizacionais, e ignorar, ou deixar em segundo plano, aquelas ligadas a condições sociais e políticas²⁵.

Cabe caminhar no sentido do estabelecimento de uma cultura de avaliação, e de meta-avaliação, na qual a explicitação dos valores subjacentes às análises realizadas esteja sempre presente.

Grande parte das avaliações de programas governamentais na área da Saúde no Brasil tem por base a verificação do alcance de objetivos planejados segundo critérios nacionais previamente definidos – um modelo estritamente racional da tomada de decisão, referenciado à *análise de sistemas*²⁶ – no qual a elaboração objetiva das metas de um programa se colocam acima do conhecimento prático do “dia a dia” das comunidades onde o mesmo é desenvolvido²⁷. Este é apenas um dos enquadres possíveis para uma avaliação. De um ponto de vista construtivista, processos podem também se conectar ao interesse de indivíduos e grupos locais, evitando a comparação de sua realidade apenas com critérios externos, e facilitando sua aprendizagem e apropriação tanto dos achados, como do processo avaliativo ²³.

Nesta pesquisa, foi feita a escolha metodológica por um modelo de avaliação participativo, aqui tomado segundo a perspectiva de Cousins e Whitmore²⁸ que o

definem como aquele no qual se estabelece uma relação de parceria entre avaliador e interessados na avaliação, para a construção conjunta de um conhecimento avaliativo. Tal escolha se deve à posição de que avaliações realizadas a partir de demandas/ interesses específicos de atores locais apresentam maior chance de serem proveitosamente utilizadas, de forma sintonizada a um objetivo maior de desenvolvimento social ²⁹.

Considera-se importante fazer uma ressalva à tendência de que a “perspectiva de utilização” de uma avaliação “para a tomada de decisão” seja adotada como seu principal guia, e, em se tratando da construção do conhecimento científico, de que sua conexão imediata à solução de problemas práticos seja hipervalorizada. Esta é uma ideia corrente e exemplo disso são financiamentos prioritariamente dirigidos a pesquisas com intensa colaboração entre universidade e gestores/ técnicos/ práticos³⁰.

Se por um lado essa direção rompe com o modelo do pesquisador encastelado em seus processos de produção, e amplia vertiginosamente a utilização do conhecimento científico, por outro, surge o receio de que coloque em risco sua própria independência de formulação e rigor²².

O uso de uma avaliação para a tomada de decisão deve ser estimulado, mas priorizá-lo como objetivo primeiro de um processo avaliativo pode implicar em riscos éticos ao processo²⁵. Um exemplo basta para explicitá-los: uma avaliação solicitada por um parceiro governamental terá mais chances de ser utilizada se os seus resultados estiverem em acordo com a política que vem sendo desenvolvida. Essa discussão fica aqui sublinhada por sua possibilidade de enriquecer a concepção de utilização dos processos avaliativos no momento atual: torna-se necessário, especialmente em processos participativos, que a avaliação ultrapasse o objetivo único de influência nos processos decisórios, que ainda se

coloca como o mais comum/ esperado tanto por aqueles que demandam como por aqueles que executam as avaliações.

Diversos autores corroboram esta análise e apontam inclusive, com base em dados empíricos, que o uso instrumental de um processo avaliativo é muito menos frequente do que o apregoado ^{9,31,32}.

... os tomadores de decisão são influenciados por uma série de outros fatores, como, por exemplo, as expectativas dos participantes do programa e seus gestores, o apoio dos financiadores, as demandas do poder, os custos da mudança, a capacidade de realização, dentre outras, que acabam por frustrar a sua utilização imediata”(WEISS et al., 2005:13).

A importância excessiva dirigida ao uso instrumental nega o amplo espectro de utilização dos processos avaliativos. A visão de que o conhecimento científico dos especialistas em avaliação deva ser utilizado como recurso-mestre, único, para o desenvolvimento da prática, parece extremamente restrita²⁷.

De uma perspectiva construtivista, por exemplo, a avaliação transpõe a função de rastreamento de evidências científicas para o processo de gestão, e investe também valor na construção de um conhecimento compartilhado e rico em significados entre os atores sociais, ganhando a possibilidade de assumir outra inserção no corpo social. Configura-se como mais uma tecnologia para fortalecer os distintos interessados nos programas avaliados – inclusive beneficiários, trabalhadores de ponta – nas negociações políticas em que precisam se envolver. Relembrando Freire³³, “como trabalhar, não importa em que campo... sem ir conhecendo as manhas com que os grupos humanos produzem sua própria sobrevivência? ”

Note-se que, no processo realizado nesta pesquisa, uma visão de utilidade da avaliação restrita à influência no processo decisório, levaria a discussão unicamente a questões como “ampliação da oferta cirúrgica”, extremamente importante, mas não a ponto de suplantarmos a consideração ao crescimento/amadurecimento vivido pelos gestores/gerentes.

Na área da Saúde, soma-se o fato de que tais processos de aprendizagem se tornam ainda mais importantes que a influência direta em decisões de programas específicos, já que essas decisões dificilmente podem ser qualificadas como sustentáveis. Sua estabilidade tem o limite do surgimento das inovações tecnológicas ou das mudanças nas relações de poder entre os interessados.

A metodologia de análise baseada na diversidade de influências que pode ter uma avaliação, planejadas ou não, e na sua possibilidade de dispersão no tempo^{13,17,18}, permitiu a identificação do desenvolvimento dos gestores nos campos cognitivo, político e até mesmo afetivo, ainda durante o processo realizado; o vislumbre de mudanças que ocorrerão em ajustes na conversação entre parceiros; e a proposição de iniciativas que tornem vivos espaços institucionais de aprendizagem.

CONCLUSÃO

Iniciar a análise da utilidade de uma avaliação pelo estudo de um quadro mais amplo de proposições teóricas, possibilita aos autores a compatibilização entre dimensões de análise escolhidas e suas próprias opções teóricas.

Na proposição de um modelo que busca promover junto aos distintos interessados a identificação de novas possibilidades de negociação de poder, as escolhas metodológicas para análise do material empírico – autores, modelos, e composição de modelos – podem ser feitas na busca por descortinar valores que não apenas técnicos ou instrumentais.

Os referenciais teóricos propostos por Patton e Kirkhart ampliam as possibilidades de planejamento e análise da utilização de um processo participativo de avaliação enquanto fenômeno social complexo: multidirecional, proveniente das várias possibilidades de encontro entre pessoas, e disperso ao longo do tempo.

Da mesma forma, compreender a avaliação no contexto da tendência atual de consumo do conhecimento científico, ajuda o pesquisador a adotar uma postura crítica em relação ao direcionamento dos processos avaliativos exclusivamente à facilitação da utilização, de forma indiscriminada. A perspectiva de utilização pode ser maior quando a avaliação é planejada e orientada segundo o ponto de vista do proponente, principalmente quando há investimento de recursos financeiros. No entanto, o risco ético deve ser considerado, tendo em vista a busca por assegurar sua qualidade dentro de critérios escolhidos e explicitados.

REFERÊNCIAS

1. Nickel DA, Natal S, Hartz ZM de A, Calvo MCM. O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde: um estudo de caso no Sul do Brasil. Cad Saúde Pública 2014; 30(12): 2619-2630.

<http://www.scielo.org/pdf/csp/v30n12/0102-311X-csp-30-12-02619.pdf>

(acessado em 13/nov/2015)

2. Furtado JP, Laperrière H. Parâmetros e paradigmas em meta-avaliação: uma revisão exploratória e reflexiva. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17(3): 695-705. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a16.pdf> (acessado em 13/nov/2015)
3. Pires DA, Colussi CF, Calvo MCM. Avaliação da gestão municipal da saúde bucal na Atenção Básica: precisão do instrumento de pesquisa. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014; 19(11): 4525-4534.
4. Yarbrough DB, Shulha LM, Hopson RK, Caruthers FA. The program evaluation standards: A guide for evaluators and evaluation users. 3rd Ed. California: Sage Publications; 2011.
5. United Kingdom Evaluation Society. Guidelines for Good Practice in Evaluation. London: UKES; 2013. [http://www.evaluation.org.uk/assets/UKES Guidelines for Good Practice January 2013.pdf](http://www.evaluation.org.uk/assets/UKES_Guidelines_for_Good_Practice_January_2013.pdf) (acessado em 13/nov/2015)
6. Anderson SB, Braskamp LA, Cohen WM, Evans JW, Gilmore A, Marvin KE, et al. Evaluation Research Society standards for program evaluation. *New Directions for Program Evaluation* 1982; 15: 7–19.
7. Cabra-Torres F. El diálogo como fundamento de comunicación ética en la evaluación. *Educación y Educadores* 2010; 13(2): 239–52. <http://www.scielo.org.co/pdf/eded/v13n2/v13n2a05.pdf> (acessado em 13/nov/2015)
8. Leviton LC, Hughes EF. Research On the Utilization of Evaluations A Review and Synthesis. *Evaluation review* 1981; 5(4): 525-548.
9. Weiss CH. An Alternate Route to Policy Influence: How Evaluations Affect D.A.R.E. *Am J Eval.* 2005; 26(1):12–30. <http://aje.sagepub.com/content/26/1/12.full.pdf+html> (acessado em 13/nov/2015)

