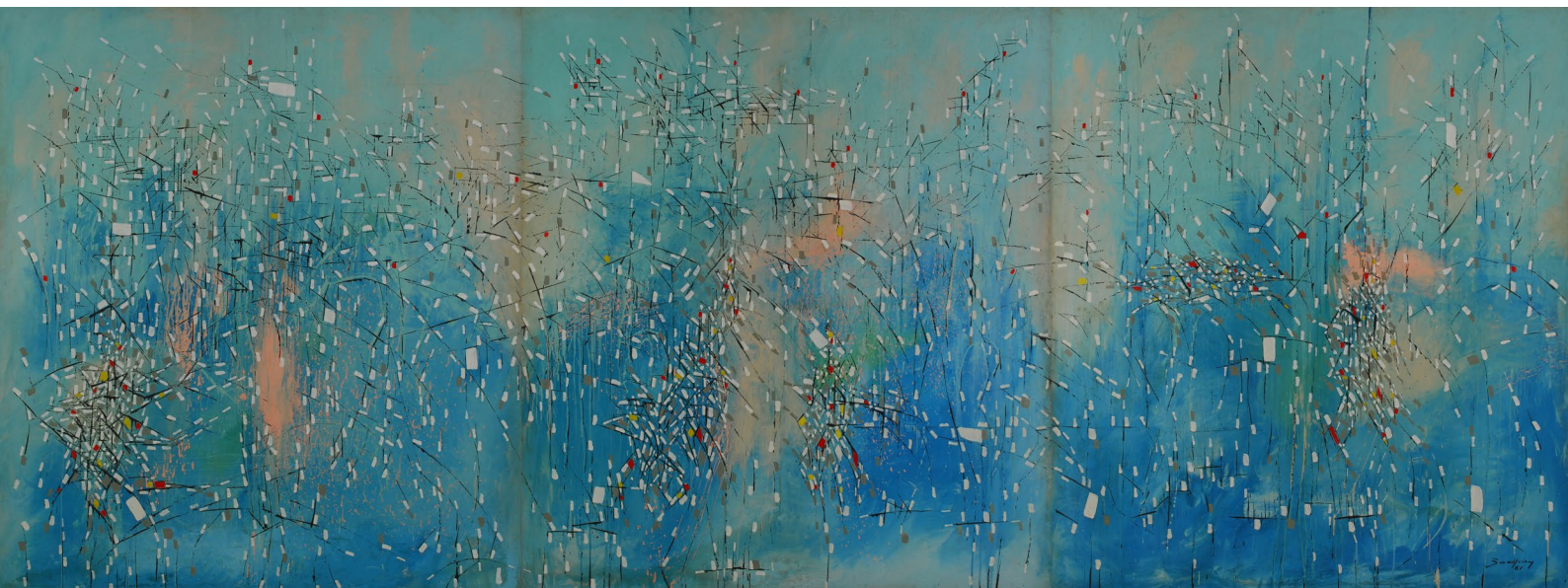


# AVAL

Revista Avaliação de Políticas Públicas

JANEIRO/JUNHO • VOL. 9 • Nº 23 • 2023

Dossiê: Avaliação em Saúde



# AVAL

## Revista Avaliação de Políticas Públicas

Volume 9 | Número 23 |  
Janeiro/Junho de 2023 | ISSN: 2176-9923

### Conselho Editorial

Alcides Fernando Gussi

UFC

Alicia Ferreira Gonçalves

UFPB/UFC

Ana Cristina Brito Arcoverde

UFPE

Gil Célio de Castro Cardoso

UFC

Julimar da Silva Bichara

Universidad Autónoma de Madrid

Lea Carvalho Rodrigues

UFC

Paulo Jannuzzi

IBGE

Paulo Peixoto

Universidade de Coimbra

Magda de Lima Lúcio

UNB

Maria Ozanira da Silva e Silva

UFMA

María Bustelo Ruesta

Universidad Complutense

de Madrid

Mathieu Arés

l'Université de Sherbrooke

(Québec, Canada)

### Universidade Federal do Ceará

#### Reitor

Prof. José Cândido Lustosa  
Bittencourt de Albuquerque

#### Vice-Reitor

Prof. José Glauco Lobo Filho

#### Pró-Reitoria de Pesquisa e

##### Pós-graduação

Pró Reitor: Prof. Francisco  
Rodrigo Porto Cavalcanti

#### Pró-Reitoria de Assuntos Estudantis

Prof.<sup>a</sup> Geovana Maria Cartaxo de  
Arruda Freire

#### Pró-Reitoria de Extensão

Prof.<sup>a</sup> Elizabeth De Francesco Daher

#### Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas

Prof. Marcus Vinicius Veras Machado

#### Pró-Reitoria de Graduação

Prof.<sup>a</sup> Ana Paula de  
Medeiros Ribeiro

#### Pró-Reitoria de Planejamento

##### e Administração

Prof. Almir Bittencourt da Silva

#### Pró-Reitoria de Relações Internacionais

##### e Desenvolvimento Institucional

Prof. Augusto Teixeira  
de Albuquerque

### Centro de Ciências Agrárias

#### Diretora

Prof.<sup>a</sup> Sônia Maria Pinheiro  
de Oliveira

#### Vice-Diretor

Prof. Alexandre Holanda Sampaio

### Programa de Pós-Graduação em Avaliação de Políticas Públicas (PPGAPP)

#### Coordenador

Prof. Fernando José Pires  
de Sousa

#### Vice-Coordenadora

Prof.<sup>a</sup> Suely Salgueiro Chacon

#### Secretaria

Karla Maia Vieira

### Mestrado Profissional em Avaliação de Políticas Públicas (MAPP)

#### Coordenadora

Prof.<sup>a</sup> Alba Maria Pinho  
de Carvalho

#### Vice-Coordenador

Carlos Américo Leite Moreira

#### Secretaria

Vânia Maria Fraga Pereira

### Revista Avaliação de Políticas Públicas – AVAL

#### Editores

Carlos Américo Leite Moreira  
Gil Célio Cardoso

#### Editor-Chefe

Alcides Fernando Gussi

#### Obra da Capa

*Cidade em Festa, 1961 - 155*  
Antônio Bandeira

#### Fotografia

Pedro Humberto

#### Secretaria

Aline Gomes

### Agência NIC – Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

#### Atendimento

Antonio Thé

Thomas Fernandes

#### Direção de Arte e Diagramação

Ivan Canhamello

Pedro Felinto

#### Gestores

Prof.<sup>a</sup> Alessandra Marinho Bouty

Prof. Diego Henrique Paiva

Volume 9 | Número 23

Janeiro/Junho de 2023

ISSN: 2176-9923

## Sumário

- 6 Editorial
- 8 Apresentação
- 10 Resiliência do sistema de saúde:  
a implementação da resposta à pandemia da  
COVID-19 em Pernambuco  
**Andréa Carla Reis Andrade**  
**Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos**  
**Sydia Rosana de Araujo Oliveira**
- 38 A formação em avaliação em saúde:  
considerações a partir da graduação em  
saúde coletiva  
**Keila Silene de Brito e Silva**  
**Wagner Yoshizaki Oda**  
**Adriana Falangola Benjamin Bezerra**  
**Juarez Pereira Furtado**
- 58 Adesão ao programa Informatiza APS nos  
estados brasileiros: um caminho à equidade  
em saúde digital?  
**Daniel Marques da Silva**  
**José Igor de Souza Barbosa**  
**Lucas Felix Silva de Sousa**  
**Severina Alice da Costa Uchôa**
- 80 Política de Educação Permanente para o Núcleo  
Ampliado de Saúde da Família: uma construção  
compartilhada da modelização  
**Wellen Góbi Botacin**  
**Lorena Ferreira**  
**Marly Marques da Cruz**  
**Carolina Dutra Degli Esposti**
- 102 A construção de redes colaborativas em avaliação:  
A experiência do Projeto AcolheSUS  
**Egléubia Andrade de Oliveira**  
**Gisela Cordeiro Pereira Cardoso**  
**Dolores Maria Franco de Abreu**  
**Cesar Luiz Silva Junior**
- 124 Avaliação da articulação na rede de atenção  
psicossocial: experiências de usuários no nordeste  
do Brasil  
**Daiana de Jesus Moreira**  
**Maria Lúcia Magalhães Bosi**
- 150 Projeto de Saúde no Território para enfrentamento  
da obesidade: um estudo de avaliabilidade  
**Renata Ferreira Tiné**  
**Ana Cláudia Figueiró**  
**Eduarda Ângela Pessoa Cesse**
- 176 Avaliação de políticas públicas de saúde no Brasil:  
panorama e perspectivas  
**Leonor Maria Pacheco Santos**  
**Sindy Maciel Silva**  
**Antonia Angulo-Tuesta**  
**Sandra Maria Chaves dos Santos**
- 198 Contribuições para o desenvolvimento de estudos  
e práticas na área de avaliação em saúde  
**Alcione Brasileiro Oliveira**  
**Mariluce Karla Bomfim de Souza**  
**Monique Azevedo Esperidião**
- 218 Comparabilidade dos resultados de avaliações  
presencial e on-line de serviços paulistas de  
atenção básica  
**Luceime Olivia Nunes**  
**Elen Rose Lodeiro Castanheira**  
**Thais Fernanda Tortorelli Zarili**  
**Caroline Eliane Couto**

## APRESENTAÇÃO

### DOSSIÊ TEMÁTICO “AVALIAÇÃO EM SAÚDE”

Apresentamos o Dossiê Temático “Avaliação em saúde”, fruto do atendimento a uma demanda apresentada pelo Grupo Temático de Avaliação em Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (o GT-Avaliação em Saúde da Abrasco), que, acatada pelos editores da Aval, resultou neste primeiro volume de 2023, sob a organização de Juarez P. Furtado, Elen Castanheira, Keila Brito, Carolina Esposti (editores Ad doc). Contextualmente, este volume apresenta desafios para a avaliação em saúde, em período pós-pandêmico e de reorganização de políticas, programas, serviços e ações do setor. Com o Dossiê, a Aval cumpre, mais uma vez, o papel de ser o vetor da divulgação dos estudos de avaliação, sobretudo no país. Deixemos, contudo, ao leitor, a possibilidade de adentrar, ele mesmo, nos artigos deste volume sobre a temática, que, reputamos, está entregue em uma edição muito bem cuidada, a ser conferida!

---

#### Editores

*Alcides Fernando Gussi*

*Gil Célio Cardoso*

## EDITORIAL

Com este número especial da revista Aval, apresentamos a multiplicidade de pensamentos, práticas e sentidos conferidos à avaliação, a partir das perspectivas de integrantes do Grupo Temático de Avaliação em Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (o GT-Avaliação em Saúde da Abrasco). Temos aqui reunidos dez artigos que, cada um a seu modo, abordam assuntos relevantes como a formação em avaliação, os modos de avaliar, as questões inerentes aos processos e resultados de percursos avaliativos, bem como as perspectivas a serem projetadas e perseguidas para a área, no complexo e desafiador mundo contemporâneo.

Temas, referenciais, enfoques e abordagens diversos estão aqui unidos pela firme intenção de qualificar projetos, programas, serviços, formação e a própria área, abordando objetos distintos, sob referenciais não necessariamente convergentes, mas que buscam oferecer subsídios à melhoria de ações dirigidas a superar situações problemáticas ou mesmo inaceitáveis e que clamam por respostas urgentes.

A junção do grupo em torno de uma causa comum é um ponto alto a ser considerado na edição deste número. Infelizmente, as métricas atuais não nos permitem ainda valorizar o significativo esforço coletivo para a produção desta obra, que é indubitavelmente coletiva. Trinta e cinco autora(e)s e dezenove pareceristas a viabilizaram, colaborando na elaboração e refinamento dos textos. O enfrentamento da escassez de tempo e falta de recursos financeiros se deu pela ação solidária. Outro ponto positivo foi a transparência na elaboração dos pareceres. O formato não anônimo do processo, até onde pudemos ver, favoreceu o diálogo cuidadoso e direto, sem prejuízo do rigor necessário.

Esperamos que essa seja a primeira de muitas produções conjuntas dos integrantes do GT de modo a compartilharmos, simultaneamente, pensamentos, práticas e ações em torno de nosso objeto de interesse.

---

**Juarez P. Furtado,**  
**Elen Castanheira,**  
**Keila Brito,**  
**Carolina Esposti**  
editores Ad hoc

## ✓ Resiliência do sistema de saúde: a implementação da resposta à pandemia da COVID-19 em Pernambuco<sup>1</sup>

**Andréa Carla Reis Andrade**

Instituto Aggeu Magalhães.  
Fundação Oswaldo Cruz.  
Aggeu Magalhães Institute.  
Oswaldo Cruz Foundation.

**Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos**

Instituto Aggeu Magalhães.  
Fundação Oswaldo Cruz.  
Aggeu Magalhães Institute. Oswaldo  
Cruz Foundation.

**Sydia Rosana de Araujo Oliveira**

Instituto Aggeu Magalhães.  
Fundação Oswaldo Cruz.  
Aggeu Magalhães Institute.  
Oswaldo Cruz Foundation.

**Resumo:** O objetivo deste estudo é avaliar a resposta adotada pelo sistema de saúde de Pernambuco e de seus municípios frente à pandemia da COVID-19 na perspectiva da resiliência. Foi realizado um estudo qualitativo, com informações obtidas por meio de entrevistas semiestruturadas. Os resultados foram analisados de acordo com as dimensões da gestão da resiliência dos sistemas de saúde. Os achados demonstraram que os sistemas implementaram ações relacionadas ao conhecimento sobre a doença, qualificação profissional, atuação em conjunto a outros atores externos, fortalecimento da legitimidade das ações e na diminuição das incertezas sobre a doença. Crises como a do novo coronavírus são um desafio por sua imprevisibilidade e impactam os sistemas de saúde. Ressalta-se a importância do debate da capacidade de resiliência, principalmente visando respostas eficazes aos obstáculos impostos.

**Palavras-chave:** Sistemas de Saúde; COVID-19; Gestão em Saúde; Políticas, Planejamento e Administração em Saúde.

<sup>1</sup> Artigo oriundo da dissertação de Mestrado acadêmico do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães – Fiocruz Pernambuco

### EN Resilience of health system: the implementation of the response to the COVID-19 pandemic in Pernambuco

**Abstract:** The objective of this study is to evaluate the response adopted by the health system of Pernambuco and its municipalities in the face of the COVID-19 pandemic from the perspective of resilience. A qualitative study was carried out, with information obtained through semi-structured interviews. The results were analyzed according to the dimensions of health systems resilience management. The findings showed that the systems implemented actions related to knowledge about the disease, professional qualification, working together with other external actors, strengthening the legitimacy of actions and reducing uncertainties about the disease. Crises such as the new coronavirus are a challenge due to their unpredictability and impact on health systems. The importance of the resilience capacity debate is highlighted, mainly with a view to effective responses to the imposed obstacles.

**Key-words:** Health Systems; COVID-19; Health Management; Health Policy, Planning and Management.

### ES Resiliencia de lo sistema de salud: la implementación de la respuesta a la pandemia de COVID-19 en Pernambuco

**Resumen:** El objetivo de este estudio es evaluar la respuesta adoptada por el sistema de salud de Pernambuco y sus municipios frente a la pandemia de COVID-19 en la perspectiva de la resiliencia. Se realizó un estudio cualitativo, con información obtenida a través de entrevistas semiestructuradas. Los resultados se analizaron según las dimensiones de la gestión de la resiliencia de los sistemas de salud. Los hallazgos mostraron que los sistemas implementaron acciones relacionadas con el conocimiento sobre la enfermedad, calificación profesional, trabajo conjunto con otros actores externos, fortaleciendo la legitimidad de las acciones y reduciendo las incertidumbres sobre la enfermedad. Crisis como la del nuevo coronavirus son un desafío por su imprevisibilidad e impacto en los sistemas de salud. Se destaca la importancia del debate sobre la capacidad de resiliencia, principalmente con miras a respuestas efectivas a los obstáculos impuestos.

**Palabras-clave:** Sistemas de Salud; COVID-19; Gestión en Salud; Políticas, Planificación y Administración en Salud.

### FR Résilience de système de santé : la mise en œuvre de la réponse à la pandémie de COVID-19 à Pernambuco

**Résumé:** L'objectif de cette étude est d'évaluer la réponse adoptée par le système de santé de Pernambuco et de ses municipalités face à la pandémie de COVID-19 du point de vue de la résilience. Une étude qualitative a été réalisée, avec des informations obtenues au moyen d'entretiens semi-structurés. Les résultats ont été analysés selon les dimensions de la gestion de la résilience des systèmes de santé. Les résultats ont montré que les systèmes mettaient en œuvre des actions liées à la connaissance de la maladie, à la qualification professionnelle, à la collaboration avec d'autres acteurs externes, au renforcement de la légitimité des actions et à la réduction des incertitudes sur la maladie. Les crises telles que le nouveau coronavirus constituent un défi en raison de leur imprévisibilité et de leur impact sur les systèmes de santé. L'importance du débat sur la capacité de résilience est soulignée, principalement en vue de réponses efficaces aux obstacles imposés.