10. Patton MQ. Utilization-focused evaluation. 1th Ed. California: Sage publications, Inc.; 1978.
11. Greene JG. Stakeholder Participation and Utilization in Program Evaluation. Eval Rev 1988; 12(2): 91–116.
12. Whitmore E. Evaluation and Empowerment: It's the Process That Counts. Empowerment and Family Support Networking Bulletin (Cornell University Empowerment Project). 1991; 2(2): 1-7.
13. Patton MQ. Utilization-focused evaluation. 4th Ed. California: Sage Publications, Inc.; 2008.
14. Weiss CH. Knowledge Creep and Decision Accretion. Knowledge: Creation, Utilization, Diffusion 1980; 1(3): 381-404.
15. Shulha LM, Cousins JB. Evaluation Use: Theory, Research, and Practice Since 1986. Evaluation Practice 1997; 18(3):195-208.
16. Kirkhart KE. Reconceptualizing Evaluation Use: An Integrated Theory of Influence. New Dir Eval 2000; 88: 5-23.
17. Kirkhart KE. Culture and influence in multisite evaluation. New Dir Eval 2011; 129, 73-85.
18. Weiss CH. Have We Learned Anything New About the Use of Evaluation? Am J Eval 1998; 19(1): 21–33.
19. Creswell JW. Projeto de pesquisa: Métodos qualitativos, quantitativos e mistos. Porto Alegre: Artmed, 2010.
20. Minayo MC, Assis SGD, Souza ERD. Avaliação por triangulação de métodos. Abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

21. Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, orgs. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p.83-108.
22. Hartz ZMA, Denis JL, Moreira E, Matida A. From knowledge to action: challenges and opportunities for increasing the use of evaluation in health promotion policies and practices. In: McQueen DV, Potvin L, editors. Health promotion evaluation practices in the Americas: values and research. New York: Springer; 2008. p. 101-20.
23. Patton MQ. Utilization-Focused Evaluation in Africa. Nairobi: Prudence Nkinda Chaiban and Mahesh Patel; 1999. <http://preval.org/documentos/00552.pdf> (acessado em 13/nov/2015)
24. Santos Guerra M, Olivos T. ¿ El momento de lá metaevaluación educativa? Rev Mex Investig Educ. 2006; IX: 913–31.
http://www.oei.es/evaluacioneducativa/momento_metaevaluacion_educativa_santos_guerra.pdf (acessado em 13/nov/2015)
25. Henry GT. Why not use? New Dir Eval. 2000; 88: 85-98.
26. House ER. Evaluating with Validity. California: Sage publications, Inc.; 1980.
27. Schwandt TA. The Centrality of Practice to Evaluation. Am J Eval 2005; 26(1):95–105. <http://aje.sagepub.com/content/26/1/95.full.pdf> (acessado em 13/nov/2015)
28. Cousins JB, Whitmore E. Framing participatory evaluation. New Dir Eval 1998; 80: 5-23.
29. Nickel DA, Calvo MCM, Natal S, Freitas SF, Hartz ZMA. Desenvolvimento da capacidade avaliativa na gestão da atenção básica: um estudo de caso exemplar em Santa Catarina, Brasil, de 2008 a 2011. Cad Saúde Pública 2014; 30: 839-50.

30. Denis JL, Lehoux P, Champagne F. A knowledge utilization perspective on fine-tuning dissemination and contextualizing knowledge. In: Champagne F, Lemieux-Charles L. Using knowledge and evidence in health care: multidisciplinary perspectives. Toronto: University of Toronto Press; 2004.
31. Figueiró AC, Hartz Z, Samico I, Cesse EAP. Usos e influência da avaliação em saúde em dois estudos sobre o Programa Nacional de Controle da Dengue. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(11): 2095–105.
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/09.pdf> (acessado em 13/nov/2015)
32. Natal S. Implantação e meta-avaliação, com foco na utilidade, das pesquisas financiadas pelo projeto Fortalecimento da Estratégia DOTS em Grandes Centros Urbanos com Alta Carga de Tuberculose no Brasil–Fundo Global, 2009-2011. *Cad Saúde Colet* 2012; 20(2): 137-145.
33. Freire, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática pedagógica*. São Paulo: Paz e Terra; 1996: 165.

Manuscrito 3 - Análise crítica do critério “Participação” em meta-avaliações na área da Saúde

Resumo

Este artigo trata da meta-avaliação do aspecto “participação” em um processo avaliativo desenvolvido por secretários e assessores municipais de uma Região de Saúde do estado de São Paulo, em base local e participativa. Considera-se a necessidade de reflexão teórica sobre práticas de avaliação participativa na área da Saúde no contexto brasileiro. Como metodologia, utilizou-se o referencial desenvolvido por Cousins e Whitmore, destacando decisões ou aspectos contextuais que fizeram com que a opção participativa fosse aprofundada ou limitada no processo em foco. Identificou-se a presença e importante atuação de interessados “não especialistas” no planejamento e desenvolvimento da avaliação realizada, mas limitações quanto à diversidade de atores envolvidos. Afirma-se que não existe um “modelo ideal de participação” para avaliações. Em determinados contextos/ estruturas, oportunidades reais de participação - mesmo que pareçam pequenas à primeira vista – devem ser aproveitadas, exigindo, para tanto, flexibilidade e reflexão crítica por parte dos responsáveis por processos avaliativos.

Palavras-chave: Meta-avaliação; Meta-avaliação em Saúde; Avaliação Participativa; Gestão de Serviços de Saúde; Gestores Municipais.

Introdução

A questão da qualidade das avaliações de programas e políticas realizadas na Área da Saúde vem recentemente instigando avaliadores no Brasil à pesquisa.^{1,2,3}

Como em tantas outras matérias, não basta que a prática da avaliação esteja cada vez mais frequente no serviço público. Ela deve atender às necessidades de informação dos interessados, possibilitar que utilizem processo e achados avaliativos, e manter-se dentro de padrões determinados de qualidade.⁴

Sociedades e associações de avaliadores em diversos países definiram e publicaram guias e standards^{5,6,7} visando direcionar as meta-avaliações – processos em que se avalia a qualidade das avaliações^{8,9} – e contribuir para o aprimoramento de suas práticas.

Tais documentos são bastante gerais e abrangentes,¹⁰ dada a necessidade de apontar princípios éticos e de rigor técnico para uma enorme diversidade de práticas – apoiadas em paradigmas, referenciais teóricos e, conseqüentemente, métodos distintos – que compõem o cenário contemporâneo da área. Surge a questão de como trazer parâmetros mais diretos a iniciativas específicas.

Autores como Furtado et al.,¹¹ abordando esta temática, sugerem que se some aos referenciais internacionais critérios conexos às características das avaliações desenvolvidas em seus contextos particulares, de forma a permitir a reflexão e o julgamento sobre sua qualidade.

Neste trabalho, adotando tal proposta, destacamos o critério “participação” para a meta-avaliação, uma vez que se toma como base da discussão a utilização da metodologia participativa na avaliação de programas públicos. Buscamos, portanto, entender a qualidade desta participação na iniciativa realizada. Uma orientação metodológica clara, e coerente com o paradigma escolhido por aqueles

que estão a cargo de um processo avaliativo, é um dos pilares de influência para sua qualidade.

No Brasil, abordagens participativas em avaliação na área da Saúde começam a ganhar espaço na literatura, referenciadas por experiências de inclusão de grupos de interessados nos processos avaliativos,^{12,13} de inserção da avaliação participativa no tecido de processos de intervenção social mais amplos,¹⁴ de consideração ao critério “participação” em meta-avaliações.¹¹ Julgamos fundamental a continuidade deste caminhar na busca pela aproximação entre teoria e prática, e pelo aprofundamento do significado dessa “opção pela participação”.

Cornwall¹⁵ aponta que a participação não é meramente uma técnica de pesquisa, mas um processo político que visa endereçar questões ligadas à inequidade e justiça social. No mesmo sentido, Guba e Lincoln¹⁶ afirmavam, já em 1989, que uma avaliação participativa se define “menos pelos métodos que serão utilizados e mais que pelas vozes que serão ouvidas”. Entende-se que a essência desta abordagem está realmente associada a um paradigma construtivista, onde o especialista está voltado a estimular a voz de pessoas que não participam ou participam pouco do processo democrático, ocupando um papel de facilitador da negociação entre os diversos pontos de vista para a construção de um conhecimento avaliativo.

As abordagens participativas em avaliação experimentaram uma rápida expansão nos países em desenvolvimento em meados dos anos 1970, tendo como foco a mudança social e baseando-se em conceitos como empoderamento, emancipação, autodeterminação.¹⁷ Colocavam-se como uma reação às abordagens positivistas em pesquisa dominantes à época, acusadas de desconsiderar problemas sociais, econômicos, enfim, o contexto em que se

realizavam os estudos. Por outra via, na América do Norte e Europa, os autores identificam que as linhas colaborativas floresceram em 1990, principalmente com o objetivo de fomentar a utilização do processo e achados avaliativos.

Aprofundando-se nos aspectos chave dessas duas correntes, os mesmos autores traçaram uma diferenciação entre duas lógicas que sustentam a avaliação participativa. Uma delas *pragmática*, voltada à solução de problemas e à tomada de decisão; a outra *transformadora*, direcionada à justiça social, à busca por empoderar os menos poderosos ou oprimidos pelos grupos dominantes, através do uso de processos avaliativos. Fica clara a possibilidade de sobreposição entre essas duas tendências, dada a proximidade entre os processos e resultados alcançados por uma e outra, mas julga-se que essa seja uma diferenciação importante, na medida em que permite reconhecer diferentes formatações da prática participativa.

Avançando na construção desse referencial, Cousins e Whitmore descrevem ainda três dimensões, depois reorganizadas por Daigneault e Jacob, ¹⁸ para a análise do aspecto participação em avaliações, que são 1) a direção do processo avaliativo, 2) a diversidade e 3) a extensão do envolvimento dos participantes; as quais serão detalhadas no decorrer deste texto. Acredita-se que a reflexão sobre estes aspectos contribua para a identificação de decisões e condições que favoreçam ou limitem os processos participativos. Este referencial será utilizado na análise do material empírico, apresentada na seção Resultados.

Consideramos ainda importante, neste espaço introdutório, abordar razões que, sob nosso ponto de vista, justificam a utilização da metodologia participativa para avaliações na área da Saúde no Brasil, situadas no contexto atual e na construção sobre mudança social na qual se baseia o texto.

Destaca-se inicialmente o processo de regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecido claramente em 2001 e fortalecido em 2006 com o Pacto pela Saúde.¹⁹ A reflexão contextualizada e a descentralização da tomada de decisão são valorizadas como condições para a construção das regiões de saúde, e teriam por base negociações consistentes e apropriadas pelos atores locais.

Observa-se, entretanto, que, em grande parte dos territórios, o processo vem se dando de forma pouco democrática, envolvendo pactuações que nem sempre se mostrarão viáveis no momento de sua concretização. Gestores de pequenos municípios encontram dificuldades em defender seus interesses; profissionais da assistência direta e representantes da comunidade são chamados – quando o são – de forma pontual às discussões, dificultando uma contribuição efetiva. Não se trata apenas da vontade dos envolvidos. Processos complexos, limites de prazo, disputas políticas entram em jogo, e decisões, com frequência, são tomadas pelos mais influentes, política, técnica, historicamente.²⁰

As práticas indutoras de determinadas políticas aplicadas atualmente pelo Ministério da Saúde vêm dificultar ainda mais a autonomia dos gestores municipais e o estabelecimento de uma distribuição mais equitativa de poder entre atores de diferentes níveis.²¹

Neste quadro, a avaliação participativa e local dos serviços e sistemas coloca-se como uma oportunidade de leitura e reflexão quanto ao real poder desses atores para uma nova configuração da oferta de serviços, que envolva a construção consistente de uma governança regional.

Uma segunda razão, ainda relacionada ao contexto - não apenas nacional²² - é a observação de que as avaliações em Saúde Pública estão ainda muito identificadas à uma noção restrita de *accountability* – aqui traduzida como o processo de “responsabilização” dos atores pela política ou programa avaliado –

baseada em métodos exclusivamente “científicos”, operados a partir de um paradigma positivista. Busca-se invariavelmente relações de causalidade entre fatores estudados, almejando chegar a conclusões passíveis de aplicação em diferentes contextos. Julga-se a qualidade da avaliação de forma condicionada ao “rigor científico” empregado, tomando-a como um instrumento neutro, que alimenta com informações imparciais e “baseadas em evidências” quem toma a decisão. Essa visão não é compatível com o modelo de avaliação aqui utilizado, que busca reflexões particulares e contextualizadas para o ganho em qualidade do processo avaliado, julgando que a avaliação não será nunca imparcial e objetiva. A qualidade do processo e achados estará associada à explicitação do caminho utilizado para sua construção e à clareza quanto aos recortes demarcados.¹⁶

Da mesma forma, observa-se uma oposição entre uma visão que realça como “imagem-objetivo” de qualidade em serviços de saúde a instauração de um *livre mercado*, em que consumidores, individualmente, possuem acesso e liberdade de escolha entre os vários produtos disponíveis; e a compreensão de que a melhoria da atenção em saúde se dá a partir do envolvimento ativo do cidadão no processo de produção da saúde.²³ Nesse sentido, um terceiro argumento, que justifica a escolha da metodologia participativa neste trabalho, é a ênfase que se deseja colocar na avaliação como uma oportunidade de construção e apropriação de um conhecimento que tenha significado para os participantes,²⁴ e que contribua para a influência destes atores no curso de programas ou serviços avaliados.²⁵

Objetiva-se no presente artigo analisar criticamente o critério “participação” em uma experiência concreta de avaliação participativa no serviço público de Saúde brasileiro, evidenciando aspectos que reforçaram ou limitaram essa opção metodológica.

METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido com base em oficinas realizadas com secretários e assessores municipais representantes de uma das Comissões Intergestores da Região de Saúde escolhida (CIR). Tinham como tarefa o desenvolvimento da avaliação de um aspecto específico da linha de cuidados em seu território. Para o processo foi utilizada uma metodologia participativa, aqui definida pela promoção de uma relação de parceria entre participantes e pesquisadores com vistas à construção de um conhecimento avaliativo²⁶.

A coleta de dados primários para a meta-avaliação se deu nas oficinas, com a gravação do áudio das interações ocorridas entre os participantes; e em entrevistas semiestruturadas realizadas por um profissional externo ao processo após a finalização das atividades. Esta segunda abordagem teve a intenção de promover, na medida do possível, um livre posicionamento dos entrevistados acerca do processo desenvolvido.

Detalhamento da metodologia utilizada no processo de avaliação primária

Para a avaliação realizada pelos secretários/assessores utilizou-se uma metodologia mista, buscando, com as abordagens quanti e qualitativa, atender às necessidades de informação dos participantes.

A coleta de dados para a abordagem quantitativa se deu a partir dos sistemas de informação do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) e da Central de Regulação de Oferta de Serviços da Saúde (CROSS); e sua análise se deu nas oficinas.

A abordagem qualitativa foi realizada por meio de grupos focais e entrevistas semiestruturadas com usuários, e por entrevista com a diretora do Ambulatório

Médico de Especialidades (AME). Tomou-se como critério de inclusão para os usuários a espera de vaga para colecistectomia/ ou sua realização até dois anos antes, em serviços públicos. No município polo foram convidados tanto usuários que haviam iniciado o atendimento pelas Unidades de Saúde da Família como pelas Unidades Tradicionais; nos demais municípios, convidou-se a totalidade dos usuários na condição especificada.

Os dados qualitativos recolhidos foram organizados pelos facilitadores segundo as informações que revelavam acerca da trajetória dos usuários na busca pelo atendimento necessitado, e analisados a partir de uma metodologia hermenêutico-dialética pelo conjunto de participantes das oficinas. Ao final do processo, foram realizadas uma reunião na Câmara Técnica da CIR e na própria CIR para devolutiva acerca dos achados avaliativos.

Todos os participantes concordaram em tomar parte no estudo e assinaram os termos de consentimento livre e esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP, parecer 1.006.380.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme antecipado na introdução, os resultados serão aqui apresentados segundo as dimensões propostas por Cousins e Whitmore¹⁷, e reorganizadas por Daigneault e Jacob¹⁸, para a análise do aspecto “participação” em avaliações, visando qualificá-las na iniciativa desenvolvida.

Adicionalmente, serão resgatadas no material empírico decisões e recortes de discussões que sinalizam aspectos considerados importantes para caracterizar um processo participativo.

Direção do processo avaliativo

Esta primeira dimensão refere-se basicamente à análise de quais grupos ou indivíduos detêm o controle sobre as decisões técnicas relativas à avaliação. Em um dos extremos, o controle estaria totalmente a cargo de avaliadores externos; em outro, da totalidade dos participantes. Entre os dois polos, as diversas configurações intermediárias.

O objetivo desta pesquisa foi a meta-avaliação de um processo participativo, no qual a demanda dos atores fosse o norte a ser seguido. A proposta foi apresentada em uma das CIR da Região de Saúde escolhida, após consulta prévia a lideranças da localidade. Seguiram-se um encontro da Câmara Técnica (CT) para detalhamento do projeto, e o retorno à CIR para escolha do grupo participante.

A discussão na CT teve como base uma listagem, encaminhada pela totalidade dos integrantes da CIR, de “incômodos” por eles vivenciados no desempenho de suas funções, especialmente em momentos de tomada de decisão.