**Mots-clés:** Systèmes de Santé, COVID-19; Gestion de la Santé; Gestion, Planification et Politique de Santé.

## INTRODUÇÃO

O avanço dos números de casos da COVID-19 no mundo demandou aos sistemas de saúde dos países, a implementação de medidas rápidas e cientificamente embasadas, visando a manutenção da saúde das populações e o fortalecimento do enfrentamento à doença (BRITO et al., 2020). Essa situação evidenciou a importância da preparação para enfrentamento a crises e a criação de estratégias para discutir os impactos trazidos na implementação das respostas (GLOVER et al., 2020; ALAMI et al., 2021).

No Brasil, a rápida disseminação da doença impactou gravemente o sistema de saúde. Os altos indicadores de prevalência e mortalidade pela COVID-19 e a falta de direcionamento da esfera nacional em formular uma resposta única e consistente para todo o país, levou estados e municípios a adotarem medidas distintas e decisões próprias, visando à redução do número de infectados e o controle da doença (KERR et al., 2020). O estado de Pernambuco, no Nordeste brasileiro, foi um dos estados mais impactados, sendo o terceiro na região em número de casos e óbitos pela doença na região (BRASIL, 2020).

Ao demandar a integração de diversas ações de enfrentamento, a manutenção das funcionalidades básicas e prestação de serviços essenciais, a pandemia representou um grande desafio aos sistemas de saúde por demandar grande resiliência (MUSTAFA et al., 2021). A resiliência dos sistemas de saúde está amparada na preparação e na resposta eficaz a situações adversas, envolvendo atores estratégicos, instituições e população, bem como a manutenção das funções e o atendimento às necessidades dos usuários (KRUK et al., 2015).

Blanchet et al. (2017) elencou níveis de resiliência a partir das capacidades em absorver, adaptar e transformar o sistema de saúde quando exposto a uma situação crítica e propôs quatro dimensões de análise da gestão da resiliência dos sistemas de saúde, são elas: conhecimento, incertezas, interdependência e legitimidade (QUADRO 1). Dessa forma, é importante que os sistemas estejam preparados para enfrentar crises sistêmicas, como a instalada pela COVID-19, demonstrando sua resiliência (GLOVER et al., 2020; ALAMI et al., 2021). A análise da capacidade de gestão da resiliência dos sistemas de saúde deve ser realizada regularmente, visando a diminuição dos impactos negativos e que as lições aprendidas sejam ajustadas e melhoradas visando outras crises (FORMAN et al., 2020). Sendo assim, este artigo objetiva avaliar a resposta adotada pelo sistema de saúde

de Pernambuco frente à pandemia pela COVID-19, na perspectiva da gestão da resiliência.

### Quadro 1. Definição das dimensões de análise da gestão da resiliência dos sistemas de saúde.

DIMENSÕES	
Conhecimento	Capacidade de combinar e integrar diferentes formas de conhecimento.
Incertezas	Capacidade de antecipar e lidar com incertezas e eventos inesperados.
Interdependência	Capacidade de se envolver efetivamente e lidar com múltiplas dinâmicas e escalas cruzadas.
Legitimidade	Capacidade de desenvolver instituições e normas socialmente e contextualmente aceitáveis.

Fonte: Blanchet et al., 2017.

## MÉTODO

Foi realizado um estudo de abordagem qualitativa, tendo como estratégia o estudo de caso (YIN, 2001; MENDES; SORDI, 2013). Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas realizadas com gestores da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE), atuantes em áreas estratégicas para o enfrentamento à pandemia da COVID-19, secretários de saúde e gestores de áreas estratégicas de secretarias municipais de saúde do estado selecionado. A seleção dos municípios e se deu de maneira intencional no intuito de avaliar as ações implementadas a nível estadual e em níveis municipais, considerando diferentes perfis dos sistemas de saúde de municípios pernambucanos. Participaram, ao total, 18 gestores, conforme Quadro 2 abaixo.

**Quadro 2. Entrevistados por categoria profissional.**

	Entrevistado																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
<b>Gestor Estadual</b>		x	x	x														
<b>Secretário(a) Municipal de Saúde</b>					x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<b>Gestor Municipal</b>						x	x											

Fonte: Elaborado pela autora.

As entrevistas foram realizadas entre abril e outubro de 2020, seguindo o guia de entrevistas elaborado pelos pesquisadores. Em virtude das restrições impostas pela pandemia, as entrevistas foram realizadas por meio de vídeo conferências em plataformas digitais. Após a transcrição na íntegra, os dados foram analisados através da análise de conteúdo (BARDIN, 2016).

Os achados foram organizados em uma matriz analítica (Quadro 3) com base na estrutura conceitual para analisar a gestão da resiliência dos sistemas de saúde, definidas por Blanchet et al., (2017). Compõem essa matriz analítica as quatro dimensões conhecimento, incertezas, interdependência e legitimidade, citadas como características da gestão da resiliência dos sistemas de saúde. Os resultados serão apresentados a partir das convergências de resposta entre a maioria dos entrevistados, em uma análise descritiva. Ressalta-se que na abordagem do estudo, não houve diferenças na análise realizada entre a implementação da resposta entre os sistemas de saúde municipais e estadual.

**Quadro 3. Matriz de análise da governança e gerenciamento da resiliência dos sistemas de saúde.**

	DIMENSÕES		
	Trechos	Sentidos	Entrevistado
Conhecimento			
Incertezas			
Interdependência			
Legitimidade			

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Quanto aos procedimentos éticos, este estudo foi aprovado pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob o registro CAAE nº 30982620.8.0000.0008 e todas as recomendações éticas foram obedecidas durante a execução da pesquisa. O estudo está inserido em um consórcio internacional de pesquisadores, que estudam a resposta à epidemia pela COVID-19 e analisam a resiliência e vulnerabilidade de profissionais de saúde e sistemas de saúde, em cinco países, dentre eles, o Brasil (RIDDE et al, 2021).

## RESULTADOS

### Dimensão conhecimento

A dimensão conhecimento está relacionada com as diversas formas de produção de conhecimento. Observou-se uma preocupação e um esforço em buscar o acesso à informação completa e em tempo real.

*Então nosso esforço aqui na vigilância em saúde foi todo para informação, para que a gente pudesse ter informação mais completa, mais próxima da nossa necessidade e mais próxima da realidade. (E1).*

O início dos relatos de casos no mundo trouxe um alerta ao sistema de saúde, impulsionando a busca de informações do comportamento da doença em outros países, visando subsidiar e nortear as primeiras ações de enfrentamento. Os



gestores já previam que a doença chegaria ao Brasil, diante da explosão de casos em outros países, e tentaram buscar informações de forma rápida e precisa.

*A gente tentando trazer algumas informações que a gente tinha de alguns países que estavam passando por isso, que na época era a China e que já estava se expandindo para a Europa. E quando chegou na Europa a gente tinha a plena certeza de que chegaria no Brasil e foi o que aconteceu (E6)*

Nesse sentido, estudos foram utilizados e auxiliaram o processo de tomada de decisão, acrescentando informações necessárias para o planejamento das medidas de combate à doença. Foi citado estudos realizados por outras secretarias, como a Secretaria de Planejamento e Gestão de Pernambuco (SEPLAG), que avaliava os possíveis cenários que o sistema de saúde viria a enfrentar e a estimativa de necessidade de leitos, internamentos, assistência ventilatória e outros.

*Esse estudo mostrava, avaliando todos os cenários mundiais até então, qual seria a necessidade de leitos que o estado de Pernambuco precisava, para a gente enfrentar a pandemia considerando o que estava sendo visto (E2)*

Foi relatada uma carência de normativas e informações técnicas e científicas sobre a doença, além da falta de direcionamento por parte do Ministério da Saúde.

*A gente precisava de informações coerentes, de informações científicas, a gente precisava que viesse do Ministério da Saúde (...)Então eles precisavam ter feito um comando guarda-chuva para gente, sabe? De apoio, mas basicamente de normativas mesmo, de instruções, sem fake news, sem impressões (E2)*

Foram elaborados instrumentos, como planos de contingência, protocolos e normativas assistenciais, para nortear as ações a serem naquele momento. A construção de protocolos, normativas e instrutivos partiu da necessidade de qualificação

da assistência e melhoria da prática profissional.

*Então a gente precisou fazer instrutivo de paramentação, de calçar luva, de vestir um capote. E aí até que ponto isso era, de fato, necessário? Porque essas coisas se aprendem na universidade (E2)*

Com relação ao conhecimento sobre a doença por parte dos profissionais de saúde, entende-se que por se tratar de uma doença nova, nem todos estavam preparados para lidar com o vírus. A falta de conhecimento e habilidades para assistir pacientes graves acabavam gerando conflitos entre os profissionais, pelo medo da contaminação. Como estratégia, foram promovidos treinamentos e capacitações visando a qualificação profissional.

*Tivemos dificuldade, demos treinamento, procuramos qualificar cada profissional de cada área. (...)Isso realmente foi uma dificuldade tremenda porque quem estava na linha de frente, não queria permanecer pelo próprio medo que foi gerado, um pânico geral pelos noticiários, por tudo que vinha acontecendo e o não conhecimento da doença (E11).*

### **Dimensão interdependência**

A dimensão da interdependência, que observa a interação do sistema de saúde e outros atores. Foram criados os comitês/gabinetes de crise, compostos em sua maioria por representantes das secretarias de saúde e de outras secretarias de governo, visando a discussão das ações de combate à pandemia e a tomada de decisões entre os representantes.

*A gente criou um comitê de enfrentamento, eu fiquei como presidente desse comitê. A gente estava sempre se reunindo com o Ministério Público, com representantes da Secretaria de Assistência Social, vários representantes da Secretaria de Saúde. As decisões sempre eram passadas por nós. (E18)*

Ressalta-se a importância da sociedade civil e das lideranças comunitárias na conscientização da população para o cumprimento dos protocolos sanitários e, também, por meio de doações, que eram recebidas por outros órgãos que articulavam a entrega dos donativos. As lideranças também estavam presentes nas discussões das medidas tomadas pelos sistemas de saúde, contribuindo para o diálogo com a sociedade.

*A gente teve total apoio das lideranças comunitárias. Lideranças religiosas também a gente fez reunião com todas as lideranças religiosas, fez reunião com representantes do comércio. Então, as lideranças comunitárias a gente sempre procurava, cumprindo os protocolos, mantendo distanciamento. Explicava o que estava acontecendo, porque a gente ia tomar aquela atitude, restringir mais ou se ia liberar mais um pouco. Sempre foi em comum acordo com todos eles (E18)*

Outra importante parceira do sistema de saúde foram as instituições de ensino, que ofertaram aporte tecnológico e intelectual, principalmente com a análise laboratorial dos exames diagnósticos.

*No início a gente mandava todos os exames para o IEC (o Instituto Evandro Chagas) que é a nossa referência no Brasil, até a gente conseguir se estruturar minimamente. Logo depois, a gente conseguiu uma estrutura mínima com ajuda do Instituto Aggeu Magalhães (E1)*

Os órgãos de controle foram citados no desempenho do processo fiscalizatório das ações da pandemia e na construção de normativas regulatórias. Atuaram também auxiliando o sistema junto as ações de combate e na criação de plataformas, como o *Daycovid* (plataforma para identificação espacial dos casos). Os entrevistados relataram um grande volume de demandas para elaboração de respostas pelos sistemas de saúde vindas desses órgãos.

*A CGE (Controladoria Geral do Estado), especificamente, ainda ajudou a gente na construção de algumas regras de controle para o chamamento público, para contratação que a gente ia fazer, principalmente na regra de glosa (E3)*

*Nós utilizamos também uma ferramenta que o Ministério Público disponibilizou, o “daycovid”, que é identificação espacial dos casos para as pessoas entenderem onde estava havendo maior contágio (E16)*

Foi citada a importância dos conselhos e associações no processo de planejamento e pactuação de ações. Os conselhos de saúde, como representação do controle social no SUS, e o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) estiveram presentes na definição e aprovação das estratégias a serem adotadas pelo sistema de saúde.

*Então, uma participação boa do COSEMS (Conselho de Secretários Municipais de Saúde), a gente pactuou que a cada semana seria publicado uma resolução CIB (Comissão Intergestor Bipartite) com o anexo do plano de contingência, que era os leitos, o número de leitos, os acordos entre estado e municípios (E2)*

As empresas privadas também disponibilizaram tecnologias e insumos (como elaboração de plataformas para o monitoramento dos casos, equipamentos de proteção individual e máscaras).

*E a gente instituiu, através de uma plataforma [chamada] Bela do Instituto Votorantim... a gente conseguiu fazer uma parceria com eles. Então a gente firmou um canal de comunicação onde a gente ficou fazendo o monitoramento das pessoas via WhatsApp (E16)*

A nível de articulação entre as esferas de governo, houve um grande apoio e suporte mútuo entre os sistemas de saúde a

nível estadual e municipal. Porém, foi relatada a dificuldade no diálogo com a esfera nacional, citada principalmente pela ausência de normativa única.

*Você também tem as lições de como não fazer né, que foi o desmando assim do governo federal, do ponto de vista de você ter uma normativa única para todos, ainda que todo mundo reconheça que o Brasil é imenso, são vários brasis, mas a gente precisava de uma de um eixo central. (E2)*

Os meios de comunicação tiveram um papel importante, principalmente ao trazer informações, atualizações à população sobre a doença e as ações desenvolvidas.

*Cada ação que a gente fazia no bairro, em algum distrito, eles [os meios de comunicação] mostravam a ação que a gente estava fazendo e isso tranquilizava a população. Porque em algum momento a população quis entrar em pânico com o primeiro caso. (E9)*

### Dimensão incertezas

A dimensão incertezas é a capacidade de planejar e reagir aos choques mesmo em um ambiente adverso e incerto. O surgimento dos primeiros casos confirmados da doença no Brasil trouxe o alerta e preocupação ao sistema de saúde, que iniciou a mobilização das áreas técnicas que compõem a vigilância em saúde.

*Então, desde o primeiro caso, que a gente teve conhecimento do primeiro caso no Brasil nós já ficamos em alerta aqui no Estado [...]. Então, a vigilância que já é de costume a gente conviver com emergências, a gente se mobilizou logo de início (E1)*

Dentre os sentimentos citados pelos participantes, observou-se o medo e a sensação de vulnerabilidade trazida pelo desconhecimento da doença naquele momento. Houve muitas

dúvidas, principalmente por ser uma doença ainda não vista.

*Todos susceptíveis, todos vulneráveis, todos sem saber o que poderia acontecer [...]. A dúvida, a incerteza, o medo ele não respeitou classe social, idade... (E2)*

Com o acelerado avanço de casos, o sistema de saúde teve que iniciar imediatamente as ações de enfrentamento à COVID-19. Nesse processo, foram caracterizadas expectativas relacionadas ao sentimento de incerteza.

*[...] preparada ninguém acredito que estava. Até hoje, ainda é uma doença nova, ainda não se tem tantas respostas sobre ela, mas meu conceito pessoal de administração, de parar e pensar como um todo, as vezes não sucumbir à agitação da pandemia, me ajudou muito (E10)*

Apesar desse sentimento, foram realizados estudos de cenários epidemiológicos e projeções, na tentativa de superar as incertezas, dúvidas e embasar as medidas de enfrentamento à pandemia que viriam a ser implementadas.

*E a gente precisava traçar algumas linhas gerais e algumas diretrizes para as ações terem uma coerência e sustentabilidade, num cenário que não se tinha muita certeza [...] porque o problema maior da ansiedade não era só a resposta para aquilo que estava consumindo tudo que era de recurso, mas era o desconhecimento do que viria depois (E2)*

A incerteza gerada pelo desconhecimento da doença acabou, por vezes, impactando no desenvolvimento das medidas de enfrentamento, já que os participantes relataram que não havia diretrizes que subsidiassem as ações no momento inicial, além da rápida necessidade de implementar ações na ocasião do aumento de casos.

*Pouco tempo se teve para sair o primeiro plano de contingência; pouco tempo se teve para entender, exatamente, como é que a gente se colocava, como é que a gente estava colocado nesse cenário, no Brasil. [...] o que é que a gente ia poder dispor do ponto de vista de... não só de recursos financeiros, mas de diretrizes gerais, inclusive de conhecimento, pelo Ministério da Saúde (E2)*

### Dimensão legitimidade

A legitimidade está relacionada à construção de uma relação de confiança entre os sistemas de saúde, nos seus diversos níveis, e as populações. Foi reforçada a importância do diálogo entre o sistema de saúde e a população, principalmente tranquilizando as pessoas.

*Todos os sábados à noite eu fazia uma live, a qual dava um público grande. Eles faziam perguntas e a gente respondia todas. A gente passava quase, em torno de duas horas, respondendo às perguntas da população (E9)*

Estratégias, como lives, entrevistas, postagem em mídias sociais, foram utilizadas no intuito de informar o máximo de pessoas, de forma clara, compreensível e objetiva.

*Fomos à rádio local, um meio de transmissão para uma população maior; redes sociais, confeccionamos panfletos... fizemos tudo para que a população entendesse [a situação e as medidas de controle vigentes] (E11)*

Houve o reconhecimento da população às ações desenvolvidas pelo sistema de saúde no enfrentamento à pandemia da COVID-19, expresso não só pela credibilidade, mas demonstrado em agradecimentos, ressaltando a importância do papel exercido pelos gestores no processo de implementação das ações.

*Eles [a população], de certa maneira, ainda acreditam muito no que foi feito e sabem que se a gente errou, a gente errou na melhor das intenções. Foi tentando acertar e não foi baseado no sentimento, sempre foi muito bem estudado tudo o que a gente fez (E8)*

Outro aspecto esteve relacionado à confiabilidade das informações divulgadas, principalmente os dados epidemiológicos. A importância da divulgação correta desses dados à população pelo sistema de saúde foi relatada pelos entrevistados.

*A população entendeu que a divulgação fidedigna dos dados é uma coisa importante. Quando a gente diz que tem “tantos casos”, ele [a população] sabe que tem “tantos casos”. Aquele número é real, não tem subnotificação. A gente faz questão de divulgar mesmo. Então assim, a população entendeu perfeitamente toda essa questão da transparência na divulgação dos dados (E16)*

Os participantes mencionaram a prestação de contas das ações desenvolvidas para a sociedade, como uma importante capacidade a ser desenvolvida pelos gestores em saúde.

*Eu acho que é muito importante também nos dias de hoje um gestor ter a capacidade de dar resposta do ponto de vista de prestação de conta para a sociedade durante a pandemia (E3)*

A transparência foi uma característica importante no processo de planejamento e implementação das medidas de enfrentamento à COVID-19, como mencionado. Foi também uma ferramenta importante para demonstrar à sociedade o que estava sendo realizado pelos sistemas naquele momento.

*Porque eu acho que essa é a palavra, sabe, muito transparente, muito se abrindo, muito se mostrando*

*para a sociedade. Essa coisa das entrevistas coletivas, assim periódicas, que o secretário nunca se furtou de participar. Eu acho que isso aí foi algo assim muito emblemático, sabe... (E2)*

## DISCUSSÃO

Os desafios impostos pela pandemia da COVID-19 trouxeram a importância da discussão sobre a gestão da resiliência dos sistemas de saúde. Haldane et al., (2021) destacou em estudo realizado, algumas áreas que necessitam de ações para construção de sistemas de saúde resilientes a nível global. Dentre elas estão o financiamento adequado do sistema de saúde, investimento na força de trabalho, acesso a insumos e manutenção da qualidade da prestação dos cuidados em saúde.

No Brasil, o estudo realizado por Touchton et al., (2021) evidenciou que a resposta montada pelo país, a nível federal, foi lenta e limitada, de modo que os governos estaduais se responsabilizaram em preencher essa lacuna. Corroborando com os achados do caso analisado que evidenciam a preocupação em implementar ações em tempo rápido e oportuno, um estudo realizado no estado do Espírito Santo demonstrou que houve esta mesma preocupação (MASSUDA; KEMPER, 2022). Nas ações implementadas no estado, estavam inclusas medidas relacionadas às capacidades de gestão de sistemas de saúde resilientes definidas por Blanchet et al. (2017).

Dentre as medidas implementadas, podemos citar as relacionadas à prevenção, como distanciamento social, etiqueta respiratória, higienização das mãos, uso de máscara etc. Com a confirmação do primeiro caso, as estratégias visaram, prioritariamente, a contenção da pandemia (isolamento de casos). Já com a confirmação da transmissão comunitária, medidas relacionadas à mitigação da doença passaram a ser praticadas, como o isolamento de casos leves e o internamento dos casos graves (FREITAS et al., 2020). Medidas relacionadas aos sistemas de saúde também foram implementadas como o fortalecimento da rede assistencial através da contratação de pessoal, aumento da capacidade hospitalar e compra de insumos (RACHE et al., 2020).

No que diz respeito à dimensão conhecimento, observa-se que, ainda no início dos primeiros casos confirmados no Brasil, foi relatado

o empenho das áreas técnicas (principalmente da vigilância em saúde) do sistema em buscar informações relacionadas a doença e ao comportamento do vírus, além de trabalharem arduamente na atualização e divulgação dos dados epidemiológicos em tempo ágil. Corroborando com o achado, Forsgren et al. (2022) destacam em estudo realizado, que algumas estratégias podem ser adotadas por gestores para a construção de um sistema de saúde resiliente a exemplo de: sistemas de vigilância aprimorados, gestão e capacidade de recursos humanos fortalecidas, capacidade de comunicação e colaboração, entre outros.

Outra ação inicial implementada pelo sistema estudado foi a elaboração de planos de contingência. Os planos são instrumentos que facilitam o planejamento das ações de gerenciamento em situações emergenciais. Seguindo a orientação do Ministério da Saúde, todos os entrevistados relataram a construção de planos de acordo com seus níveis de atuação, além da publicação de notas técnicas e outros instrumentos informativos que subsidiaram as ações (NEGRI; JESUS; KRUGER, 2020).

Além da busca pelas informações precisas e a divulgação de materiais instrutivos, um dos desafios citados pelos entrevistados foi a capacitação profissional, principalmente relacionada ao atendimento a pacientes graves. A escassez de profissionais acabou repercutindo em uma sobrecarga aos trabalhadores que estavam atuando na linha de frente, que muitas vezes tinham receio de se contaminar, passavam por jornadas de trabalho exaustivas, sem nenhum tipo de acompanhamento em saúde mental, refletindo diretamente no seu bem-estar, conforme estudo realizado em hospital universitário em São Paulo (RIGOTTI et al., 2022).

A pandemia trouxe também um alto índice de informações disseminadas, emergindo a necessidade de uma nova perspectiva de comunicação entre cientistas e sociedade civil. Um estudo realizado em 12 cidades brasileiras apontou que a maioria dos participantes percebem a gravidade da doença e possuem uma alta confiança nos cientistas. Em relação às fontes de informações buscadas pela população foram elencadas quatro fontes apontadas como as mais confiáveis: OMS, cientistas, médicos e profissionais da saúde e Ministério da Saúde. Com o sistema analisado, vimos a preocupação em trazer a informação precisa à população, inclusive com ferramentas como *lives* em redes sociais e entrevistas (MASSARANI et al., 2021; LYNG et al., 2022).

Além da divulgação de informações, outro aspecto importante é a interação entre os sistemas de saúde e outros atores, principalmente como estratégia de aumento da capacidade de atuação do sistema de saúde, a exemplo da ampliação da oferta de serviços em análises laboratoriais, conforme achado no estudo. Essa interação impacta diretamente na governança do sistema, sendo necessária a colaboração com a maior parte dos atores que compõem a sociedade e o fortalecimento da interdependência do sistema de saúde (JUÁREZ-RAMÍREZ et al., 2022).

Dessa forma, partindo da necessidade de atuação intersetorial e, no caso dos sistemas de saúde, entre as outras áreas que compõem os governos estaduais e municipais, foram instituídos os comitês de crise. O Ministério da Saúde instituiu, através do Decreto nº 10.227, o Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19, com objetivo de articular as ações e assessorar a presidência nas questões decorrentes da pandemia (BRASIL, 2020). Seguindo a mesma linha, os entrevistados também relataram a criação de comitê de crise, visando a discussão intersetorial das demandas relacionadas à pandemia, auxiliando no planejamento das ações com um maior escopo de atuação.

Apesar do caso em análise apontar uma boa relação interfederativa (entre estado e municípios), alguns relataram a falta de coordenação, por parte da instância federal, nas ações de combate à pandemia. Ouverney e Fernandes (2022) realizaram um levantamento das leis aprovadas pelo Congresso Nacional em 2020 e demonstraram que houve uma maior autonomia na formulação de políticas, aproximando ainda mais o Poder Legislativo de estados e municípios, principalmente diante da ausência de coordenação do Poder Executivo a nível federal.

A ausência do Estado também repercutiu no desenvolvimento de políticas públicas (que fossem além da saúde) visando o auxílio da população. Petra et al. (2022) aborda que, diante da “insuficiência estatal” e de suas ações equivocadas, a resposta da sociedade foi agir de modo estratégico por meio de medidas de apoio relacionadas à solidariedade. Essas ações demonstraram a potência que a sociedade civil tem em identificar, organizar e implementar ações que repercutam na necessidade dos grupos mais vulneráveis.

Os meios de comunicação e as mídias sociais tiveram papel de grande relevância durante a pandemia, principalmente atrelado a disponibilização e ampliação do acesso a informações por parte

da população. Porém, houve um volume excessivo de informações disseminadas, fenômeno caracterizado como infodemia. Zattar (2020) menciona que, de acordo com a OMS, infodemia seria a propagação de informações de modo excessivo que podem ter como reflexo a disseminação de fatos inverídicos que acabam atrapalhando o acesso a fontes confiáveis.

A OPAS juntamente com a OMS percebendo o impacto que a infodemia poderia causar na pandemia de COVID-19, divulgaram materiais informativos sobre o tema, juntamente com a definição de desinformação. A desinformação está relacionada à propagação de notícias falsas com intuito deliberadamente de enganar. A propagação de notícias inverídicas gera um grande potencial de agravar ainda mais uma crise por despertar sentimentos como ansiedade, depressão e exaustão, além de terem a possibilidade de impactar na tomada de decisão dos gestores (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE, 2020).

No mesmo sentido, os achados do estudo demonstraram que as mídias sociais foram utilizadas como ferramenta de diálogo entre o sistema e a sociedade. Elas potencializam as ações de combate a COVID-19 por possibilitar o compartilhamento de orientações, atualizações e notícias, diversificar os conteúdos com recursos audiovisuais, por exemplo. É importante salientar que, assim como nos meios de comunicação, as mídias sociais também trouxeram desafios como a sobrecarga de informações à população, que muitas vezes podem repercutir na saúde mental das pessoas e a disseminação das notícias falsas ou *fake news* (ARAUJO; SILVA; SANTOS, 2020).

A imprensa tem um papel crucial no rompimento da propagação das notícias falsas, ao atuarem com ética e responsabilidade, informando a população com veracidade e abrindo espaço aos pesquisadores, gestores e profissionais de saúde. Sabe-se que as notícias falsas não ocorrem somente no Brasil, porém, no caso brasileiro, chamou atenção que a disseminação desses tipos de notícias ocorreu em sua maioria vindas por parte da equipe e do chefe de Estado brasileiro e apoiadores. Essa postura pode ter contribuído para a rápida e catastrófica disseminação da doença no país (FALCÃO; SOUZA, 2021).

Observou-se em alguns dos relatos que a imprevisibilidade esteve presente no início da pandemia, refletidas no sentimento de incerteza dos participantes. A imprevisibilidade é considerada uma das repercussões trazidas por situações como pandemias e epidemias, conforme Nascimento (2020). Diante dos cenários incertos e complexos

das crises globais, não há como promover respostas simples. Já no início de 2020, alertava-se a necessidade de os sistemas estarem preparados para lidar com a demanda excessiva que os serviços de saúde poderiam sofrer em decorrência da pandemia de coronavírus (BEDFORD et al., 2020).

Corroborando com isso, o aumento de pessoas infectadas e a rápida velocidade de disseminação, além do conhecimento científico insuficiente no início da pandemia, geraram incertezas relacionadas às melhores medidas de enfrentamento a serem tomadas. No Brasil, diante do contexto de desigualdade social exacerbado, o desafio se mostrou ainda maior aos gestores dos sistemas de saúde (WERNECK; CARVALHO, 2020). Essas incertezas culminaram com alterações de ordem de saúde mental nos trabalhadores, conforme relatado pelos entrevistados. Castro et al. (2020) apontou que sentimentos como ansiedade e medo afetaram profissionais de saúde e gestores que atuaram nas áreas de combate à pandemia, por estarem mais expostos à contaminação, tanto própria quanto de familiares e pessoas do convívio.

Outro aspecto importante foi a disponibilização de insumos. Foram criadas regras excepcionais, que trouxeram maior transparência na divulgação das informações, fundamental no controle e diminuição do risco de desvios e de corrupção. As mudanças ocasionadas pela pandemia nos processos de gestão pública e publicação de dados relacionados a contratações públicas indicam uma possibilidade de melhoria, principalmente por estarem embasadas em recomendações de órgãos de controle. Tem-se assim que a mudança da lógica para aplicação de normas mais flexíveis é necessária, porém o Poder Público deve lançar mão de instrumentos para maior transparência visando o combate à corrupção, fomentando também a potencialidade do controle social (NAVES, 2020).

Observa-se que no estudo de Oliveira et al., (2023) foram apontadas quatro configurações favoráveis à resiliência hospitalar: aumento da capacidade de atendimentos a partir da reorganização dos serviços, gestão de EPs, equipamentos e suprimentos, gestão de pessoal e comunicação com pacientes e familiares. Tais configurações também podem ser tidas, pelos achados deste estudo, como fortalecedoras da capacidade de resiliência pelos sistemas de saúde.

Ainda com todos os desafios e dificuldades vistos no enfrentamento da COVID-19, concluímos que o SUS tem um papel de irrevogável importância, ao conseguir diminuir o impacto de uma das maiores

crises sanitárias dos últimos anos. Diante da visibilidade trazida ao sistema de saúde brasileiro, é necessário discutir sobre o fortalecimento SUS, do reconhecimento social da importância dele e da compreensão de que ele é fruto de conquista popular (ABRASCO, 2022).

## CONCLUSÃO

Crises sanitárias como a do Novo Coronavírus trazem impactos nos diversos âmbitos da sociedade, principalmente aos sistemas de saúde. Por serem imprevisíveis, muitas vezes trazem ainda mais desafios aos sistemas de saúde, que podem não estar preparados para o enfrentamento. Nesse sentido, ressaltamos a importância do debate da capacidade de resiliência dos sistemas de saúde, principalmente em trazerem respostas rápidas e eficazes aos problemas gerados.

No caso brasileiro, observa-se que a falta de coordenação por parte da esfera nacional impactou nas ações de planejamento de estados e municípios, visto que estes esperavam um apoio maior por parte do Ministério da Saúde. Porém, apesar desse fato, houve uma maior autonomia nas ações a serem desempenhadas por gestores estaduais e municipais. O sistema de saúde em análise neste estudo tentou agir de maneira rápida a conter a crise, desempenhando ações que refletiram as características da gestão da resiliência dos sistemas de saúde.

Algumas recomendações que podem ser elencadas aos sistemas de saúde para melhoria da capacidade de gestão da resiliência seriam o estímulo ao desenvolvimento técnico-científico, aumento da oferta da rede de saúde, fortalecimento do diálogo interinstitucional com atores da sociedade, aumento e capacitação da força de trabalho, planejamento das ações de acordo com a realidade do território e embasadas cientificamente e estímulo a incorporação tecnológica na saúde.

É válido ressaltar que estudos que analisem a capacidade de resiliência dos sistemas de saúde devem ser realizados visando a melhoria das ações a serem implementadas em situações de crises, com a do novo coronavírus. O SUS saiu grandioso desta enorme crise, mas ainda assim é imprescindível o desenvolvimento de ações que aumentem a sua capacidade de resiliência, visando não apenas crises que possam vir a ocorrer, mas que esta seja uma característica permanente do sistema.

## REFERÊNCIAS

ALAMI, Hassane *et al.* **How Can Health Systems Better Prepare for the Next Pandemic? Lessons Learned From the Management of COVID-19 in Quebec (Canada).** *Front. Public Health*, [S.L.], v. 9, s/n, p. 01-15, 18 jun. 2021. Frontiers Media SA. <http://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2021.671833>. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.671833/full>. Acesso em: 26 fev. 2023.

ARAÚJO, Alécia Hercidia; SILVA, Isabella Lins; SANTOS, Rosely Leyliane dos. **Evidências científicas acerca do impacto das mídias sociais no enfrentamento da pandemia da covid-19.** *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, [S. L.], v. 3, n. 8, p. 744-766. 2020. Disponível em: <https://interfaces.unileao.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/860>. Acesso em: 26 fev. 2023.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. **A gestão da pandemia no Brasil em toda sua complexidade.** In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA. *Dossiê Abrasco: pandemia de covid-19*. 2. ed. S.L.: Abrasco, 2022. Cap. 2. p. 252-254. Disponível em: [https://ss-usa.s3.amazonaws.com/c/308481554/media/1824637bb2d1e9e9d74927413860285/Abrasco\\_Dossie\\_Pad](https://ss-usa.s3.amazonaws.com/c/308481554/media/1824637bb2d1e9e9d74927413860285/Abrasco_Dossie_Pad). Acesso em: 26 fev. 2023.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2016.

BEDFORD, Juliet *et al.* **COVID-19: towards controlling of a pandemic.** *The Lancet*, [S.L.], v. 395, n. 10229, p. 1015-1018, mar. 2020. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30673-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30673-5). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30673-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30673-5/fulltext). Acesso em: 26 fev. 2023.

BLANCHET, Karl *et al.* **Governance and Capacity to Manage Resilience of Health Systems: towards a new conceptual framework.** *International Journal Of Health Policy And Management*, [S.L.], v. 6, n. 8, p. 431-435, 4 abr. 2017. Maad Rayan Publishing Company. <http://dx.doi.org/10.15171/ijhpm.2017.36>. Disponível em: [http://www.ijhpm.com/article\\_3341.html](http://www.ijhpm.com/article_3341.html). Acesso em: 26 fev. 2023.