Buscava-se tanto uma oportunidade de inclusão dos secretários/assessores que num segundo momento não participariam diretamente do processo de avaliação – já que apenas alguns fariam essa escolha – como de uma colocação mais pessoal dos envolvidos, iniciando o trabalho pelos aspectos que desejariam ver mudados. Para maior clareza dos objetivos do projeto, os participantes trabalharam na definição do escopo do processo avaliativo e em sua possibilidade de inserção nele. Demandas/ interesses relativos a possíveis aspectos a serem avaliados foram discutidos, acompanhados da reflexão quanto ao raio de governabilidade dos atores para possíveis mudanças. *“O indivíduo é compartilhado por diferentes serviços, diferentes procedimentos e diferentes gestores que estão em diferentes*

entes autônomos...” (secretário municipal 5), “Pior, um gestor como nós, que nem sabe onde ele está ... a gente não sabe se ele está parado aqui, se ele está parado lá no AME... O usuário, além de estar na mão de dois gestores, um não sabe o que o outro está fazendo.... Nem ele, nem a gente sabe onde ele está na lista de espera, qual é a previsão de atendimento...” (secretário municipal 1), “Aí a gente cai naquela informação que a gente precisa ter, e não tem acesso, e que precisa dar um jeito de se apropriar dela...” (secretário municipal 3).

Uma providência, sugerida pelo grupo, e que foi tomada antes do retorno à CIR (após a discussão na CT), foi a de adequar o conteúdo da proposta apresentada pelos pesquisadores à audiência que se dirigia. *“...precisa dizer qual é a tarefa, quantas vezes vão ter que vir, qual é o assunto, o que vão precisar trazer.... Já estou vendo a gente chegar na reunião da CIR com a proposta e ninguém querer participar.... Importante dizer já o que tem que fazer...”* (assessor técnico 1).

Julgava-se essencial transmitir aos gestores uma noção mais clara do que seria discutido nas oficinas, bem como das tarefas e do tempo que lhes seriam exigidos caso concordassem em participar, visando facilitar sua decisão pela adesão ou não ao projeto.

Reforçando essa orientação, constatou-se, no retorno à CIR, que os gestores não participantes da CT não conseguiam recuperar o conteúdo da proposta apresentada no mês anterior pelos pesquisadores.

Outra decisão tomada foi de que um dos membros da CT se responsabilizasse por iniciar a reapresentação da proposta no formato discutido. *“O que que eu gostaria, como gestora, de iniciar e de contribuir, é que o objetivo desse momento de estudo, que para a universidade vai ser um estudo, avaliação, para nós vai ser um momento da gente construir uma ferramenta em que nós possamos avaliar os nossos dados. No nosso grupo de trabalho, há anos a gente vem tentando fazer*

essa ferramenta de avaliar alguma coisa. Por que? A gente fala: falta isso, tá sobrando isso, mas a gente não tem isso fundamentado. E no grupo de trabalho, a gente muitas vezes pedia dados para os prestadores, pedia a demanda dos municípios, e até esses dados chegarem, surgia outra demanda, aquela ficava pra trás... Então, nesse momento, eu acredito que vai ser um formato em que nós possamos aprender a avaliar as nossas necessidades. ” (secretário municipal 1 em discussão na CIR).

Representantes de 8⁵ dos 18 municípios dispuseram-se a participar diretamente do processo. Com este grupo, foram realizadas sete oficinas, distribuídas ao longo de dez meses de trabalho, nas quais se constituiu o processo avaliativo, foco da meta-avaliação.

Observa-se que a ordem de etapas costumeiramente seguida para o desenvolvimento de uma avaliação não foi adotada neste processo, embora se julgue que, ao final, todas tenham sido cumpridas. Em uma primeira reunião do grupo, por exemplo, analisou-se dados quantitativos municipais, solicitados aos gestores ainda na CIR, retomou-se a discussão sobre foco e perguntas avaliativas iniciada na CT, e discutiu-se a inserção de usuários no processo.

“Navegar” pelos interesses diversos, buscando promover envolvimento e ao mesmo tempo a qualidade da avaliação, foi um desafio contínuo, que se constituiu no cerne de uma abordagem participativa. Pelo contrário, ater-se a um modelo

⁵ Sete municípios participaram efetivamente da pesquisa: o município polo da região, considerado de “grande porte” (de 100.001 até 900.000 hab), um município de “médio porte” (de 50.001 a 100.000 hab), dois municípios de “pequeno porte 2” (de 20.001 até 50.000 habitantes) e três municípios de “pequeno porte 1” (até 20.000 hab), segundo classificação disponibilizada pelo IBGE/2010. Um dos gestores que havia se disposto a participar foi exonerado pouco antes do início do processo.

linear de organização de passos em uma avaliação, pode significar partir de perguntas e/ou objetivos de pesquisa previamente formulados, e distanciar-se da demanda do grupo ²⁷.

Mantendo essa dinâmica de organização do processo, todas as decisões técnicas e operacionais foram tomadas em conjunto pelos facilitadores e membros do grupo de gestão. Houve uma especial atenção para que a expertise na área de avaliação dos facilitadores estivesse todo o tempo à disposição dos gestores em sua busca por dados e reflexões, e que viesse ao encontro de seus interesses e questionamentos, sem, de nenhuma forma, se antecipar a eles.

Diversidade dos participantes

A análise quanto à *diversidade dos participantes* deve considerar a variação entre a participação apenas dos “usuários primários” – principalmente financiadores e gestores do processo avaliado, aqueles que, via de regra, “encomendam” a avaliação – até a inclusão de todas as audiências legítimas.

A avaliação em foco foi desenvolvida por secretários e assessores técnicos, representantes dos municípios. Um dos fatores que levou o processo à manutenção de um grupo homogêneo de interessados foi seu direcionamento inicial a uma demanda destes atores, que fez com que a avaliação se voltasse a uma questão de cunho prioritariamente gerencial.

O tema por eles escolhido – *fluxo de cirurgias eletivas (colecistectomia)* – terminou por mostrar-se fechado a reflexões/soluções que somente poderiam ser buscadas pela gestão. Em determinado momento do estudo, ficou claro que o fluxo da atenção ao problema de “cálculo biliar”, nos diversos serviços, tinha como principal ponto de estrangulamento a capacidade de realização da referida cirurgia dos

hospitais de referência – municipais e estaduais –, questão cujo encaminhamento foi entendido como a negociação entre os níveis de gestão.

O respeito às escolhas do processo participativo (escopo, tema) limitou, por um lado, a diversidade de participantes na avaliação. Por outro, favoreceu o envolvimento dos gestores *“... a gente conseguiu colher informações do prestador, conseguimos ver as nossas realidades, no processo, eu mesma fui na minha Santa Casa, conversei, porque que a gente alimentou mais com este código... a gente nunca tinha sentado e pego o quadro pra ver a meta que cada um estava atingindo e ali foi possível... o nosso prestador nos forneceu listagens de pacientes, quantos estavam esperando a cirurgia... nós nunca tínhamos tido acesso àquela informação, inclusive eu quando peguei a minha lista na mão compartilhei com a minha menina lá do agendamento, ela foi ligando, tinha muito paciente que já tinha realizado cirurgia...”* (secretário municipal 1)

A decisão por trabalhar com apenas um dos grupos de interessados na avaliação provocou diversas reflexões entre os envolvidos. Dentre elas, a possibilidade de estar se concretizando a “tendência ao gerencialismo”, conforme descrita por Guba e Lincoln¹⁶. Tais autores destacam que pode ser mais “confortável” para os responsáveis pela avaliação a adoção de métodos normativos e a preferência pela inclusão de interessados com maior poder de decisão, geralmente financiadores ou gerentes.

Na discussão sobre a experiência em foco, ponderou-se que, embora gestores, estes atores municipais situavam-se historicamente em um lugar de menor proatividade/representação na CIR que seu parceiro estadual, e que seu fortalecimento enquanto grupo, homogêneo, facilitaria a compreensão do lugar ocupado na dinâmica entre os níveis de gestão – principal objetivo da escolha do tema da avaliação.