BRASIL. **Decreto nº 10.277, de 16 de março de 2020.** Institui o Comitê de Crise para Supervisão e Monitoramento dos Impactos da Covid-19. *Diário Oficial da União: Brasília, DF*, 16 mar. 2020. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2020/decreto/D10277.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/D10277.htm). Acesso em 28 dez. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Painel de casos de doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) no Brasil pelo Ministério da Saúde.** Disponível em: <https://covid.saude.gov.br>. Acesso em: 23 abr. 2023.

BRITO, Sávio Breno Pires *et al.* **Pandemia da COVID-19: o maior desafio do século XXI.** *Vigilância Sanitária em Debate*, [S.L.], v. 8, n. 2, p. 54-63, 29 maio 2020. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciencia y Tecnologia*. <http://dx.doi.org/10.22239/2317-269x.01531>. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1103209/2020\\_p-028.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1103209/2020_p-028.pdf). Acesso em: 26 fev. 2023.

CASTRO, Beatriz Leite Gustmann de *et al.* **COVID-19 e organizações: estratégias de enfrentamento para redução de impactos.** *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, [S.L.], v. 20, n. 3, p. 1059-1063, 2020. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.17652/rpot/2020.3.20821>. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v20n3/v20n3a02.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2023.

FALCÃO, Paula; SOUZA, Aline Batista de. **Pandemia de desinformação: as fake news no contexto da covid-19 no Brasil.** *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, [S.L.], v. 15, n. 1, p. 01-17, 22 mar. 2021. Instituto de Comunicacao e Informacao Cientifica e Tecnologica em Saude. <http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v15i1.2219>. Disponível em: <https://www.recis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/2219>. Acesso em: 26 fev. 2023.

FORMAN, Rebecca *et al.* **12 Lessons learned from the management of the coronavirus pandemic.** *Health Policy*, [S.L.], v. 124, n. 6, p. 577-580, jun. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.05.008>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32425281/>. Acesso em: 23 abr. 2023.



FORSGREN, Lena *et al.* **Health systems resilience in practice: a scoping review to identify strategies for building resilience.** *Bmc Health Services Research*, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 01-09, 19 set. 2022. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-022-08544-8>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-08544-8>. Acesso em: 26 fev. 2023.

FREITAS, Carlos Machado de *et al.* **A gestão de riscos e governança na pandemia por COVID-19 no Brasil: análise dos decretos estaduais no primeiro mês.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. 78 p. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/relatoriocepedes-isolamento-social-outras-medidas.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2023.

GLOVER, Rebecca E. *et al.* **A framework for identifying and mitigating the equity harms of COVID-19 policy interventions.** *Journal Of Clinical Epidemiology*, [S.L.], v. s/n, n. 128, p. 35-48, dez. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.06.004>. Disponível em: [https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356\(20\)30597-7/fulltext](https://www.jclinepi.com/article/S0895-4356(20)30597-7/fulltext). Acesso em: 26 fev. 2023.

HALDANE, Victoria *et al.* **Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries.** *Nat Med*, v. 27, p. 964-980, 17 mai. 2021. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01381-y>. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41591-021-01381-y>. Acesso em: 24 abr. 2023.

JUÁREZ-RAMÍREZ, Clara *et al.* **Local health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from Mexico.** *Health Policy And Planning*, [S.L.], v. 37, n. 10, p. 1278-1294, 7 jul. 2022. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czac055>. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapol/article/37/10/1278/6633737?login=false>. Acesso em: 28 dez. 2022.

KERR, Ligia *et al.* **COVID-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados.** *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 25, n. 2, p. 4099-4120, out. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28642020>.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kYBX8WJpfFGSzmWdtV5CcT/?lang=pt>. Acesso em: 26 fev. 2023.

KRUK, Margaret e *et al.* **What is a resilient health system? Lessons from Ebola.** *The Lancet*, [S.L.], v. 385, n. 9980, p. 1910-1912, mai 2015. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)60755-3](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(15)60755-3). Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60755-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60755-3/fulltext). Acesso em: 26 fev. 2023.

LYNG, Hilda Bø *et al.* **Capacities for resilience in healthcare; a qualitative study across different healthcare contexts.** *Bmc Health Services Research*, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 1-14, 10 abr. 2022. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-022-07887-6>. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-07887-6#citeas>. Acesso em: 28 dez. 2022.

MASSARANI, Luisa *et al.* **Confiança, atitudes, informação: um estudo sobre a percepção da pandemia de covid-19 em 12 cidades brasileiras.** *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.L.], v. 26, n. 8, p. 3265-3276, ago. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232021268.05572021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kSCvFtj9h6hcNdXRWVTkPPn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 dez. 2022.

MASSUDA, Adriano; KEMPER, Elisandrea Sguario. **O SUS capixaba na Covid-19: a capacidade de resiliência do sistema de saúde.** In: MASSUDA, Adriano; KEMPER, Elisandrea Sguario (org.). *Inovações na Gestão em Saúde e a Resiliência do SUS: a experiência capixaba na resposta à covid-19.* Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2022. p. 125-127. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/10/Livro-Inovacoes-na-Gestao-em-Saude-e-a-Resiliencia-do-SUS-a-experiencia-capixaba-na-resposta-a-Covid-19.pdf>. Acesso em: 26 fev. 2023.

MENDES, Geisa do Socorro Cavalcanti Vaz; SORDI, Mara Regina Lemes de. **Metodologia de avaliação de implementação de programas e políticas públicas.** *Eccos – Revista Científica*, [S.L.], n. 30, p. 93-112, 5 abr. 2013. University Nove de Julho. <http://dx.doi.org/10.5585/>

eccos.n30.3697. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/eccos/article/view/3697>. Acesso em: 26 fev. 2023.

MUSTAFA, Saqif *et al.* **COVID-19 Preparedness and Response Plans from 106 countries: a review from a health systems resilience perspective.** Health Policy And Planning, [S.L.], v. 37, n. 2, p. 255-268, 31 jul. 2021. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/heapol/czab089>. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapol/article/37/2/255/6332750>. Acesso em: 26 fev. 2023.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do. **Entre o medo e o enfrentamento das epidemias: uma reflexão motivada pela COVID-19.** 2020. Disponível em: <https://coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1788-entre-o-medo-e-o-enfrentamento-das-epidemias-uma-reflexao-motivada-pela-covid-19.html>. Acesso em: 26 fev. 2023.

NAVES, Fernanda de Moura Ribeiro. **O controle da transparência das contratações públicas durante a pandemia.** Controle Externo: Revista do Tribunal de Contas do Estado de Goiás, Belo Horizonte, v. 02, n. 03, p. 35-48, jan/jul. 2020.

NEGRI, Fabiana Luiza; JESUS, Edivane de; KRÜGER, Tania Regina. **Planos de Contingência em razão da Pandemia de Covid-19: subsídios para elaboração.** Núcleo de Estudos e Pesquisa: Trabalho, Questão Social e América Latina, Florianópolis, S.N., p. 01-15, 25 jun. 2020. Disponível em: [https://suassccovid19.files.wordpress.com/2020/07/textoplanosdecontingecc82ncia\\_dssufsc1.pdf](https://suassccovid19.files.wordpress.com/2020/07/textoplanosdecontingecc82ncia_dssufsc1.pdf). Acesso em: 26 fev. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19.** Geneva: S.N., 2020. 5 p. (Ferramentas de conhecimento). Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic\\_por.pdf?sequence=16](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic_por.pdf?sequence=16). Acesso em: 26 fev. 2023.

OUVERNEY, Assis Luiz Mafort; FERNANDES, Fernando Manuel Bessa. **Legislativo e Executivo na pandemia de Covid-19: a emergência de uma conjuntura crítica federativa?.** Saúde em Debate, [S.L.],

v. 46, n. 1, p. 33-47, mar. 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042022e102>. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/5956/753>. Acesso em: 28 dez. 2022.

PETRA, Priscila Cardia *et al.* **Solidariedade pandêmica: respostas da sociedade diante da insuficiência estatal.** Ciência & Saúde Coletiva, [S.L.], v. 27, n. 11, p. 4107-4116, nov. 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320222711.11052022>. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2022.v27n11/4107-4116/pt>. Acesso em: 28 dez. 2022.

RACHE, Beatriz *et al.* **Para Além do Custeio: Necessidades de Investimento em Leitos de UTI no SUS sob Diferentes Cenários da COVID-19:** nota técnica n.7.. São Paulo: Ieps, 2020. 6 p. Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2021/11/IEPS-NT7.pdf>. Acesso em: 23 abr. 2023.

RIDDÉ, Valéry *et al.* 2021. **Learning from Public Health and Hospital Resilience to the SARS-CoV-2 Pandemic: Protocol for a Multiple Case Study (Brazil, Canada, China, France, Japan, and Mali).** Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00707-z>. Acesso em: 24 abr 2023

RIGOTTI, Ariane Ranzani *et al.* **Resiliência de Sistemas de Assistência à Saúde no enfrentamento da COVID-19: relato de experiência.** Revista da Escola de Enfermagem da Usp, [S.L.], v. 56, p. 1-8, 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2021-0210pt>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/LRQmn4znr9JzttgtD4RCVLP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 dez. 2022.

OLIVEIRA, Sydia Rosana de Araújo *et al.* **Potential Strengths and Weaknesses in Hospital Resilience in the Context of the COVID-19 Pandemic in Brazil: A Case Study.** Health Systems & Reform, [S.L.], v. 9, n. 2, p. 01-10, 10 abr. 2023. <http://dx.doi.org/10.1080/23288604.2023.2177242>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2023.2177242>. Acesso em: 25 abr. 2023.

TOUCHTON, Michael *et al.* **A partisan pandemic:** state government public health policies to combat covid-19 in brazil. *Bmj Global Health*, [S.L.], v. 6, n. 6, p. 01-10, jun. 2021. BMJ. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005223>. Disponível em: <http://gh.bmj.com/content/6/6/e005223.abstract>. Acesso em: 23 abr. 2023.

WERNECK, Guilherme Loureiro; CARVALHO, Marília Sá. **A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5, p. 01-04, maio 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00068820>. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1036/a-pandemia-de-covid-19-no-brasil-cronica-de-uma-crise-sanitaria-anunciada>. Acesso em: 26 fev. 2023.

YIN RK. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 2 ed. 2001. 30–33 p.

ZATTAR, Marianna. **Competência em Informação e Desinfodemia no contexto da pandemia de Covid-19.** *Liinc em Revista*, [S.L.], v. 16, n. 2, p. 01-13, 11 dez. 2020. *Liinc em Revista*. <http://dx.doi.org/10.18617/liinc.v16i2.5391>. Disponível em: <https://revista.ibict.br/liinc/article/view/5391/5112>. Acesso em: 26 fev. 2023.

## ✓ A formação em avaliação em saúde: considerações a partir da graduação em saúde coletiva

**Keila Silene de Brito e Silva**

Universidade Federal de Pernambuco/Centro Acadêmico de Vitória/Núcleo de Saúde Coletiva. *Federal University of Pernambuco/Academic Center of Vitória/Vitória de Santo Antão/Collective Health Nucleous, Brazil*  
keila.britosilva@ufpe.br Orcid: 0000-0002-0291-0708

**Wagner Yoshizaki Oda**

Universidade Federal de São Paulo/Instituto Saúde e Sociedade. *Federal University of São Paulo/Health and Society Institute*  
wagner.oda@unifesp.br Orcid 0000-0002-3043-6396

**Adriana Falangola Benjamin Bezerra**

Universidade Federal de Pernambuco/Centro de Ciências Médicas/Área Acadêmica de Saúde Coletiva. *Federal University of Pernambuco/Medical Sciences Center/Public Health Academic Area*  
adriana.bbezerra@ufpe.br Orcid 0000-0002-5278-3727

**Juarez Pereira Furtado**

Universidade Federal de São Paulo/Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva. *Federal University of São Paulo/Public Policies and Collective Health Department*. jpfurtado@unifesp.br Orcid 0000-0001-6605-1925

**Resumo:** Neste estudo analisamos alguns aspectos relacionados à formação em Avaliação em Saúde, abordando disciplinas de cursos de graduação em Saúde Coletiva ligadas ao tema. Na página virtual da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e do sistema e-MEC foram identificados vinte e quatro cursos de graduação de interesse. Atenderam os critérios de possuir ementa online e respectivas referências bibliográficas onze cursos, totalizando vinte e cinco disciplinas. Por meio da leitura dos projetos pedagógicos, ementas disciplinares e realização de estudo bibliométrico das referências bibliográficas, identificamos as obras e autores preponderantes e a consideração da interface da Avaliação com áreas afins como o Planejamento, a Gestão e a Informação em Saúde. Do total de 241 autores presentes nas bibliografias, a maioria é de autores nacionais. Foi identificado certa profundidade, diversidade e interface da avaliação com áreas afins, provendo meios para reflexões epistemológicas e metodológicas.

**Palavras-chave:** formação acadêmica; saúde coletiva; currículo; ensino; territorialização da educação; bibliometria

### EN Training in health evaluation: considerations from the under graduation in collective health

**Abstract:** Approaching courses from undergraduate Collective Health programs some aspects related to training in Health Evaluation were analyzed. Twenty-four undergraduate programs of interest were identified on Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) web page and the e-MEC system. Eleven programs met the criteria of having course information and respective bibliographic references on the internet, totaling twenty-five courses. By reading the pedagogical projects (PP) and course descriptions (CD) and bibliometric study of the bibliographic references used, predominant authors and works were identified as well as the consideration of the interface of the Evaluation with related areas such as Planning, Management and Information in Health. Based on this information, we discuss possible implications of the findings for advancing the territorialization of training in Health Evaluation and highlight some aspects that we consider important and defensible in approaching Health Evaluation in Brazil.

**Key-words:** academic training; public health; curriculum; teaching; territorialization of education; bibliometrics

### ES Formación en evaluación en salud: consideraciones desde el grado en salud colectiva

**Resumen:** En este estudio, analizamos algunos aspectos relacionados con la formación en Evaluación en Salud, abordando asignaturas de cursos de grado en Salud Colectiva relacionadas con el tema. En la página virtual de la Asociación Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) y el sistema e-MEC, fueron identificados veinticuatro cursos de grado de interés. Once cursos cumplieron con los criterios de tener informaciones de la asignatura y las respectivas referencias bibliográficas, totalizando veinticinco asignaturas. Mediante la lectura de los proyectos pedagógicos, informaciones de la asignatura y realizando un estudio bibliométrico de las referencias bibliográficas, identificamos las principales obras y autores y la consideración de la interfaz de la Evaluación con áreas afines como Planificación, Gestión e Información en Salud. Con base en esta información, discutimos las posibles implicaciones de los datos para avanzar en la territorialización de la formación en Evaluación en Salud y destacamos algunos aspectos que consideramos importantes y defendibles en el abordaje de la Evaluación en Salud en Brasil.

**Palabras-clave:** actividad formativa; salud colectiva; bibliometría

### FR La formation en évaluation en santé: les considérations de premier cycle en santé collective

**Résumé:** Dans cette étude, on a examiné certains aspects de la formation en évaluation en santé, en abordant des premiers cycles de Santé Collective. Sur la page virtuelle de l'Association Brésilienne de Santé Collective (ABRASCO) et du système e-MEC ont été identifiés vingt-quatre cours. Onze cours répondaient aux critères, ajoutant vingt-cinq disciplines, selon la disponibilité en ligne des références bibliographiques. Travers la lecture des projets pédagogiques, des enregistrement des disciplines et la réalisation d'études bibliométriques des références bibliographiques, nous identifions les œuvres et les auteurs prépondérants et aussi la considération de l'interface de l'évaluation avec des domaines connexes comme la Planification, la Gestion et l'Information en Santé. Étant donné ces informations, nous avons considéré la nécessité de l'avancement de la territorialisation dans la formation en évaluation de la santé et souligné certains aspects que nous considérons importants dans l'approche de l'évaluation de la santé au Brésil.

**Mots-clés:** formation académique; santé publique; programme d'études; enseignement; territorialisation de l'éducation; bibliométrie.

## INTRODUÇÃO

Nos anos de 1990, a partir da democratização no Brasil, são impulsionadas as discussões sobre a criação dos cursos de graduação em Saúde Coletiva, considerando a urgência de antecipar e ampliar a formação de profissionais sanitários quantitativamente condizente à expansão do SUS e com perfil adequado ao modelo de atenção à saúde reestruturado no país (Teixeira, 2003; Meneses *et al*, 2017). Tendo em vista a compreensão da Saúde Coletiva acerca da complexidade do processo saúde-doença e suas determinações (Velloso *et al*, 2016), a graduação nesta área está centrada na formação interdisciplinar, privilegiando vários conhecimentos e respectivos modos de conhecer de três áreas: Epidemiologia; Política, Planejamento e Gestão; e Ciências Sociais e Humanas (Meneses *et al*, 2017). A complexidade e novidade representada por essas graduações a tornam objeto de interesse à análise, em seus diversos aspectos e componentes, como atesta revisão recentemente publicada (Agostinho Neto *et al*, 2022).

As disciplinas contempladas em cada um desses três pilares da Saúde Coletiva podem se desdobrar em diferentes enfoques nos diversos cursos de graduação em Saúde Coletiva (ou de nomes correlatos), porém, cada eixo abrange alguns elementos básicos que se mostram presentes, sendo comuns a todos eles. Na área das Ciências Sociais e Humanas, por exemplo, é recorrente, entre as disciplinas a ela ligadas, a abordagem de conteúdos da Antropologia e da Sociologia da Saúde (Carneiro e Pereira, 2019). Na Epidemiologia, disciplinas como Vigilância em Saúde e Bioestatística comumente estão presentes. Com relação aos conteúdos das disciplinas que, de algum modo, abordam a Avaliação em Saúde, estão ancorados no eixo da Política, Planejamento e Gestão, e podem ou não figurar como uma disciplina específica, talvez em razão da trajetória dessa temática no interior da Saúde Coletiva.

A abordagem das concepções e métodos do Planejamento, que é um procedimento simultaneamente epistêmico, técnico e político foi, ao longo do tempo, profundamente afetado pela “febre” da avaliação, que passou de etapa constituinte do processo de planejamento a um espaço apartado e que reivindica autonomia em relação à sua área de origem (Furtado e Vieira-da-Silva, 2014). Tal mudança é atestada pelo crescimento significativo de publicações sobre avaliação no Brasil,

que toma relevância a partir de meados dos anos 2000, convergindo com o aumento geral do interesse pela avaliação de políticas públicas no país, com ênfase no setor Saúde e sendo sincrônico ao declínio nacional de publicações relacionadas ao planejamento em saúde (Furtado *et al*, 2018).

Essa progressiva hegemonia da Avaliação sobre o Planejamento é resultado de vários fatores, dentre os quais a adoção de uma lógica de gestão baseada em resultados, frequentemente chamada de gerencialista, que passou a ter grande influência sobre a gestão pública e que, por sua vez, parece ter encontrado na Avaliação o respaldo necessário para a tomada de decisão baseada no produtivismo, na eficiência e em outros critérios comuns a certos tipos de gestão (Carnut e Mendes, 2018). Afinal, o campo da Saúde não ficou imune à pressão por adoção de modelos de avaliação baseados em incentivos financeiros e indicadores quantitativos de produção dos serviços, alheios à diversidade territorial e cultural do país (Silva *et al*, 2023). As bases teóricas que fundamentam essas produções tendem a ser ancoradas em perspectivas avaliativas mais tradicionais, a despeito do avanço das abordagens alternativas de avaliação desde a década de 1990 (Guba e Lincoln, 1989; House e Howe, 2000; Mercado e Bosi, 2006).

É de se esperar que o que vimos afirmando até aqui se reflita na formação em avaliação de egressos de cursos de Saúde Coletiva e afins. Por isso, nos parece pertinente o estudo dos componentes oficiais que balizam a abordagem da temática junto aos estudantes, por meio da leitura e análise dos respectivos projetos pedagógicos e das ementas de disciplinas que, de algum modo, abordam as temáticas que constituem o objeto deste artigo, buscando esclarecer algumas questões e constituir bases para novos estudos. Assim, nos propomos a considerar a formação em Avaliação em Saúde na graduação em Saúde Coletiva, estabelecendo metodicamente os referenciais bibliográficos mais usados e respectivos autores, bem como analisar as relações estabelecidas entre as áreas do Planejamento e da Avaliação em Saúde nos referidos processos formativos. A maior ou menor permeabilidade dos documentos citados às questões locais e/ou territoriais que perpassam o país ou a região circunvizinha e a necessidade de desenvolvimento de mais referenciais nessa direção serão debatidos nos tópicos finais do texto.

## O MÉTODO UTILIZADO

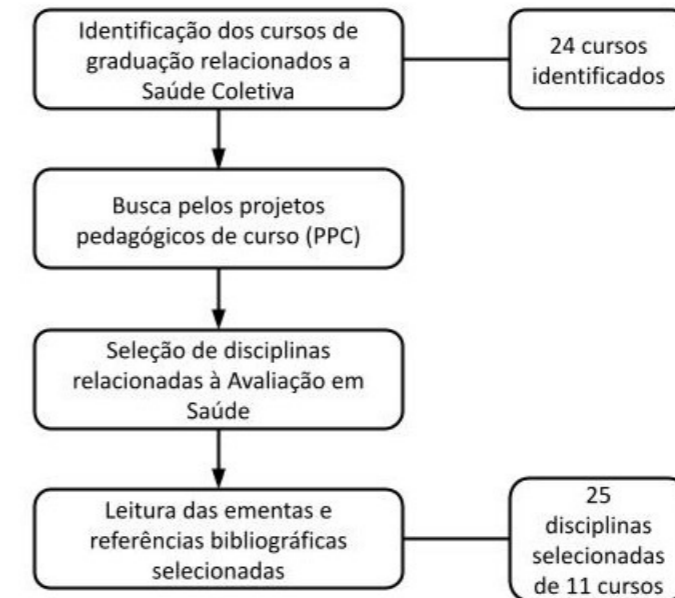
A partir da página virtual da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e do sistema e-MEC, foram identificados vinte e quatro cursos de graduação de interesse para a investigação, sendo dezenove deles nomeados como curso de Saúde Coletiva e os demais, respectivamente, como cursos de Saúde Pública; Gestão em Saúde Coletiva Indígena; Gestão de Serviços de Saúde; Administração em Sistemas e Serviços de Saúde; e Gestão em Saúde Ambiental. Os referidos cursos estão distribuídos nas cinco regiões geográficas do Brasil. Do total desses cursos, dezoito estão inseridos e participam com regularidade do fórum de graduação em Saúde Coletiva da ABRASCO, criado em 2010. Este fórum visa, dentre outras iniciativas, promover o debate relativo ao reconhecimento e regulamentação dos cursos e fomentar discussões e ações de interesse para o desenvolvimento da carreira e do cenário profissional dos sanitaristas (Meneses, 2014).

Identificados os cursos, acessamos e analisamos os projetos pedagógicos, disponibilizados nas páginas virtuais de cada um deles, a partir dos quais levantamos as disciplinas específicas de avaliação ou que pudessem abordar essa temática. Para levantar e agrupar disciplinas pertinentes, em um primeiro momento, procuramos aquelas nas quais constava no título explícita menção ao nosso objeto de interesse e/ou aquelas que remetessem a áreas tradicionalmente de interface com a avaliação, quais sejam: “avaliação”, “planejamento”, “monitoramento”, “gestão”, “políticas públicas”, “serviços de saúde”, “informação” e “indicadores”. Uma vez identificada uma disciplina com qualquer uma destas palavras no título, procedíamos à leitura da ementa e das referências bibliográficas, de modo a verificar a sua pertinência ou não para a constituição de nosso corpus. Havendo referência à Avaliação em Saúde, em alguma perspectiva, eram incluídas como objeto de análise inicial.

Ressaltamos que para essa inclusão era necessário que as disciplinas, além de ter a Avaliação em Saúde como objeto, possuísem ementas disponíveis *online*, nos sites do próprio curso, e necessariamente acompanhadas das referências bibliográficas. Assim, atenderam a esses últimos critérios de inclusão vinte e cinco

disciplinas, por sua vez, compondo onze cursos, sendo que três destes possuem mais de uma disciplina relacionada à avaliação (Figura 1).

**Figura 1 - Diagrama de seleção do material analisado**



Fonte: Autores(as)

As informações sobre as disciplinas foram sistematizadas em um arquivo eletrônico contendo a integralidade daquelas que passaram pelo crivo estabelecido (Figura 1). De modo a organizarmos as informações de potencial interesse para o estudo, identificamos o nome da instituição; nome do curso; título da disciplina; carga horária; semestre em que é ofertada; conteúdo da ementa; bibliografia obrigatória e complementar, constituindo a fonte de nossa análise bibliométrica. Desta, utilizamos o título da disciplina, conteúdo da ementa e bibliografia complementar e obrigatória no processo de análise, as demais constituem material para potenciais estudos.

Considerando o relativamente restrito volume de texto final do corpus constituído, este foi abordado integralmente, sendo relido algumas vezes de modo a tematizar os assuntos de interesse para

o estudo. Assim, destacamos o objeto de avaliação considerado nas ementas (se políticas, programas, tecnologia, economia etc); a consideração ou não de interfaces com temas afins (como auditoria, monitoramento, planejamento); o lugar ocupado pelos indicadores; os atributos e critérios de avaliação (quando mencionados); e a menção ou não a estudos críticos sobre o tema.

Por sua vez, o estudo das bibliografias obrigatória e complementar presentes nas respectivas ementas permitiu qualificar e quantificar as publicações e autores referidos (Araújo, 2006). Por meio de análise de citação, verificou-se a frequência com que cada autor é indicado nas bibliografias e a frequência com que cada obra é relacionada. A citação, como sabemos, apresenta-se como indicador do impacto e da influência de um autor em uma determinada área de conhecimento (Grácio, 2020). Com base nessa bibliometria, destacamos os títulos de obras citadas ao menos três vezes, e os autores que alcançaram, igualmente, no mínimo três referências no conjunto de disciplinas analisadas. A articulação entre análise das ementas e dos dados oriundos da bibliometria, embasou a elaboração de considerações aqui compartilhadas e que pretendem gerar subsídios ao avanço da formação em Avaliação em Saúde, em geral, e nos cursos de graduação considerados, em particular.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O conjunto de 241 autores presentes nas bibliografias é majoritariamente constituído por autores nacionais. Ao considerar um recorte composto por aqueles que foram referidos três vezes ou mais (Tabela 1), temos, praticamente, apenas colegas brasileiros e de evidente inserção no espaço da Avaliação e/ou do Planejamento, sendo as exceções a presença do libanês radicado nos EUA, Avedis Donabedian (que foi referência quase obrigatória na avaliação em Saúde, no Brasil dos anos 1990) e do chileno Carlos Matus (importantes referências para a área do Planejamento em Saúde).

**Tabela 1 - Autores citados três ou mais vezes**

Autores	N	Autores	N
MINISTÉRIO DA SAÚDE	15	NOVAES HMD	4
CAMPOS GWS	14	RIVERA FJU	4
ESCOREL S	10	SAMICO I	4
MINAYO MCS	10	TAMAKI EM	4
TANAKA OY	10	TEIXEIRA CF	4
GIOVANELLA L	9	ARTMANN E	3
HARTZ ZMA	9	DONABEDIAN A	3
CARVALHO AI	8	FIGUEIRÓ AC	3
LOBATTO LVC	8	FRIAS PG	3
NORONHA JC	8	FURTADO JP	3
DRUMOND JR M	7	LIMA LD	3
CONASS	6	NITA ME	3
AKERMAN M	6	NOBRE MRC	3
CARVALHO YM	6	ONO NITA SK	3
FELISBERTO E	6	PAIM JS	3
BRASIL	5	PIOLA SF	3
PINHEIRO RG	5	SALA A	3
MENDES EV	4	SECOLI SR	3
MATUS C	4	VIEIRA DA SILVA LM	3

De certo modo, essa situação contrasta com análise bibliométrica feita anteriormente (Furtado *et al*, 2018), a partir de um número especial sobre Avaliação em Saúde, da revista Saúde em Debate, editada no ano de 2017. No caso desta revista, no seu conjunto de artigos, os sete autores mais referidos eram todos canadenses ou americanos, exceção feita apenas à presença da autora Zulmira Hartz. Ainda nesse número especial, e ampliando um pouco mais o foco, ao ser considerado o total de referências específicas de autores reconhecidamente da avaliação, ali presentes, havia equilíbrio na proporção entre aqueles de origem nacional e os originários de outros países. Porém, quando em mais um esforço de análise, se destacou as referências de cunho predominantemente teórico,

ou seja, aquelas de autores que davam especial sustentação e direcionamento aos trabalhos ali publicados, a quantidade de autores internacionais se mostrou quase duas vezes maior que aquela de origem brasileira. Em síntese, foi identificada a preponderância de autores e publicações estrangeiras, sobretudo americanas e canadenses, em relação à produção de pesquisadores brasileiros, no número considerado, particularmente no que constituía o arcabouço teórico.

O que a aproximação dos dados oriundos do número da revista e das ementas objetivamente nos permite depreender é que, por um lado, os pesquisadores da revista se basearam predominantemente em autores de países centrais para a formulação de seus trabalhos avaliativos, enquanto os docentes encarregados da formação de profissionais, considerando as disciplinas analisadas, dão preferência a publicações desenvolvidas no Brasil, com predomínio daquelas surgidas a partir dos anos 2000. Ao adotar esse caminho, os docentes parecem considerar a existência, no Brasil, de literatura suficientemente produzida para atender às necessidades da formação de futuros sanitaristas na temática da avaliação.

A natureza das referências dirigidas à formação desses profissionais, portanto, não é a mesma daquelas que sustentam pesquisas e reflexões inéditas de avaliadores e planejadores, publicadas em revistas especializadas. Ainda assim, pode ser de interesse levantar algumas considerações em torno da discrepância entre uma análise bibliográfica e outra. Tal diferença pode ser parcialmente explicada pelo eventual privilégio de se adotar publicações em português, nos cursos de graduação em geral, de modo a reduzir barreiras linguísticas e dificuldades de acesso aos livros e artigos de interesse, pelos estudantes. Ou seja, pode-se considerar que o predomínio de autores brasileiros, entre os indicados, se dê por razões pragmáticas de garantia de acesso e compreensão pelas turmas em formação. Porém, considerando que com exceção de Michael Patton, os demais autores estrangeiros da revista considerada têm vários textos em português, pode ser que outras razões concorram para a definição da bibliografia recomendada, no que concerne à maior ou menor presença de autores estrangeiros, algo que requer estudos futuros envolvendo interlocução direta com os docentes responsáveis, de modo a extrair mais informações e delinear melhor os respectivos contextos institucionais.

Mesmo a referência a publicações de países vizinhos, oriundas do continente sulamericano ou a aproximação ao debate envolvendo a produção de saber, na área, nos chamados países colonizados, é restrita. É ilustrativo dessa situação a pouca referência ao livro organizado por Maria Lúcia Bosi e Francisco Mercado, em 2006, intitulado “Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes” (Bosi e Mercado, 2006) - uma das raras publicações nacionais que articula autores latinoamericanos (que não somente brasileiros) e de países centrais em torno de proposições críticas para a adaptação e avanço da área numa perspectiva do Sul Global. A baixa indicação à produção de Bosi e Mercado, por exemplo, pode ser um indicativo do quanto ainda estamos distantes de uma formação mais inclusiva no campo da avaliação e que supere uma prática avaliativa orientada pela racionalidade dos países centrais, olhando para a produção vizinha ou da chamada conexão Sul-Sul global.

Por outro lado, um recente estudo desenvolvido por Gussi (2019) demonstra a possibilidade concreta de reconstrução dos caminhos formativos em avaliação a partir da análise do campo teórico-metodológico adotado no Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas (MAPP) da Universidade Federal do Ceará (UFC). A partir da investigação, o autor aponta que o MAPP avançou de maneira significativa na adoção de aportes epistemológicos e metodológicos contra hegemônicos na direção de construir pesquisas avaliativas de políticas públicas mais democráticas.

Nos estudos e discussões sobre decolonialidade, reflete-se acerca das manutenções de poder, inclusive no campo do saber, entendendo-se que “a colonialidade sobrevive ao colonialismo” (Quintero, Figueira e Elizalde, 2019, p.5), ou seja, há aspectos de subjugação no âmbito do poder e do saber que perduram, de modo hegemônico, mesmo após a independência política de ex-colônias. Apesar do fim da dominação política e territorial explícita, estruturas sociais de matriz colonial podem permanecer vivas, resultando em cenários de profunda dependência nos países latino-americanos, a exemplo da colonialidade do saber, em que o modelo europeu de conhecer é adotado como epistemologia norteadora, como se fosse possível haver uma universalização de cenários e práticas (Lander, 2000). O que afirmamos nestes parágrafos pode ser indício justamente de uma lacuna a ser ainda preenchida, no sentido de adensar o debate em torno de concepções e métodos em avaliação que contemple de



forma ampla e profunda as especificidades dos territórios nos quais se desenvolvem as intervenções avaliadas.

Reflexões sobre aspectos éticos e filosóficos da avaliação vêm se acumulando há algum tempo (Revista Cités, 2009; Balandier, 2015), sendo, no entanto, mais recentes aquelas relativas aos potenciais aspectos colonizadores do pensamento e práticas avaliativas, feitas sobretudo por autores de alguns países do continente africano (Chilisa, 2020, 2021). É desse continente que partem discussões sobre a influência das agências financiadoras nos processos avaliativos, a necessidade de formação de profissionais *in loco* (Buyum, 2020), a consideração de referências e racionalidades distintas daquela eurocêntrica (Waapalaneexkweew, 2018), dentre outras que, no seu conjunto, problematizam aspectos políticos, epistemológicos e metodológicos das práticas avaliativas (Pant *et al*, 2022) em uma perspectiva anti-colonialista e territorializada de avaliação (Cloete e Auriacombe, 2019).