Além disso, os participantes não representaram um grupo externo ao objeto avaliado, por exemplo, um grupo de gestão que avaliasse apenas ações desenvolvidas na atenção direta. O desempenho das secretarias sob sua responsabilidade, enquanto organizadoras da atenção nos municípios, foi bastante discutido no processo. *“Então ela (usuária) simplesmente não passou por gastro nem cirurgia geral na nossa rede municipal, simplesmente foi para o AME. Aí eu consegui entrar no sistema do AME e tirar a vida dela lá dentro.... Na minha rede ela não fez nada relacionado à colecistectomia. Não entendi porque ficou só no AME...”* (assessor técnico 1)

Na medida em que se manteve a decisão por incluir a perspectiva do usuário na avaliação, mesmo trazendo esse ator como um informante especificamente no momento da coleta de dados, constatou-se também uma dificuldade operacional. Relatos pelos serviços de problemas para a localização e contato com atores que respeitassem o critério de inclusão nos grupos focais foram frequentes. *“Eu vou até falar um problema que a gente tem no meu município: muitos mudam, vão pra outros municípios, seis meses voltam, é tudo muito próximo, então eles ficam flutuando, igual cigano, então é complicado a gente montar qualquer coisa neste sentido, porque não encontra mesmo...”* (assessor técnico 3). Houve também referências à falta de colaboração de outras instâncias da secretaria que não encaminharam a demanda de montagem dos grupos às unidades de saúde. *“Não sei como que eu vou montar esse grupo (focal de usuários), porque acho que vai ser eu e Deus, porque se eu pedir para outras coordenadorias ou para o pessoal de PSF, vou chegar na coordenadoria de enfermagem, na coordenadoria de central de regulação <<eu já tenho muito serviço, não vem com bucha...>>... O PSF é coordenado pelo profissional do PSF, e esse cara atua como se fosse uma diretoria paralela, ele não quer saber do secretário de saúde. Ele é irmão do vice-prefeito*

e....” (assessor técnico 1)

Apesar disso, a insistência dos participantes por ouvir os usuários fez com que fossem organizados grupos focais e entrevistas com 29 pessoas, em cinco dos municípios participantes.

Nota-se que, embora os usuários tenham participado como informantes, é possível afirmar que houve um princípio de questionamento de sua parte com referência à forma como os serviços de saúde estão organizados. *“Por que essa demora, a gente pergunta? Eu fui fazer a cirurgia das verrugas foi rapidinho... a musculatura da minha pálpebra rompeu, das duas vistas, daqui a um mês já vai marcar a cirurgia.... Por que que tem coisas que é tão rápido, e outras, que a gente corre risco de vida, são tão demoradas? Ficam pessoas na fila que estão correndo risco de vida. (Você já fez essa pergunta para alguém?) Não, eu não fiz, apareceu aqui, agora. Uma cirurgia que o médico sabe que a pessoa corre risco de vida, tem que demorar tanto pra ser chamado?”* (usuário)

Além disso, pode-se dizer que o ponto de vista destes atores foi incluído no estudo através das informações fornecidas. Como exemplo, a urgência da diminuição do tempo de espera entre a queixa inicial deste sintoma e a cirurgia, dada a vivência física e emocional dolorosa por eles experimentada, além do risco significativo de agravamento do quadro, foi bastante reforçada durante toda a discussão entre gestores.

A limitação do tema da avaliação a uma questão de cunho gerencial – os usuários confirmavam que sua necessidade era da cirurgia específica, a ser realizada o quanto antes, não relatando problemas para acesso a outros níveis do sistema (consulta na Atenção Básica, consulta na especialidade) – direcionou a equipe a uma única escuta desse público. Como era de se esperar, nos grupos, os participantes tenderam a se fixar em problemáticas individuais e mostraram,

mesmo quando estimulados, dificuldades em vislumbrar questões que poderiam ser comuns aos colegas. Fosse a temática da avaliação uma questão aberta à construção de diferentes encaminhamentos, teria sido necessário todo um investimento em um enquadre e processo de grupalização, para que estes atores pudessem se dispor a participar nas diversas etapas de uma avaliação do serviço. Este investimento de tempo e recursos deve ser previsto em processos desse tipo. Cabe apenas acrescentar que a atitude destacada dos usuários – pensar na própria saúde sem ampliar questões para sua comunidade – pode ter sido acentuada pelo foco em um problema agudo de saúde. Uma problemática crônica exige a presença sistemática na unidade de tratamento, o que aumenta a chance de maior vinculação e apropriação do serviço.

Vive-se uma cultura na qual os usuários são continuamente apartados do processo de decisão, embora a inclusão de sua perspectiva fosse essencial para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde. Não se identifica na organização dos serviços de qualquer nível de complexidade da região estudada, iniciativas para trazê-lo como parte das negociações.

Sugeriu-se, nas oficinas, que membros do Conselho Gestor das unidades fossem também convidados para os grupos focais de usuários, visando ampliar sua compreensão da problemática em questão, e abrir a possibilidade de inserção na avaliação enquanto outro grupo de interessados.

Alguns gestores se posicionaram contrariamente a essa possibilidade, afirmando que os Conselhos formados em seus municípios tinham um forte viés político partidário, e não agregariam valor ao processo em andamento. *“Eu não tenho uma associação de bairro no município, fiz o levantamento este ano. É o que dificulta, porque se tivesse seria um canal aberto imenso... (secretário municipal 3), “ ..., mas o duro é que eu tenho lá em todos, mas não serve para nada. Associação de*

bairro lá é muito politizada, não dá para contar. Conselho gestor eu também não tenho, mas é que município pequeno geralmente é mais difícil montar conselho gestor...” (secretário municipal 1)

A participação dos conselhos vinha para eles associada aos ataques de grupos organizados, da mídia, e a exigências da própria comunidade, para os quais se veem frequentemente pouco respaldados e com escassos recursos de resposta.

Outros, tinham uma experiência mais amena e se dispuseram a fazer o convite *“Os conselhos são heterogêneos, tem aqueles com maior clareza dentro das unidades e tem aqueles que não... tem que ser um que tenha uma visão ampliada... Acho que pode ser bacana. Eles representam teoricamente a comunidade... tem alguns que estão lá para tentar benefício próprio”* (assessor técnico 2).

Dessa forma, em três dos grupos formados houve a participação de conselheiros. Previamente informados de que a atividade buscava compreender melhor os percursos do tratamento em foco na região, dois deles se posicionaram como ouvintes e um terceiro trouxe como contribuição uma experiência pessoal sobre o problema de saúde abordado. Não foi percebida uma escuta ou intervenção que denunciasse seu papel.

Trabalhadores da Atenção Básica, contatados direta ou indiretamente pelos gestores, colaboraram para a identificação e localização dos usuários, responsabilizando-se pela formação dos grupos focais e entrevistas. Novamente, a ênfase na necessidade de realização das cirurgias no menor tempo possível dominou os diálogos informais estabelecidos entre eles e a equipe de pesquisa, e não foi identificado um engate possível, naquele momento, para o convite à sua integração no processo avaliativo.

Em avaliações participativas é essencial essa reflexão sobre quais interessados participam dos processos e em que medida se dá essa participação, conforme será

discutido no item que se segue. Do fornecimento de informações, participação na análise de dados coletados, até a elaboração de recomendações e tomada de decisão, diversas possibilidades se apresentam, e são ou não validadas apenas no processo. ²⁸

A comparação entre a realidade de uma iniciativa e “modelos ideais” de participação, via de regra, não contribui para seu desenvolvimento. É o olhar voltado à compreensão do contexto em que ela se desenvolve que identifica alternativas reais de participação.

Extensão do envolvimento

Esta dimensão diz respeito ao número de etapas da avaliação no qual existe a participação de interessados (não avaliadores).

No caso em estudo, a seleção dos dados primários e secundários a serem coletados baseou-se estritamente no interesse dos participantes das oficinas, e no julgamento conjunto sobre quais dados agregariam valor à compreensão do foco do trabalho. *“Acessar usuários de municípios que tenham o serviço municipal, mas aguardam o AME porque fizeram a opção por laparoscopia (que só é oferecida no Hospital Estadual, diferentemente da “cirurgia aberta”). Importância disso: noção de risco, informação que eles têm sobre laparoscopia...”* (secretário municipal 3)

A exploração dos sistemas de informação/ regulação (DATASUS, CROSS, sistemas de regulação municipais e da organização social gerente dos recursos estaduais) contou com a participação de todos os envolvidos. Acessos foram feitos individual e coletivamente com o apoio presencial de um consultor nas oficinas. *“Para fazer esse raciocínio tinha que somar a urgência que você faz no município, a urgência que o Estadual faz, a urgência de todo mundo faz... Se a oferta do eletivo fosse maior, a urgência seria menor...”* (secretário municipal 1)

Na abordagem qualitativa, usuários e a diretora do AME foram ouvidos em grupos focais e entrevistas individuais organizados e agendados pelas equipes municipais, e realizados por um dos facilitadores no intuito de viabilizá-las em tempo oportuno. A escuta dos entrevistados foi a única etapa em que não houve a participação dos secretários/assessores.

O material empírico coletado junto aos usuários foi organizado pelos pesquisadores em recortes por temas relativos à atenção recebida nos diversos níveis de atendimento. O processo de análise e reflexão sobre tais informações ocorreu na oficina imediatamente posterior à coleta, com vistas ao planejamento do passo seguinte. *“Das falas (grupos focais), eu acho assim que... você vê que elas falam que a atenção primaria não é tanto o problema...”* (assessor técnico 2)

Quando surgiram dúvidas ou a necessidade de aprofundamento de conteúdo nas discussões com o grupo, foi possível o retorno às transcrições de áudio na íntegra. Como característico da utilização de um método hermenêutico dialético, sobre todo o material coletado (oficinas e entrevistas) diversas construções interpretativas seriam possíveis. Transmitindo ao grupo a clareza de que não se buscava *uma* determinada construção, uma *verdade conclusiva*, foi possível a emergência de pontos de vista diversos, tanto por parte dos participantes como dos entrevistados.

“Você não tem solução de planejamento de saúde se você não debate isso com a população... falta a gente fazer negociação com quem utiliza o sistema de saúde”.

(secretário municipal 5) *“Será que os municípios que estão resolvendo mais seus problemas, fazendo a cirurgia na sua rede (municipal), têm maior eficácia?”*
(assessor técnico 1)

Houve discussões/ devolutivas do processo realizado ao grupo da CIR, com a participação de pesquisadores e secretários/assessores que haviam integrado as oficinas, e ao Grupo de Trabalho composto pelos membros da Câmara Técnica da

CIR, representantes dos equipamentos estaduais do território e da Organização Social que os gerencia, e prestadores privados. Considera-se, entretanto, que a principal diferença entre a construção de dados apropriada pelos participantes e uma abordagem mais “asséptica”, na qual se mantenha uma distância controlada na coleta e análise dos dados, é a possibilidade de que eles se utilizem do processo e achados avaliativos nos diversos fóruns de discussão e gestão, quando julgarem possível e necessário.

CONCLUSÕES

A análise das dimensões de participação deixa clara a presença e importante atuação de interessados “não especialistas em avaliação” no planejamento e desenvolvimento da avaliação em foco, caracterizada, entretanto, como restrita no tocante à diversidade de atores envolvidos.

Observa-se que esforços foram feitos no sentido de acompanhar o movimento do grupo inicialmente formado a partir da CIR, e não em moldar o processo em acordo ao desenho previamente elaborado. Dessa forma manteve-se coerência em relação à escolha anunciada por uma metodologia construtivista.

Ouvir primeiramente determinado grupo de interessados, trabalhando no sentido de fortalecer sua identidade, trouxe vantagens enquanto envolvimento dos atores e sustentação do projeto, mas limitou a inserção de perspectivas de atores que ocupam diferentes posições no contexto do sistema de saúde.

A complexidade de uma abordagem participativa reside em boa medida em sua abertura para contemplar interesses divergentes, não facilmente contornáveis em um processo de duração limitada. Decisões tomadas a partir da leitura da interface neste tipo de processo acarretam limites e alcances, associados a variáveis de

contexto e interesses legítimos dos participantes, que têm que ser acolhidos, problematizados, e não apenas responsabilizados.

Ressalta-se a importância da flexibilidade e da reflexão crítica por parte dos responsáveis por processos avaliativos, voltadas a aproveitar oportunidades reais de participação - mesmo que pequenas, controladas – que, em determinados contextos/ estruturas, não deve ser menosprezada.

Pode-se considerar este um processo inicial, que aponta para a possibilidade de construção de iniciativas participativas de avaliação local e para seus pontos de restrição na área da Saúde Pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Figueiró AC, Hartz ZMDA, Thuler LCS, Dias ALF. Meta-evaluation of baseline studies of the Brazilian Family Health Strategy Expansion Project: a participatory and formative approach. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(12): 2270-2278.
2. Nickel DA, Natal S, Hartz ZMA, Calvo MCM. O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde: um estudo de caso no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(12): 2619-2630.
3. Furtado JP, Laperrière H. Parâmetros e paradigmas em meta-avaliação: uma revisão exploratória e reflexiva. *Ciênc Saúde Coletiva* 2012; 17(3): 695-705. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a16.pdf> (acessado em 13/nov/2015)
4. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc Saude Coletiva*. 2006; 11 (3): 705-711. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300017> (acessado em 13/nov/2015)
5. Yarbrough DB, Shulha LM, Hopson RK, Caruthers FA. The program evaluation standards: A guide for evaluators and evaluation users. 3rd Ed. California: Sage Publications; 2011.
6. United Kingdom Evaluation Society. Guidelines for Good Practice in Evaluation. London: UKES; 2013. [http://www.evaluation.org.uk/assets/UKES Guidelines for Good Practice January 2013.pdf](http://www.evaluation.org.uk/assets/UKES_Guidelines_for_Good_Practice_January_2013.pdf) (acessado em 13/nov/2015)
7. Anderson SB, Braskamp LA, Cohen WM, Evans JW, Gilmore A, Marvin KE, et al. Evaluation Research Society standards for program evaluation. *New Directions for Program Evaluation*. 1982; 15: 7–19.

8. Scriven M. An Introduction to Meta-Evaluation. Educational Product Report. 1969; 2: 36-38.
9. Stufflebeam, DL. The metaevaluation imperative. *American journal of evaluation*. 2001; 22(2): 183-209.
10. Cabra-Torres F. El diálogo como fundamento de comunicación ética en la evaluación. *Educación y Educadores* 2010; 13(2): 239–52. <http://www.scielo.org.co/pdf/eded/v13n2/v13n2a05.pdf> (acessado em 13/nov/2015)
11. Furtado JP, Laperrière H, Silva R R. Participação e interdisciplinaridade: uma abordagem inovadora de meta-avaliação. *Revista do Centro Brasileiro de estudos*. 2014; 38(102): 468-481.
12. Nickel DA, Calvo MCM, Natal S, Freitas SF, Hartz ZMDA. Desenvolvimento da capacidade avaliativa na gestão da atenção básica: um estudo de caso exemplar em Santa Catarina, Brasil, de 2008 a 2011. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30: 839-50.
13. Campos RO, Gama CA, Ferrer AL, dos Santos DV, Stefanello S, Trapé T L, Porto K. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. *Ciênc. Saúde Colet*. 2011; 16 (12) 4643-52.
14. Becker D, Edmundo K, Nunes NR, Bonatt D, Souza RD. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2004; 9(3): 655-667.
15. Cornwall A. Unpacking ‘participation’: Models, meanings and practices. *Community Development Journal*. 2008; 43(3): 269–283.
16. Guba EG, Lincoln YS. Avaliação de quarta geração. Campinas: Editora da Unicamp, 2011.

17. Cousins JB, Whitmore E, Shulha L. Arguments for a common set of principles for collaborative inquiry in evaluation. *American Journal of Evaluation*. 2013; 34(1): 7-22.
18. Daigneault PM, Jacob S. Toward accurate measurement of participation: Rethinking the conceptualization and operationalization of participatory evaluation. *American Journal of Evaluation*. 2009; 30: 330–348.
19. Mendes Á, Louvison MC, Ianni AM, Leite MG, Feuerwerker LC, Tanaka OY, ... e Almeida CA. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São Paulo: subsídios para a análise. *Saúde e Sociedade*. 2015; 24(2): 423-437.
20. Santos AM, Giovanella L. Regional governance: strategies and disputes in health region management. *Rev Saude Publica*. 2014; 48 (4): 622-631. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005045>
21. Arretche, M. (2003). Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Cien Saude Colet*, 8(2), 331-345.
22. Chouinard JA. The case for participatory evaluation in an era of accountability. *American Journal of Evaluation*. 2013; 34(2): 237-253.
23. Serapioni M, Romaní O. Potencialidades e desafios da participação em instâncias colegiadas dos sistemas de saúde: os casos de Itália, Inglaterra e Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22(11): 2411-2421.
24. Silva RR, Brandão DB. Nas rodas da avaliação participativa. In Campos OR, Furtado JP. *Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde*. Campinas: UNICAMP, 159-84; 2011.

25. Weaver L, Cousins JB. Unpacking the participatory process. *Journal of Multidisciplinary evaluation*. 2007; 1(1): 19-40.
26. Chouinard JA, Cousins JB. (2014). The journey from rhetoric to reality: Participatory evaluation in a development context. *Educational Assessment, Evaluation and Accountability*, 27(1), 5-39.
27. Bosi MLM, Mercado FJ. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. In *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. São Paulo: Vozes; 2010
28. Jackson C. Sustainable development at the sharp end. *Development in Practice*. 1997; 7(3): 237-247.

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma primeira aproximação à meta-avaliação pode levar à visão de um processo normativo, pautado exclusivamente pelos padrões norte-americanos – principalmente do JCSEE – amplamente divulgados. Uma abordagem mais crítica, entretanto, mostrará que, tal qual a avaliação, este é um processo reflexivo a ser construído pelos atores que dele se encarregam, com uma singularidade marcada pelas escolhas metodológicas realizadas.

Seu objetivo, a análise da qualidade de avaliações, será alcançado com base em pressupostos que necessariamente deverão ser explicitados, para maior transparência e aproveitamento do processo.

O presente trabalho teve como um de seus focos a construção de um instrumental para meta-avaliar um processo avaliativo desenvolvido em base local e participativa, na área da Saúde. Um instrumental, dentre vários possíveis.

No percurso trilhado, houve uma busca por deixar clara a visão da avaliação como uma oportunidade de aprendizagem e de identificação de novas possibilidades de negociação de poder, necessária ao contexto atual da Saúde no Brasil. Optou-se por basear a avaliação da qualidade desse processo em dois dos atributos considerados essenciais em sua configuração - utilidade e participação - e buscar referenciais de análise do material empírico sensíveis à sua complexidade.