Não se trata de emular e transpor posturas e discussões de alguns colegas de países do continente africano para o nosso contexto, afinal, as próprias referências citadas neste parágrafo indicam as especificidades do volume e modo de financiamento dos países centrais à avaliação feita naquele continente, bem como aspectos culturais envolvidos no processo. A despeito disso, no entanto, há um instigante aceno da referida produção em problematizarmos com mais profundidade os aspectos e especificidades territoriais presentes ou não na concepção e desenvolvimento de iniciativas de Avaliação em Saúde e outras pesquisas avaliativas no Brasil e nos países vizinhos. Em outras palavras, os esforços dos colegas do continente africano em problematizar aspectos da área ainda pouco abordados no Brasil, representam um convite ao aprofundamento de questões essenciais às práticas avaliativas no chamado Sul Global. Há especificidades no conjunto desses países que justificam a elaboração de modos próprios de avaliar intervenções, sendo que abordagens críticas ao chamado desenvolvimentismo poderiam constituir ponto de partida nessa perspectiva anticolonialista e de busca de referenciais e critérios que relativizam a própria noção de desenvolvimento - que desvincula as transformações econômicas da dinâmica social, imposta aos chamados países periféricos (Marques Neto *et al*, 2001).

Com relação ao conteúdo das ementas analisadas, diferentemente do que discutimos anteriormente (Furtado *et al*, 2018), ao apontarmos

um certo ocaso do Planejamento em Saúde em relação à Avaliação no mesmo setor, constatamos significativa importância dada ao estudo e aos autores ligados à planificação. Diferentemente da pós-graduação em Saúde Coletiva, que reduziu drasticamente a oferta de disciplinas sobre planejamento a partir dos anos 2000, encontramos várias disciplinas das graduações endereçadas principalmente à temática do Planejamento e, em parte, à Avaliação, sendo que, um número considerável delas ainda articulam ao Planejamento, no título, menções a duas ou mais áreas: “Administração”, e/ou “Gestão”, e/ou “Monitoramento” e/ou “Política”.

Na Saúde Coletiva, estudo sobre o subespaço da Avaliação (Furtado e Vieira-da-Silva, 2014) aponta contínuo distanciamento e autonomia relativa do mesmo em relação ao Planejamento, à Epidemiologia e às Ciências Sociais, adquirindo referenciais teóricos e metodológicos próprios. Ainda que Planejamento e Avaliação constituam fases de um mesmo processo, o desenvolvimento dos pensamentos em Planejamento e Avaliação, no interior da Saúde Coletiva, apresenta particularidades. O Planejamento na Saúde Pública, a partir do final dos anos 1970, teve a sua perspectiva normativa criticada pela centralidade no aspecto econômico. A partir daí, foi configurado o denominado enfoque estratégico de Planejamento, de Mario Testa (sanitarista argentino) e a planificação situacional de Carlos Matus (economista chileno), que começava a ser viável na conjuntura de declínio dos regimes autoritários e de exceção na América Latina (Furtado e Vieira-da-Silva, 2014).

A influência de Donabedian nas discussões e práticas da avaliação no Brasil, no final da década de 1980, permitiu articulações da Avaliação com os referenciais, então emergentes, do Planejamento e Gestão no contexto da Reforma Sanitária Brasileira. No entanto, ao menos do ponto de vista de pesquisas espelhadas pelas publicações em revistas especializadas, o crescimento da Avaliação em Saúde vem se dando em detrimento do Planejamento em Saúde, conforme já discutido (Furtado *et al*, 2018).

A presença do Planejamento, ora mais, ora menos desatrelado da Avaliação, nas disciplinas de graduação analisadas, revela a importância que o mesmo segue tendo como tema e ferramenta da futura atuação de profissionais sanitários, conforme apontado por Sobral *et al* (2017). Estudos futuros poderão captar não só as razões da manutenção do interesse pelo Planejamento nos cursos considerados,

mas, também, como o mesmo é compreendido e articulado com as demais áreas, principalmente a Avaliação. Por hora, se pode inferir que ambos - Planejamento e Avaliação - figuram como focos de interesse, não parecendo haver supremacia de um em detrimento de outro. Isso não deixa de ser positivo, na medida em que, como já afirmado por Furtado *et al* (2018, p.9),

*...o confronto entre Planejamento e Avaliação em Saúde parece servir à expansão gerencialista, no contexto de reformas da gestão pública baseadas quase exclusivamente no desempenho. No entanto, importa resgatar o que essas duas importantes subáreas e respectivos acúmulos teóricos e metodológicos têm a contribuir no contexto de precarização das relações e dinâmicas de trabalho e do próprio setor Saúde na atualidade. A articulação e potencialização do que Planejamento e Avaliação podem oferecer, por intermédio de seus acúmulos teórico-metodológico nas últimas décadas - propiciar análise dos diversos níveis institucionais; instaurar novas aprendizagens e revisões das intervenções abordadas; melhorar a comunicação entre os integrantes das equipes, gestores e demais agentes; aumentar a capacidade de produção de saúde pelos coletivos envolvidos; qualificar a oferta aos usuários, dentre outras - é a saída para que ambos não sejam subjugados, servindo de instrumentos a diferentes formas de dominação.*

Ainda com relação ao conteúdo das ementas, chama a atenção a presença explícita de recortes da Avaliação em Saúde segundo objetos e enfoques, havendo alusão à Avaliação de Programas e Serviços, Avaliação de Qualidade, Avaliação de Políticas Públicas, Avaliação de Tecnologia e Avaliação Econômica. Se a consideração das interações entre Planejamento e Avaliação nos parece incontornável, o anúncio de abordagem de algumas vertentes que constituem o espectro da avaliação é igualmente importante. Além da Avaliação de Políticas, Programas e Serviços, notamos a presença, ainda que parcialmente, em alguns cursos, de

consideração da Avaliação Econômica e da Avaliação de Tecnologias com seus recortes, métodos e objetos próprios, e que podem indicar a consolidação de delimitação evidente entre as subáreas dentro da própria Avaliação. Atividades próximas e que possuem interface com a Avaliação, como Auditoria, Monitoramento e Desenvolvimento de Indicadores têm destaque em parte das disciplinas - constando nos títulos das mesmas ou como conteúdos - sinalizando a preocupação não somente de estabelecer diálogo e interação entre a Avaliação e áreas próximas, como o Planejamento, mas igualmente de abordar temáticas que, não raro, são confundidas e mesmo compreendidas como sinônimo, no senso comum, a práticas avaliativas.

## CONCLUSÃO

Embora instalado no início do século XX, o modelo brasileiro de universidade é tributário da grande reforma universitária de Berlim, nos idos de 1807, por Wilhelm von Humboldt (1767-1835), no século XIX. O chamado modelo humboldtiano de universidade levou à compartimentação de saberes e correspondentes faculdades isoladas e tomou como referência as ciências físicas e matemáticas. O projeto médico-sanitário que se estabelece enquanto modelo técnico-científico, mas, também, moral e político entre os séculos XVIII e XIX, criou as condições necessárias para a expansão da produção industrial, agrária-exportadora e imperialista nos moldes capitalistas em regiões da América Latina, da África e da Ásia. O campo médico normativo e institucional, e a Saúde Pública dele derivada, são exemplos do poder intervencionista e de controle social que o pensamento mono-epistêmico, de caráter técnico-científico, oriundo da reforma humboldtiano, associado aos interesses imperialistas e colonialistas, são capazes de produzir (Carvalho, 2001; Mota, 2005).

A racionalidade científica tradicional, fruto da era Moderna, reflete valores e princípios, de maneira tácita, que necessitam ser desvelados e problematizados, dentre os quais, aqueles ligados à colonialidade do saber e suas implicações na desqualificação de outros seres e saberes (Maldonado-Torres, 2007). Nesse contexto histórico, a relativização de modelos colonizados e colonizadores e a geração de

conhecimentos enraizados em nossos territórios se mostra importante para a qualificação e adequação de nossa produção científica, em geral, e para a Avaliação em Saúde, em particular.

A Avaliação em Saúde tem, nos cursos de Saúde Coletiva, uma das poucas graduações que abordam o tema em profundidade. Por isso, o conjunto desses cursos é estratégico tanto para a manutenção do *status quo* quanto para a construção de um movimento crítico e contra hegemônico, pautado em abordagem territorializada e afirmativa da Saúde como direito. Ao considerar a Avaliação uma prática social que inclui elemento de poder, direcionando escolhas políticas, entendemos que não existe neutralidade ali e que a manutenção acrítica de práticas convencionais e hegemônicas, nesse campo, pode contribuir à manutenção de estruturas de dominação, ou seja, tornar-se um elemento conservador. Em uma área particularmente atenta e sensível aos condicionantes sociais e de poder, como é a Saúde Coletiva, tais questões devem assumir especial importância na formação de sanitaristas nos cursos de graduação.

Outro ponto a ressaltar é a efetiva consideração da diversidade que compõe a Avaliação em Saúde. Suas subáreas em processo de consolidação (Tecnológica e Econômica), bem como as interfaces com áreas afins (Monitoramento, Auditoria, Planejamento), constantes nas matrizes analisadas, indicam a preocupação em contextualizar e localizar adequadamente a temática, por parte dos cursos. Este esforço empreendido para elucidar e posicionar a Avaliação, com suas partes integrantes e interfaces, evita a sua naturalização e provê meios para reflexões epistemológicas e metodológicas. No entanto, eventuais avanços, com base nessas reflexões, não devem prescindir de um compromisso ético posicionado diante do crescente controle a que indivíduos e sociedade vêm sendo submetidos, inclusive em nome de supostas “avaliações”. Aos avaliadores, em suas pesquisas, nos trabalhos de formação e nas práticas avaliativas, é fundamental o compromisso com a qualificação de intervenções sociais de maneira cuidadosa com todos os elementos, valores e seres ali envolvidos.

O presente estudo poderá ser complementado por pesquisas futuras que dialoguem diretamente com parte dos estudantes e com os demais agentes implicados na graduação em Saúde Coletiva e cursos afins. Além de gerar novos conhecimentos sobre a temática abordada, outros estudos poderão elucidar alguns aspectos que não podem ser abordados com base exclusiva nos documentos consultados.

Esperamos, no entanto, contribuir para a continuidade do debate sobre aspectos importantes envolvidos na formação em Avaliação em Saúde na graduação.

## REFERÊNCIAS

AGOSTINHO NETO, J.; CAVALCANTE, P. S.; SILVA FILHO, J. D.; SANTOS, F. D.; MAIA, A. M. P. C.; SIMIÃO, A. R. O ensino da saúde coletiva no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 46, spe. 6, p. 281-297, dez. 2022.

ARAÚJO, C. A. Bibliometria: evolução histórica e questões atuais. **Em Questão**, Porto Alegre, v.12, n.1, p. 11-32, jan./jun. 2006.

BALANDIER, G. (org). **O que avaliar quer dizer?** São Paulo: Unifesp, 2015. 336 p.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes.** Rio de Janeiro: Vozes, 2006. 375 p.

BUYUM, A. M.; KENNEY, C.; KORIS, A.; MKUMBA, L.; RAVEENDRAN, Y. Decolonising global health: if not now, when? **BMJ Global Health**, London, v.5, n.8, e003394, ago. 2020

CARNEIRO, R.; PEREIRA, E. L. Ciências sociais na graduação em saúde coletiva: olhares de uma década. **Saúde Soc.** São Paulo, v.28, n.2, p.6-10, abr./jun. 2016

CARNUT, L; MENDES, Á. Capital-Estado na crise contemporânea: o gerencialismo na saúde pública. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 2, p. 108-21, ago. 2018

CARVALHO, J. J. O olhar antropológico e a voz subalterna. **Horiz Antropol.** Porto Alegre, v.7, n.15, p. 107-47, jul. 2001.

CHILISA, B. **Indigenous research methodologies.** Los Angeles: Sage, 2020. 368 p.

CHILISA, B.; MERTENS, D. M. Indigenous made in Africa evaluation frameworks: addressing epistemic violence and contributing to social transformation. **American Journal of Evaluation.** Los Angeles, v. 42, n. 2, p. 241-253, mar. 2021.

CLOETE, F.; AURIACOMBE, C. Revisiting decoloniality for more effective research and evaluation. **African Evaluation Journal.** Cape Town, v. 7, n. 1, p. 2-10, maio. 2019.

FURTADO, J. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cad Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2643-55, dez. 2014

FURTADO, J. P.; CAMPOS, G. W. S.; ODA, W. Y.; ONOCKO-CAMPOS, R. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. **Cad Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, e00087917. 2018.

FURTADO, J. P. Por que avalio? Como avalio? O que aprendi ao avaliar? **Revista Aval.** Fortaleza, v. 3, n. 17, p. 75-111, jan/jun. 2020.

GRÁCIO, M. C. C. **Análises relacionais de citação para a identificação de domínios científicos: uma aplicação no campo dos Estudos Métricos da Informação no Brasil.** São Paulo: UNESP, 2020. 252 p.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth Generation Evaluation,** Newbury Park: Sage Publications, 1989. 296 p.

GUSSI, A. F. Outras epistemologias e metodologias: a experiência do Mestrado de Avaliação de Políticas Públicas. **Revista Aval,** Fortaleza, v. 2, n. 16, p. 168-183, jul./dez. 2019.

HOUSE, E. R.; HOWE, K. R. Deliberative Democratic Evaluation. **New Directions for Evaluation,** Hoboken, n. 85, p. 3-12, set. 2000.

MENESES, J. J. S.; SILVA, M. M. O.; CASTELLANOS, M. E. P.; RIBEIRO, G. S. Panorama dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva no Brasil entre 2008 e 2014. **Trab. educ. saúde,** Rio de Janeiro, v. 15 n. 2, p. 501-518, maio/ago. 2017

MALDONADO-TORRES, N. **Sobre la colonialidad de ser: contribuciones al desarrollo de un concepto**". In: CASTRO-GÓMEZ,

S.; GROSFUGUEL, R. (orgs.). El giro Decolonial. Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana–Siglo del Hombre, 2007. p. 127-67

MOTA, A. **Tropeços da medicina bandeirante: medicina paulista (1892-1920)**. São Paulo: EdUSP, 2005. 248 p.

LANDER, E. (org.). **La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas**. Buenos Aires: CLACSO, 2000. 152 p.

PANT I.; KHOSLA, S.; LAMA, J. T.; SHANKER, V.; ALKHALDI, M.; EL-BASUONI, A.; et al. Decolonising global health evaluation: Synthesis from a scoping review. **PLOS Glob Public Health**. San Francisco, v. 2, n. 11, e0000306, nov. 2022

QUINTERO, P.; FIGUEIRA, P.; ELIZALDE, P. C. **Uma breve história dos estudos decoloniais**. São Paulo: MASP Afterall, 2019. 12 p.

REVISTA CITÉS. L'ideologie de l'évaluation: la grande imposture, v. 1, n. 37, Paris: Presses universitaires de France, 2009. 192 p.

SILVA, H. F. R.; GOMES, L. B.; BEZERRA, A. F. B.; SANTOS, M. O. S.; SHIMIZU, H. E.; SILVA, K.S.B. et al. Conflito distributivo: análise do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em duas capitais nordestinas. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**. Botucatu: v. 27, e220280, jan. 2023

SOBRAL, L. F.; BARROS, É. L.; CARNUT, L. A área de política, planejamento e gestão em saúde nas graduações em saúde coletiva no Brasil. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 879-894, set. 2017.

TEIXEIRA, C. Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do Sanitarista  
**Interface - Comunic, Saúde, Educ**. Botucatu, v. 7, n. 13, p. 163-6, ago. 2003.

VELLOSO, M.; GUIMARÃES, M.; CRUZ, C.; NEVES, T. Interdisciplinaridade e formação na área de saúde coletiva. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14 n. 1, p. 257-271, jan./abr. 2016

WAAPALANEEXKWEWEW (Nicole R. Bowman-Farrell, Mohican/Lunaape). Looking back ward but moving forward: Honoring the sacred and asserting the sovereign in Indigenous evaluation. **American Journal of Evaluation**. Los Angeles, v. 39, n. 4, p. 543-568, out. 2018

## ✓ Adesão ao programa Informatiza APS nos estados brasileiros: um caminho à equidade em saúde digital?

Daniel Marques da Silva<sup>1</sup>

José Igor de Souza Barbosa<sup>1</sup>

Lucas Felix Silva de Sousa<sup>1</sup>

Severina Alice da Costa Uchôa<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Grupo de Pesquisa Estudos em Avaliação de Políticas, Programas e Serviços de Saúde - Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

### Autor para correspondência:

Departamento de Saúde Coletiva. Campus Universitário, Av. Senador Salgado Filho, 3000 - Lagoa Nova. CEP 59078-900, Natal/RN, Brasil. Tel: (84)999288990. E-mail: alicedacostauchoa@gmail.com.