A Avaliação com foco na Utilidade de Patton e a *Teoria Integrada da influência* de Kirkhart nos pareceram opções potentes para identificar e analisar as possibilidades de utilização/influência do processo nos participantes e em seu entorno.

As dimensões para análise da participação de Cousins e Whitmore e Jacob e Daigneault – controle do processo, em quais etapas se dá a participação, e a

diversidade de atores envolvidos – permitiram refletir sobre alcances e limites da estrutura da avaliação realizada com relação a este quesito.

As escolhas feitas não têm nenhuma pretensão de esgotar possibilidades. Buscam apenas trazer coerência e clareza à construção de um raciocínio, de forma a possibilitar discussões, contribuições e discordâncias.

Acredita-se que a busca por critérios adequados à singularidade das avaliações realizadas e a explicitação de razões para as escolhas cumpridas ampliem a característica reflexiva da meta-avaliação e distanciem-na de processos exclusivamente normativos.

Conclui-se pela viabilidade, com vantagens, da realização de processos participativos locais com gestores na Saúde Pública, destacando a possibilidade de ganhos em formação e o enriquecimento dos processos de negociação em nível do território, de forma coerente à política de construção das regiões de saúde no SUS.

VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arruda, BKG. Prefácio. In Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG (Orgs). Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: Editora MedBook, 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Nota Técnica: Considerações sobre a instituição de um processo de monitoramento e avaliação do SUS. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2004
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. Comitê Nacional de Avaliação de desempenho do Sistema de Saúde. Política Nacional de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2009.
- Carvalho ALB, Souza MF, Shimizu HE, Senra IMVB, Oliveira KC. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciênc Saúde Coletiva*, 17(4):901-911, 2012.
- Chouinard JA, Cousins JB. The journey from rhetoric to reality: Participatory evaluation in a development context. *Educational Assessment, Evaluation and Accountability*. 2014; 27(1): 5-39.
- Cousins JB, Whitmore E. Framing participatory evaluation. *New Directions in Evaluation*. 1998; 80: 3– 23. DOI 10.1002/ev.1114
- Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Disponível em <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1028206/decreto-7508-11> (acesso em 05 fev 2013)
- Decreto nº 7.530 de 21 de julho de 2011, Cap 3, Seção 1, artigo 10. Disponível em <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/1029632/decreto-7530-11> (acesso em 05 fev 2013)
- Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):553-563.
- Felisberto E, Freese E, Bezerra LCA, de Almeida Alves CK, Samico I. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26 (6), 1079-1095.
Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csp/v26n6/03.pdf>
- Figueiredo AMA, Tanaka OY. A avaliação no SUS como estratégia na reordenação da saúde. *Cad Fundap* 1996; 19:98-105.

- Figueiró AC, Felisberto E, Dubeax LS, Samico I. Avaliando as avaliações: Meta-avaliação, uma introdução ao tema. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: Editora Medbook; 2010.
- Furtado JP, Laperrière H. Parâmetros e paradigmas em meta-avaliação: uma revisão exploratória e reflexiva. Ciênc Saúde Coletiva 2012; 17(3): 695-705. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a16.pdf> (acessado em 13/nov/2015)
- Guba EG, Lincoln YS. Fourth generation evaluation. Newbury: Sage Publications, 1989.
- Hartz ZMA, Contandriopoulos A. Do quê ao pra quê da meta-avaliação em saúde. In Meta-avaliação da Atenção Básica à Saúde. Hartz ZMA, Felisberto E, Silva LMV. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz; 2008.
- Hartz ZMA, Felisberto E, Vieira-da-Silva L. Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.
- Kirkhart KE. Reconceptualizing Evaluation Use: An Integrated Theory of Influence. New Dir Eval. 2000; 88: 5-23.
- Ministério da Saúde. Manual de Operacionalização do Programa de Expansão e Consolidação de Saúde da Família Fase 2 Brasília, DF; 2010. Disponível em: www.saude.gov.br/caadab (acesso em 13 out 2011)
- Reis AT, Oliveira PTR, Sellera PE. Sistema de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.6, n.2, Sup.Ago., 2012
- Scriven M. An Introduction to Meta-Evaluation. Educational Product Report. 1969; 2: 36-38.
- Stufflebeam, DL. Meta-Evaluation. 1974. Disponível em <http://www.globalhivmeinfo.org/CapacityBuilding/Occasional%20Papers/03%20Meta-Evaluation.pdf> (Acesso em 12 out 2011)
- Stufflebeam, DL. The metaevaluation imperative. AJE 2001; 2(2):183-209.
- Yarbrough, DB et al. The Program Evaluation Standards - A Guide for Evaluators and Evaluation Users. Iowa: SAGE Publications, Inc. 2011.
- Weiss, CH. (1988). Evaluation for decisions: Is anybody there? Does anybody care? Evaluation practice. 1988; 9(1): 5-19.
- Worthen BR, Fitzpatrick JL, Sanders JR. Avaliação de Programas: Concepções e Práticas. São Paulo: EDUSP; 2004.

ANEXO A – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Usuário e Gestores/gerentes)

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Senhor(a)

Nós, Oswaldo Y. Tanaka e Cristiane A. Locatelli de Almeida, responsáveis pela pesquisa “A meta-avaliação como instrumento para a qualificação da avaliação de políticas públicas de saúde”, estamos fazendo um convite a você para participar como voluntário desta pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP.

O objetivo deste projeto é pesquisar a meta-avaliação como uma ferramenta válida para aprimorar a avaliação de políticas públicas de saúde. Para isso a proposta é a de descrever e analisar, com profundidade e riqueza de detalhes, uma avaliação em saúde que está sendo realizada na Região de Saúde de Bauru, por gestores e gerentes dos municípios desta região em conjunto com a equipe de pesquisa, e da qual você está sendo convidado a participar.

Identificamos V. Sa. como um ator social importante neste processo e suas informações são de grande relevância para este estudo. Para tanto, solicitamos a sua colaboração participando de uma entrevista ou de um grupo focal, que serão gravados, e abordarão aspectos relativos à avaliação de programas de saúde. Este estudo possui risco mínimo decorrente à exposição de seus conhecimentos, ideias e formas de trabalho. Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer momento e sobre qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. As informações fornecidas serão utilizadas exclusivamente para esta pesquisa e os resultados serão oportunamente divulgados em instâncias do SUS, congressos e espaços acadêmico-científico, sempre preservando o anonimato, ou seja, você não será identificado (a) em nenhum tipo de publicação/divulgação que possa resultar deste estudo.

Uma via deste documento será arquivada no Curso de Pós-Graduação em

Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e outra será entregue a você. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Para dúvidas quanto ao estudo entrar em contato com os pesquisadores (Professor Oswaldo Y. Tanaka – (11) 3061-7743 e/ou Cristiane A. Locatelli de Almeida – (11) 98472-2168). Para dúvida e denúncias quanto a questões éticas entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, situado na Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP - CEP 01246-904 – tel. (11) 3061-7779.

Atenciosamente,

Oswaldo Y. Tanaka
Coordenador/orientador
oytanaka@usp.br

Cristiane A. L. Almeida
pesquisadora
clocat@usp.br

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa:

(assinatura)

A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado(a) Senhor(a)

Nós, Oswaldo Y. Tanaka e Cristiane A. Locatelli de Almeida, responsáveis pela pesquisa “A meta-avaliação como instrumento para a qualificação da avaliação de políticas públicas de saúde”, estamos fazendo um convite a você para participar como voluntário desta pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP.

O objetivo deste projeto é pesquisar a meta-avaliação como uma ferramenta válida para aprimorar a avaliação de políticas públicas de saúde. Para isso a proposta é a de descrever e analisar, com profundidade e riqueza de detalhes, uma avaliação em saúde que será realizada na Região de Saúde de Bauru, por você (gestor ou gerente dos municípios da região de Saúde de Bauru) em conjunto com a equipe de pesquisa, e da qual você está sendo convidado a participar.

Identificamos V. Sa. como um ator social importante neste processo e suas informações são de grande relevância para este estudo. Para tanto, solicitamos a sua colaboração participando das oficinas, que serão gravadas, e abordarão aspectos relativos à avaliação de programas de saúde.

Este estudo possui risco mínimo decorrente à exposição de seus conhecimentos, ideias e formas de trabalho. Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer momento e sobre qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. As informações fornecidas serão utilizadas exclusivamente para esta pesquisa e os resultados serão oportunamente divulgados em instâncias do SUS, congressos e espaços acadêmico-científico, sempre preservando o anonimato, ou seja, você não será identificado(a) em nenhum tipo de publicação/divulgação que possa resultar deste estudo.

Uma via deste documento será arquivada no Curso de Pós Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo

e outra será entregue a você. A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Para dúvidas quanto ao estudo entrar em contato com os pesquisadores (Professor Oswaldo Y. Tanaka – (11) 3061-7743 e/ou Cristiane A. Locatelli de Almeida – (11) 98472-2168). Para dúvida e denúncias quanto a questões éticas entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, situado na Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP - CEP 01246-904 – tel. (11)3061-7779. Atenciosamente,

Oswaldo Y. Tanaka
Coordenador/orientador
oytanaka@usp.br

Cristiane A. L. Almeida
pesquisadora
clocat@usp.br

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa

(assinatura)

ANEXO B – ROTEIRO ENTREVISTAS REALIZADAS APÓS A FINALIZAÇÃO DAS OFICINAS

Projeto Meta-avaliação

Roteiro para entrevista com gestores/ gerentes

Instrução inicial: fique totalmente à vontade – temos interesse tanto em potencialidades quanto em limites de processos desse tipo

1. Fale sobre este projeto “avaliação em saúde” (o início com a consulta a vocês, a CIR, as oficinas)
 - . *Descrição, perceber o quanto se apropriou do processo, sentiu que estava construindo ou não?*
 - . *Desenvolvido por... (“Cristiane fez” ou “nós fizemos”)*
 - . *como ele organiza as diferentes etapas*

2. Conteúdo
 - . *Algo novo? (etapas de CROSS, Sistema de Informações Hospitalares, Tabwin, grupos com Usuários, entrevista com diretora AME, esboço relatório)*
 - . *Valoriza a Metodologia (com possibilidade de replicar) ou as informações coletadas?*

3. Participação – dimensões

- . *Controle das decisões técnicas do estudo (quem tomou a decisão acerca de quem participaria do estudo, número de oficinas, sequencia- o que viria antes ou depois – entrevistar usuário ou verificar vagas disponíveis no CROSS)*
- . *Diversidade de interessados selecionados para participação (houve diversidade? Por que sim, por que não?)*
- . *Extensão da participação (número de atividades em que houve a presença de interessados)*

4. Utilidade

- . *Pessoal*
- . *Tomada de decisão*

5. Possibilidade de replicação

**ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CONSELHO EM ÉTICA E
PESQUISA DA FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE
SÃO PAULO**

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Meta-avaliação como instrumento para a qualificação da avaliação de políticas públicas de saúde

Pesquisador: Cristiane Andrea Locatelli de Almeida

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 33965013.9.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.006.380

Data da Relatoria: 24/04/2015

Apresentação do Projeto:

A mesma.

Objetivo da Pesquisa:

Mantidos

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora informa que a participação dos gestores nas oficinas de formação e de usuários dos serviços de saúde em entrevistas individuais e grupos focais, envolve riscos mínimos, explicitados nos TCLEs ora anexados.

Apona como benefício, estimular a reflexão e o empoderamento dos atores envolvidos na área de avaliação de programas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- Foram realizadas modificações nos TCLEs e as atuais versões (dirigidas a gestores e usuários) apresentam-se adequadas.
- Não constavam as carta(s) de anuência da(s) instituições envolvidas (Secretarias da Saúde de Bauru, Pederneiras e Piratininga, as quais encontram-se presentes nesta versão.
- Detalhamento das oficinas estão contidas no projeto.
- Informa que poderão ser feitas consultas a bancos de dados de saúde públicos para a realização

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

**FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO**

Continuação do Parecer: 1.006.380

da avaliação dos serviços (objetivo específico 1).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados nesta versão do projeto.

Recomendações:

Nada a acrescentar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Acatado parecer do Relator pela aprovação

SAO PAULO, 31 de Março de 2015

Assinado por:

**Sandra Roberta Gouvea Ferreira Vivolo
(Coordenador)**

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coop@fisp.usp.br

**ANEXO D – LISTAGEM DE “INCÔMODOS” ENVIADA PELOS MUNICÍPIOS
AO PROJETO AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

Propostas de temas para o Projeto Avaliação em Saúde																			
Qtd	Incômodos percebidos no momento de tomada de decisão	Municípios																	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
11	Dificuldade no acesso (consultas e exames) de alta e média complexidade	X X						X					X				X		
	Falta atendimento especializado para encaminhamentos de urgência/emergência e ambulatoriais		X													X			
	Dificuldade no acesso do serviço de referência, falta de um polo na central de vagas com mais facilidade de acesso							X											
	Falta de referência/agendamento de algumas especialidades									X									X
	Encaminhamento Central de Vagas																X		
1	Elaboração de protocolos clínicos de encaminhamento, interligando a Atenção Básica e Especialidades, funcionando o fluxo de referência e contra-referência no município										X								
3	Dificuldade em conseguir leitos de UTI										X		X						X
2	Liberação das vagas na regulação de emergência para transferências									X									
	Transferência de pacientes no PS através da regulação de vagas	X																	
1	Medicamentos preconizados na Atenção Básica são insuficientes para suprir a demanda, deixando muitas vezes o gestor em situação de constrangimento							X											

1	Devolução de exames pelo prestador ao município															X			
1	Ausência de Integração e uniformização das Redes de Serviços		X																
1	Implantação de rede de atendimento em saúde mental no município, em nível ambulatorial, conforme temas debatidos nas oficinas RAPS, frente a falta de leitos em hospitais psiquiátricos									X									
3	Processo político-administrativo / opinião do Prefeito			X			X				X								
1	Liberdade de atuação						X												
1	Comprometimento										X								
1	Atender as ações judiciais								X										
3	Mudanças de costumes; reproduções de situações cotidianas (usuários, trabalhadores, administração pública)			X			X				X								
3	Falta de conhecimento técnico / perfil profissional			X			X												X
1	Dificuldade na contratação de profissionais médicos para Atenção Básica															X			
1	Problemas na contratação dos Agentes de Vetores e Agentes Comunitários de Saúde											X							
1	Humanização de Trabalho			X															
1	Recursos financeiros limitados																X		

ANEXO E – COMPROVANTES DE SUBMISSÃO DOS ARTIGOS

RSP - Artigo aceito**From :** RSP <root@dell.mzo.com.br>

Sat, 22 Aug, 2015 21:43

Subject : RSP - Artigo aceito**To :** clocat@usp.br**Cc :** rspline@fsp.usp.br The logo for RSP (Revista de Saúde Pública) features the letters 'RSP' in a large, bold, white sans-serif font on a blue rectangular background. To the right of this, the words 'Revista de' are stacked above 'Saúde Pública' in a smaller, white sans-serif font.

Manuscrito nº 6251

Prezada Colaboradora Cristiane Andrea Locatelli de Almeida

Temos a satisfação de comunicar-lhe, em nome da Editoria Científica, que ao término da etapa do processo de avaliação por pares externos, seu manuscrito intitulado 'Avaliação em Saúde: metodologia participativa e envolvimento de gestores municipais', em sua versão final, foi aprovado quanto ao mérito, uma vez que as modificações feitas na versão original do manuscrito, atendem satisfatoriamente as sugestões dos revisores.

Na sequência, seu manuscrito será encaminhado para a **Equipe de Redação** para ser preparado para publicação. Nessa etapa, a RSP se reserva o direito de fazer alterações e sugestões na redação científica, incluindo revisão gramatical e de estilo, visando a uma perfeita comunicação aos leitores. O manuscrito, com as alterações introduzidas, será encaminhado para sua revisão, assim como a versão em inglês para divulgação na Internet.

Para ser efetivada a publicação do artigo, será imprescindível o envio do documento de Transferência de Direitos Autorais assinado por todos os autores e escaneado, por e-mail, para rspline@fsp.usp.br.

Solicitamos que aguarde nosso próximo contato na fase de preparo do manuscrito para publicação.

Agradecemos pela sua valiosa contribuição a esta Revista e esperamos continuar contando com outras contribuições de sua autoria.

Cordialmente,
Maria Teresinha Dias de Andrade

Editora Executiva

Data:22/08/2015

Novo artigo (CSP_1056/15)

From : Cadernos de Saude Publica <cadernos@fiocruz.br> Thu, 02 Jul, 2015 00:00
Subject : Novo artigo (CSP_1056/15) 1 attachment
To : clocat@usp.br

Prezado(a) Dr(a). Cristiane Andrea Locatelli de Almeida:

O artigo "Meta-avaliação: revisão prática sobre o Standard "Utilidade" para análise da qualidade de uma avaliação" (CSP_1056/15) foi submetido pelo Dr(a). Oswaldo Yoshimi Tanaka no periódico Cadernos de Saúde Pública (CSP) e você foi incluído como autor do artigo.

Em caso de dúvidas, envie suas questões para o nosso e-mail, utilizando sempre o ID do manuscrito informado acima. Agradecemos por considerar nossa revista para a submissão de seu trabalho.

Atenciosamente,

Profª. Marilia Sá Carvalho
Profª. Claudia Travassos
Profª. Claudia Medina Coeli
Editoras

Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Fundação Oswaldo Cruz
Rua Leopoldo Bulhões 1480
Rio de Janeiro, RJ 21041-210, Brasil
Tel.: +55 (21) 2598-2511, 2508 / Fax: +55 (21) 2598-2737
cadernos@ensp.fiocruz.br
<http://www.ensp.fiocruz.br/csp>

logoCSP.jpg
18 KB