<http://lattes.cnpq.br/841423332373275>

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2531-9937>

**Resumo:** O objetivo deste estudo é avaliar a associação entre fatores socioeconômicos e de infraestrutura digital e a homologação ou deferimento das solicitações dos gestores à adesão ao Informatiza APS nas unidades federativas (UFs), numa perspectiva de equidade. Trata-se de pesquisa avaliativa, do tipo análise lógica, utilizando bases de dados nacionais secundários de 2019-2022. As variáveis dependentes são percentuais de homologações ou deferimentos em relação aos pedidos de adesão e taxa de processos em análise, enquanto as independentes são vulnerabilidade à pobreza, índice de Gini, IDHM Educação e percentuais de moradores com cobertura 4G e de assinaturas de internet banda larga por população nas UFs. A partir da análise estatística, os resultados evidenciaram que melhores índices socioeconômicos e maior percentual de assinaturas banda larga estão significativamente relacionados a maiores porcentagens de homologação ou deferimento às solicitações de adesão ao programa, corroborando para iniquidade e exclusão digital.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; saúde digital; fatores socioeconômicos; equidade.

## EN Adherence to the Informatiza PHC program in Brazilian states: a path to equity in digital health?

**Abstract:** The objective of this study is to evaluate the association between socioeconomic and digital infrastructure factors and the approval or deferral of the requests of managers to join the Informatiza APS in the federal units (UFs), from an equity perspective. This is an evaluative research, of the logical analysis type, using secondary national databases from 2019-2022. The dependent variables are percentages of approvals or deferrals in relation to membership applications and rate of processes under analysis, while the independent variables are vulnerability to poverty, Gini index, HDI Education, and percentages of residents with 4G coverage and broadband internet subscriptions per population in the UFs. From the statistical analysis, the results showed that better socioeconomic indices and a higher percentage of broadband subscriptions are significantly related to higher percentages of approval or acceptance of applications to join the program, corroborating with inequity and digital exclusion.

**Key-words:** Primary Health Care; digital health; socioeconomic factors; equity.

## ES Adhesión al programa Informatiza APS en los estados brasileños: ¿un camino hacia la equidad en salud digital?

**Resumen:** El objetivo de este estudio es evaluar la asociación entre los factores socioeconómicos y de infraestructura digital y la aprobación o aplazamiento de las solicitudes de adhesión de los gestores al APS Informatiza en las unidades federativas (UFs), desde una perspectiva de equidad. Se trata de una investigación evaluativa, de tipo análisis lógico, que utiliza bases de datos secundarias nacionales de 2019-2022. Las variables dependientes son porcentajes de aprobaciones o postergaciones en relación a solicitudes de afiliación y tasa de procesos en análisis, mientras que las variables independientes son vulnerabilidad a la pobreza, índice de Gini, IDH Educación y porcentajes de residentes con cobertura 4G y suscripciones a internet banda ancha por población en las UFs. Con base en el análisis estadístico, los resultados mostraron que mejores índices socioeconómicos y mayor porcentaje de suscripciones a banda ancha se relacionan significativamente con mayores porcentajes de aprobación o aceptación de solicitudes de adhesión al programa, corroborando la desigualdad y la exclusión digital.

**Palabras-clave:** Atención Primaria de Salud; salud digital; factores socioeconómicos; equidad.

## FR Adhésion au programme Informatiza APS dans les États brésiliens: une voie vers l'équité en matière de santé numérique?

**Résumé:** L'objectif de cette étude est d'évaluer l'association entre les facteurs socio-économiques et d'infrastructure numérique et l'approbation ou le report des demandes d'adhésion des gestionnaires à l'APS Informatiza dans les unités fédératives (UF), dans une perspective d'équité. Il s'agit d'une recherche évaluative, de type analyse logique, utilisant des bases de données secondaires nationales de 2019-2022. Les variables dépendantes sont les pourcentages d'approbation ou de report des demandes d'adhésion et le taux des processus analysés, tandis que les variables indépendantes sont la vulnérabilité à la pauvreté, l'indice de Gini, l'IDH Éducation et les pourcentages de résidents bénéficiant d'une couverture 4G et d'abonnements à l'internet à haut débit par population dans les UF. Sur la base de l'analyse statistique, les résultats ont montré que de meilleurs indices socio-économiques et un pourcentage plus élevé d'abonnements à l'internet haut débit sont significativement liés à des pourcentages plus élevés d'approbation ou d'acceptation des demandes d'adhésion au programme, ce qui corrobore et de l'inégalité et de l'exclusion numérique.

**Mots-clés:** Soins de santé primaires; santé numérique; facteurs socio-économiques; équité.

## INTRODUÇÃO

Ao longo da última década houve o fortalecimento da saúde digital, esta se refere ao uso de tecnologias digitais para monitorar, gerenciar e ofertar serviços para melhorar a saúde e o bem-estar dos indivíduos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2021). Dentro do escopo da saúde digital está a eSaúde, que pode ser definida como um modelo de atenção integral e integrada à saúde baseada em Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) e dispositivos eletrônicos, incluindo sistemas de informação em saúde, prontuário eletrônico do paciente, prescrição eletrônica, saúde móvel, telemedicina e telessaúde, entre outros (OH *et al.*, 2005).

A preocupação com a qualidade de vida e o bem-estar incentiva o uso da saúde digital por usuários e profissionais dos sistemas de saúde (LIU; HODGSON, 2019). A saúde digital oferece uma série de oportunidades para melhorar o acesso aos cuidados de saúde em áreas remotas e carentes, além de reduzir os custos e aumentar a eficiência dos serviços. Seu uso integrado na Atenção Primária à Saúde (APS), porta de entrada prioritária e pilar dos sistemas de saúde, desempenha papel importante no fortalecimento dos sistemas públicos de saúde voltados aos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

O crescimento da saúde digital ao redor do mundo vem ocorrendo de forma desigual, dependendo de fatores socioeconômicos, como renda, educação e pobreza, e de infraestrutura digital. Países de alta renda, a exemplo dos Estados Unidos e Japão, têm acesso mais amplo às tecnologias digitais em saúde, enquanto aqueles de baixa renda, como Bangladesh e Etiópia, possuem menos recursos e infraestrutura para efetivamente implementá-las. Os países de renda média, tais quais o Brasil e a Índia, apresentam uma situação intermediária (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020). Há também desigualdades significativas na infraestrutura digital. Segundo a União Internacional de Telecomunicações (UIT), apenas 53,6% da população mundial tem acesso à internet e essa proporção varia muito entre os países (INTERNATIONAL TELECOMMUNICATION UNION, 2022).

A partir de 2020, com a pandemia da COVID-19, intensificaram-se em todos os países o crescimento e a oportunidade de aplicabilidade da saúde digital frente às restrições do distanciamento social e fechamento de serviços, especialmente na APS, mas também iniquidades de acesso e utilização efetiva (SILVA *et al.*, 2022).

No Brasil, dentre as atuais iniciativas nacionais para incentivar a informatização da gestão do processo de trabalho das equipes da

APS com repasse de recursos da gestão nacional para a municipal, destaca-se o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS (BRASIL, 2017a, 2017b, 2019). Esse programa faz parte da estratégia de saúde digital do Ministério da Saúde (MS), o “Conecte SUS”, e visa apoiar a informatização das unidades de saúde e a qualificação dos dados da APS de todo o país. Recomenda-se que as equipes de APS usem as versões mais recentes do e-SUS APS, um sistema de informação interligado ao Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). A adesão ao programa exige que os estabelecimentos de saúde possuam uma infraestrutura básica de TICs, incluindo computadores, acesso à internet, sistemas de gestão e equipamentos de segurança da informação. Ademais, necessita-se que as equipes de APS tenham capacidade técnica para utilizar o sistema de prontuário eletrônico e outros sistemas de informação em saúde, além de se comprometerem em manter os dados atualizados e consoantes às normas e diretrizes estabelecidas pelo MS (BRASIL, 2019).

Em relação à avaliação da implementação do Informatiza APS, Cavalcante *et al.* (2019) discutem a pertinência de contar com uma rede de atores, incluindo gestores, profissionais de saúde, fornecedores de tecnologia e usuários articulados para o sucesso da implementação. Há vários estudos que não são voltados ao programa, mas que resgatam experiências de digitalização da APS no Brasil. A pesquisa de Quites *et al.* (2022), em Minas Gerais, aborda a importância da gestão da informação no processo decisório e o perfil do gestor. Gomes *et al.* (2021, 2022), Ávila *et al.* (2022,) e Gontijo *et al.* (2021) avaliam o uso do PEC. Outros trabalhos, como os de Zacharias *et al.*, (2020), Cielo *et al.*, (2022), Pires *et al.*, (2021) e Silva *et al.* (2018) analisam a implantação do e-SUS APS. Sarti e Almeida (2022) relatam a incorporação da telessaúde. Santos e Santos (2022) discorrem sobre o papel da enfermagem na aplicação das TICs, enquanto Verolla *et al.* (2020) retratam as perspectivas da telemedicina.

Tendo como pressuposto a relevância de políticas de saúde digital voltadas à continuidade e sustentabilidade da APS no Brasil, o objetivo deste estudo é avaliar a associação entre fatores socioeconômicos e de infraestrutura digital e a homologação ou deferimento das solicitações dos gestores à adesão ao Programa Informatiza APS nas unidades federativas (UFs), numa perspectiva de equidade. Considerando a equidade como um dos 7 pilares da qualidade em saúde (DONABEDIAN, 1990) e princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), espera-se contribuir com subsídios para tomada de decisão de gestores de saúde voltada

às políticas de qualidade, segurança e inclusão social na saúde digital na APS no Brasil.

## METODOLOGIA

### Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa avaliativa, tipo análise lógica (SAMICO; FELISBERTO; FIGUEIRÓ, 2010), a qual analisa a pertinência entre os objetivos do Informatiza APS e os meios para alcançá-los, estes expressos nas condições de homologação ou deferimento da adesão das equipes de APS das UFs ao programa. A pesquisa recorre a uma abordagem quantitativa de base de dados nacionais secundários.

### Contexto

O cenário da pesquisa é o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, instituído pela Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019, que integra a estratégia “Conecte SUS” (BRASIL, 2019). O investimento de custeio do Programa em TIC tem por finalidade subsidiar a gestão dos serviços de saúde e a melhoria da clínica.

O gestor municipal deve aderir ao Informatiza APS no portal e-Gestor AB, podendo participar do programa as Equipes de Saúde da Família (eSF) e as Equipes de Atenção Primária (eAP) que forem consideradas informatizadas, ou seja, que fazem uso de sistema e-SUS APS e PEC (ou sistema próprio dentro das especificações do MS) nos ambientes de atendimento direto ao cidadão, devidamente preenchido e enviado ao MS (BRASIL, 2019). A solicitação de adesão será submetida a análise dos requisitos pela secretaria de APS do MS. Caso a solicitação de adesão seja deferida, será publicada portaria de homologação da adesão no Diário Oficial da União (DOU) com as equipes participantes por município (BRASIL, 2019).

A pesquisa foi feita a partir de dados secundários, realizada entre dezembro de 2022 e março de 2023 junto aos portais eletrônicos do SISAPS (BRASIL, 2022); Atlas de Desenvolvimento Humano (ATLAS, 2021); Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2021) e Agência Nacional de Telecomunicações (ANATEL, 2022a, 2022b).

### Variáveis de interesse

O critério de inclusão para as variáveis relativas às solicitações de adesão ao Informatiza APS foi a disponibilização no site (<https://sisaps.saude.gov.br/informatizaaps/dashboard>), exceto as solicitações canceladas. As variáveis dependentes são: (I) número de solicitações de adesão de eSF e eAP ao Informatiza APS; (II) número de pareceres homologados (certificação que atende as exigências do programa); (III) pareceres em análise (aguardando decisão do MS); (IV) pareceres deferidos (autorizado a participar do programa); (V) percentuais de homologações ou deferimentos em relação às solicitações de adesão; e (VI) percentuais de processos em análise em relação às solicitações. Em relação às variáveis (V) e (VI), estas foram obtidas a partir das informações disponíveis nas variáveis (I), (II), (III) e (IV).

As variáveis independentes são as socioeconômicas: (a) percentuais de vulneráveis à pobreza; (b) índice de Gini, utilizado para medir o grau de concentração de renda; (c) IDHM Educação, e de infraestrutura digital: (d) cobertura 4G; e (e) proporção de assinantes com acesso à banda larga em relação à população estimada por UF.

### Unidade de análise

Os dados relacionados às solicitações e situações dos pareceres sobre a adesão das Equipes Saúde da Família (eSFs) e Equipes APS (eAPs), originalmente individuais, foram agregadas por UFs, enquanto as variáveis socioeconômicas e de infraestrutura são referentes à população por UF.

### Métodos estatísticos

A análise descritiva das variáveis foi gerada com o auxílio do *software* Microsoft Excel, versão 2209. A estatística descritiva foi expressa por distribuição de frequência, média enquanto medida de tendência central, desvio-padrão, valores máximo e mínimo e intervalo das variáveis “percentuais de homologações ou deferimentos em relação às solicitações de adesão” e “percentuais de processos em análise em relação às solicitações”, possibilitando a comparação entre as taxas de ingresso, ou análise de ingresso das unidades de saúde no



programa Informatiza APS entre estados distintos e Distrito Federal.

Posteriormente, o *software* livre “R” Versão 2021 (R FOUNDATION, 2021) foi utilizado para gerar os diagramas de dispersão entre as variáveis, assim como para realizar os cálculos do coeficiente de correlação de Pearson (BENESTY *et al.*, 2009), e também no teste de significância para a correlação entre pares das amostras de interesse e cálculo da regressão linear, pelo método dos mínimos quadrados, entre as variáveis que apresentaram, anteriormente, resultados significativos com o intuito de obter equações capazes de indicar as contribuições de cada uma das variáveis na tendência ao ingresso no programa Informatiza APS.

### Aspectos éticos, base legal e proteção de dados

As informações utilizadas para a realização deste estudo são dados públicos que não identificam participantes, não requerem apreciação do Conselho de Ética em Pesquisa (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2016) e seguem a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, Lei nº 13.709/2018, para a realização de estudos por órgãos de pesquisa (BRASIL, 2018) seguindo questões éticas e legais de boas práticas em pesquisa.

## RESULTADOS

### Resultados descritivos

Para melhor visualização e compartilhamento dos resultados as tabelas e figuras foram registradas para acesso público dos dados (<https://doi.org/10.6084/m9.figshare.22404565.v1> e <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.22403122.v2>). A partir dos dados sobre adesão ao programa Informatiza APS e das variáveis socioeconômicas e de infraestrutura selecionadas para o estudo, organizou-se a Tabela 1. As variáveis “percentuais de homologações ou deferimentos em relação às solicitações de adesão” e “percentuais de processos em análise em relação às solicitações de adesão” apresentam distribuição normal de acordo teste de Shapiro-Wilk e tiveram as suas estatísticas descritivas indicadas na

Tabela 2 considerando todas as 27 UFs brasileiras no período entre 2019 e 2022.

**Tabela 1 - Distribuição das variáveis de adesão ao Informatiza APS por unidade federativa (UF) no período entre 2019 e 2021 (BRASIL, 2022).**

UF's	Solicitadas	Homologadas	Em análise	Deferidas	(Em análise)/Solicitadas	(H+D)/S*	% V.P**	Índice de Gini	IDHM Educação (PNAD 2021)	% M-4G***	% Hab - Banda Larga****
MA	1362	291	728	16	53,45%	22,54%	56,66	0,53	0,716	77,38	7,90
PI	1579	678	608	9	38,51%	43,51%	43,75	0,516	0,698	76,7	12,20
CE	3186	1261	1427	28	44,79%	40,46%	44	0,549	0,766	92,89	16,23
RN	1185	486	433	23	36,54%	42,95%	42,1	0,587	0,68	92,26	18,95
PB	1651	838	580	46	35,13%	53,54%	46,62	0,562	0,669	92,46	15,40
PE	2851	1107	1056	21	37,04%	39,57%	49,64	0,579	0,721	93,27	10,10
AL	917	364	410	15	44,71%	41,33%	49,99	0,526	0,679	90,81	9,03
SE	651	239	267	10	41,01%	38,25%	47,45	0,568	0,684	94,22	14,32
BA	4823	1573	2163	100	44,85%	34,69%	46,64	0,546	0,659	83,13	11,34
PA	1180	321	600	14	50,85%	28,39%	46,01	0,529	0,686	78,87	8,51
RR	149	43	70	0	46,98%	28,86%	45,67	0,596	0,673	77,27	12,72
AP	47	0	32	0	68,09%	0,00%	47,12	0,529	0,647	90,09	14,69
AM	1026	598	293	68	28,56%	64,91%	50,16	0,541	0,72	80,82	11,50
TO	757	405	254	5	33,55%	54,16%	32,66	0,513	0,732	83,33	11,14
RO	470	242	108	8	22,98%	53,19%	30,69	0,458	0,694	76,96	17,13
AC	179	79	48	1	26,82%	44,69%	44,72	0,539	0,692	78,08	12,79
MG	6736	3690	1479	43	21,96%	55,42%	23,68	0,487	0,762	93,36	23,35
ES	1258	544	430	25	34,18%	45,23%	26,37	0,508	0,742	94,2	20,18
RJ	3591	1537	1454	57	40,49%	44,39%	22,51	0,565	0,758	99,24	21,76
SP	7659	3701	1669	84	21,79%	49,42%	17,08	0,533	0,839	99,32	29,80
PR	3764	1646	924	289	24,55%	51,41%	16,66	0,475	0,78	94,13	27,60
SC	2635	1676	564	92	21,40%	67,10%	9,94	0,424	0,79	94,59	32,70
RS	3351	1744	996	39	29,72%	53,21%	12,56	0,468	0,75	94,25	27,90
MT	855	504	183	6	21,40%	59,65%	20,85	0,496	0,741	88,32	20,00
MS	1043	629	270	22	25,89%	62,42%	20,15	0,461	0,758	83,58	21,02
GO	2157	944	652	34	30,23%	45,34%	21,8	0,467	0,778	93,12	18,04
DF	756	391	232	42	30,69%	57,28%	15,41	0,566	0,817	99,79	26,44
BRASIL	55818	25531	17930	1097	35,41%	45,25%	28,76	0,544	0,757	92,36	21,04

\* (homologadas + deferidas)/solicitadas;  
 \*\* % de vulneráveis à pobreza;  
 \*\*\* % de moradores com cobertura de 4g;  
 \*\*\*\* % de assinaturas de internet banda larga fixa por população estimada.

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Conforme a Tabela 1, as UFs Santa Catarina e Amazonas são as que possuem maiores percentuais de homologações ou deferimentos considerando o total de solicitações com, respectivamente, 67,10% e 64,91%. O Amapá se destaca por não ter homologações ou deferimentos dentre as solicitações de adesão já realizadas, enquanto a média nacional, na Tabela 2, corresponde a 45,25%. No que diz respeito aos percentuais de pedidos de adesão em análise, o Amapá e o Maranhão estão entre aqueles que proporcionalmente aguardam maior número de respostas, respectivamente, com 68,09% e 53,45%. O Mato Grosso e Santa Catarina apresentam as menores taxas de processos em análise dentre os solicitados, ambos com 21,40%, enquanto a média do país, apresentada na Tabela 2, é de 35,41%.

**Tabela 2 - Estatística descritiva dos percentuais de homologações ou deferimentos em relação às solicitações de adesão e dos processos em análise em relação às solicitações de adesão considerando todas as UFs do país (2019-2022).**

Dados descritivos	(Homologadas + Deferidas) /Solicitadas	Em análise/ Solicitadas
Média	45,25%	35,41%
Desvio padrão	14,28%	11,48%
Intervalo	67,09%	46,68%
Mínimo	0%	21,40%
Máximo	67,09%	68,08%

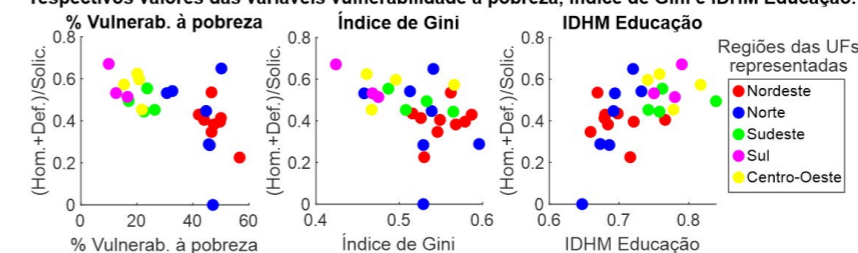
Fonte: Dados da pesquisa (2023).

No que concerne aos dados de infraestrutura de comunicações, percebe-se na Tabela 1 que há assimetria na disponibilidade de acesso à internet, já que as médias nacionais de moradores com cobertura 4G e de proporção de assinantes de banda larga em relação à população estimada são de, respectivamente, 92,36% e 21,04%, enquanto há UFs das regiões Norte e Nordeste do país, como Pará, Roraima, Acre, Maranhão e Piauí, com taxas de moradores com cobertura 4G inferiores a 80% e proporção de assinantes de banda larga por população menor que 13%.

### Associação entre adesão e fatores socioeconômicos

Com base nos diagramas de dispersão indicados na Figura 1, observa-se que o percentual de homologações ou deferimentos do total de solicitações de adesão ao Informatiza APS apresenta correlação negativa, visualmente representada pelas retas decrescentes que são relativas às variáveis percentuais de vulnerabilidade à pobreza e índice de Gini, e correlação positiva, ilustrada pela reta crescente junto à variável IDHM Educação. Os cálculos dos coeficientes de correlação de Pearson corroboram com a análise visual preliminar, com as associações entre a variável relacionada ao Informatiza APS e as três variáveis indicadas apresentando valores de  $p < 0,05$  para os respectivos testes de significância, conforme indicado na Tabela 3.

**Figura 1 - Gráficos de dispersão entre os percentuais de homologações ou deferimentos em relação às solicitações de adesão ao Informatiza APS (2019 a 2022) em cada UF e os respectivos valores das variáveis vulnerabilidade à pobreza, índice de Gini e IDHM Educação.**



Fonte: Dados da pesquisa (2023).

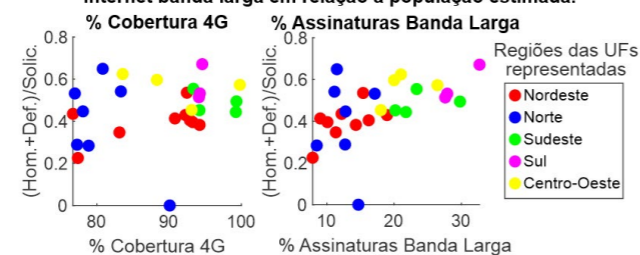
**Tabela 3 - Coeficientes da correlação de Pearson e os valores de p dos testes de significância das associações entre os percentuais de homologações ou deferimentos no Informatiza APS e as variáveis socioeconômicas e de infraestrutura de comunicações.**

Variável	Correlação	p-valor
IDHM Educação	0,560	0,00239
Índice de Gini	-0,429	0,02571
% vulnerabilidade à pobreza	-0,600	0,00094
% Cobertura 4G	0,21	0,2921
% assinaturas Banda Larga	0,52	0,00546

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

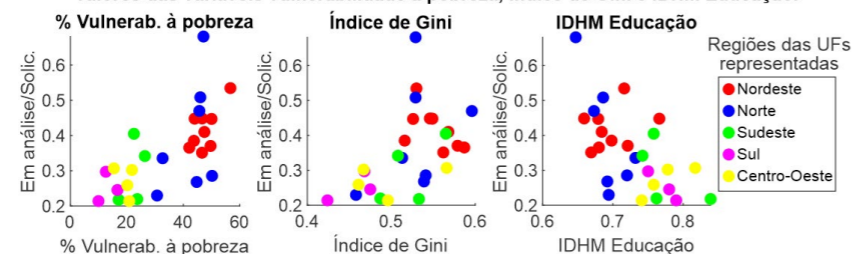
No caso da comparação entre os percentuais de homologações ou deferimentos em relação às solicitações de adesão ao Informatiza APS e os percentuais de moradores com cobertura de internet 4G, observa-se que não há associação estatisticamente significativa, conforme indicado pelo gráfico de dispersão apresentado na Figura 2 e pelo teste de significância com valor de  $p > 0,05$ , observado na Tabela 3. Já relativo ao percentual de assinantes de internet banda larga por população estimada, nota-se uma correlação positiva, indicada na Figura 2 por meio de gráfico de dispersão com reta crescente e, na Tabela 3, pelo coeficiente de correlação de Pearson positivo com significância estatística, pois apresenta valor de  $p < 0,05$ .

**Figura 2 - Gráficos de dispersão entre os percentuais de homologações ou deferimentos em relação às solicitações de adesão ao Informatiza APS (2019 a 2022) em cada UF e os respectivos percentuais de moradores com cobertura de internet 4G e de assinaturas de internet banda larga em relação à população estimada.**



Sobre os dados dos percentuais de processos em análise em relação às solicitações de adesão, constatou-se associação significativamente estatística (valor de  $p < 0,05$ ) com as variáveis percentual de vulnerabilidade à pobreza, índice de Gini, IDHM Educação e percentuais de assinantes de internet banda larga por população estimada, porém com inclinações de reta opostas em relação às associações verificadas para solicitações homologadas ou deferidas, conforme observado nas Figuras 3 e 4.

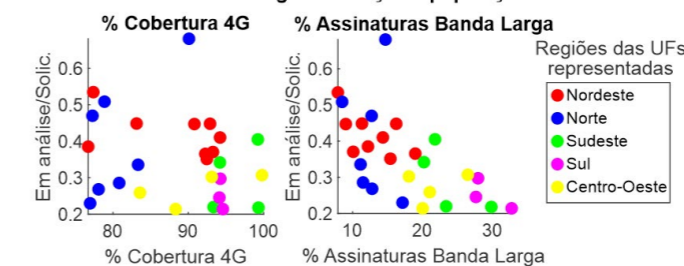
**Figura 3 - Gráficos de dispersão entre os percentuais de processos em análise em relação às solicitações de adesão ao Informatiza APS (2019 a 2022) por UF, e seus respectivos valores das variáveis vulnerabilidade à pobreza, índice de Gini e IDHM Educação.**



Fonte: Dados da pesquisa (2023).

As impressões dos diagramas de dispersão foram confirmadas pelos coeficientes de correlação de Pearson com sinais opostos, como indicado na Tabela 4. O percentual de moradores com cobertura 4G não esteve associado com os processos em análise para adesão ao Informatiza APS, evidenciado pelo diagrama de dispersão da Figura 4 e pelo valor de  $p$  do teste de significância apresentado na Tabela 4.

**Figura 4 - Gráficos de dispersão entre percentuais de processos em análise em relação às solicitações de adesão ao Informatiza APS (2019 a 2022) em cada UF e os respectivos percentuais de moradores com cobertura de internet 4G e de assinaturas de internet banda larga em relação à população estimada.**



Fonte: Dados da pesquisa (2023).

**Tabela 4 - Coeficientes da correlação de Pearson e os valores de  $p$  dos testes de significância das associações entre as variáveis indicadas em relação ao percentual de processos em análise para adesão ao Informatiza APS considerando todas as UFs do país.**

Variável	Correlação	p-valor
IDHM Educação	-0,609	0,00075
Índice de Gini	0,498	0,00818
% vulnerabilidade à pobreza	0,682	0,00009
% Cobertura 4G	-0,213	0,2855
% assinaturas Banda Larga	-0,613	0,00067

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

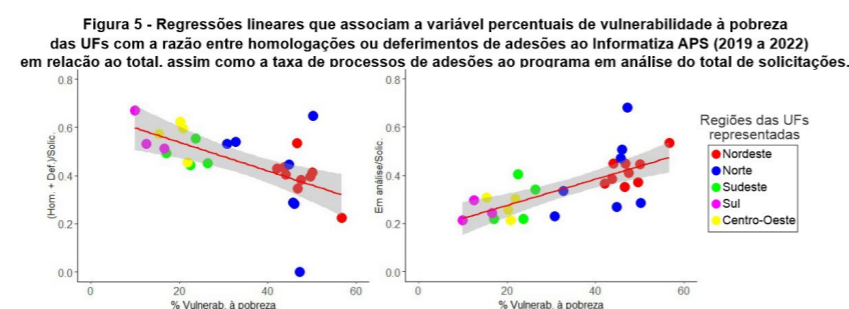
Seguidamente a verificação das correlações entre os pares de variáveis, decidiu-se realizar uma regressão linear, baseada no método dos mínimos quadrados, considerando apenas os dados que apresentavam correlação significativa, objetivando obter uma equação capaz de indicar como os valores das variáveis socioeconômicas e de infraestrutura digital podem indicar as relações entre homologações ou deferimentos em relação ao total de

solicitações e os percentuais de processos de adesão ao Informatiza APS em análise do total de requeridos.

Por conseguinte, observou-se que a utilização dos percentuais de vulnerabilidade à pobreza das UF's é suficiente para representar os percentuais de homologações e deferimentos em relação ao total de solicitações, bem como a porcentagem de processos que estão em análise dentre os deferidos por meio das Equações 1 e 2, respectivamente.

A Equação 1 é referente às homologações ou deferimentos em relação ao total de solicitações =  $0,657645 - 0,005949$  da Vulnerabilidade à pobreza. Já a Equação 2 apresenta os processos em análise em relação ao total de solicitações =  $0,166632 + 0,005438$  da Vulnerabilidade à pobreza.

Na Figura 5 observamos as retas de regressão linear representadas pelas Equações 1 e 2, as quais indicam os valores esperados das porcentagens de processos homologados ou deferidos [Equação 1] e de processos em análise [Equação 2] para adesão ao Informatiza APS. Dessarte, é esperado que para cada 1% de aumento na taxa de vulnerabilidade à pobreza se observe a redução de 0,5949% na porcentagem de processos homologados ou deferidos [Equação 1], e um aumento de 0,5438% na porcentagem de processos em análise [Equação 2]. As partes sombreadas representam os intervalos de confiança de 95% para as retas em questão.



Fonte: Dados da pesquisa (2023).

## DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo demonstram que existem diferenças expressivas entre as UF's quanto à adesão das equipes ao programa Informatiza APS. Para alcançar a equidade e fortalecer a capacidade técnica é fundamental que os gestores tenham mais protagonismo e engajamento no enfrentamento dos desafios da equidade (GRANJA,

ZOBOLI e FRACOLLI, 2013) e busquem equacionar dificuldades que ocorram com a implantação de sistema de informação e-SUS, cujo objetivo é qualificar a gestão da informação para melhoria da atenção à saúde (VIEIRA-MEYER *et al.*, 2020; PIRES *et al.*, 2021). O artigo de Cavalcanti *et al.* (2019) demonstra que não apenas o protagonismo dos gestores tem papel central na implementação do Informatiza APS, mas também a rede de atores, incluindo gestores, profissionais de saúde, fornecedores de tecnologia e usuários.

Explicação para um alto percentual de solicitações de adesões apontadas no presente estudo como não atendidas pode estar relacionada às exigências de infraestrutura de TICs, uso adequado dos sistemas de informação e capacidade técnica das equipes. Outra pesquisa realizada por Zacharias *et al.* (2020) denota que a facilidade de uso e a utilidade percebida pelos usuários são fatores determinantes para a adoção e uso do e-SUS. Entretanto, falhas de conectividade, alto custo de instalação dos sistemas de informações e falta de equipamentos podem dificultar a implementação.

Uma alternativa ao PEC permitida pelo Informatiza APS é o uso de sistemas de informação e prontuários próprios do município que sejam compatíveis com o e-SUS do MS. Pesquisa qualitativa realizada em Minas Gerais, Brasil, por Pires *et al.* (2021) mostrou que as equipes de APS que optaram por estes sistemas próprios referiram falta de integração das informações ao e-SUS, fragilidades estruturais nas unidades básicas de saúde (UBS), sobrecarga de trabalho dos profissionais, não utilização das informações armazenadas para planejamento, decisão e execução das ações, e incertezas na responsabilização pela alimentação dos dados no sistema.

No que concerne à ênfase ao uso do PEC conferida pelo Informatiza APS para adesão, seu uso foi avaliado em outras investigações sugerindo contexto locais explicativos para consecução ou não da adesão. O trabalho de Ávila *et al.* (2022) concluiu que o PEC permite o planejamento do cuidado em saúde, contribuindo para construção de vínculo, organização do fluxo do cidadão no sistema de saúde, melhoria da comunicação interprofissional na UBS e articulação entre a APS e os demais pontos das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Para Gomes *et al.* (2022), o PEC foi apreciado como vantajoso por ser compatível com as necessidades das equipes e não ser uma tecnologia complexa. Outros trabalhos demonstram fragilidades. Quites *et al.* (2022) enfatizam que a falta de treinamento dos profissionais para o manejo da tecnologia

e de recursos financeiros necessários à sustentabilidade dificultam a qualificação da gestão da informação, Gava (2015) alerta que os profissionais das UBS ao aderirem ao prontuário digital precisam desenvolver novas habilidades envolvendo o manejo das TICs, sendo necessárias capacitações.

Outro desafio ao sucesso do Informatiza APS no caminho à equidade é a precariedade de infraestrutura digital em algumas localidades brasileiras, já observadas por Sarti e Almeida (2022). A expansão da cobertura digital com largo alcance entre as áreas economicamente e socialmente mais frágeis pode se tornar um facilitador de melhores condições à adesão.

Os achados da nossa avaliação do Informatiza APS demonstram uma grande variação da relação entre fatores socioeconômicos e de infraestrutura digital entre as UFs brasileiras. Estas variações já foram detectadas entre outros países. A revisão da literatura de Afrizal *et al.* (2019) descreve que em países em desenvolvimento as barreiras organizacionais por falta de equipes de profissionais qualificados e problemas na gestão são as mais frequentes, enquanto nos países desenvolvidos são mais incidentes a falta de familiaridade do profissional com novos sistemas e a pouca disponibilidade de tempo para usar computadores. Todavia, o estudo de Alzghaibi *et al.* (2022), realizado na Arábia Saudita, um país de alta renda, atribuiu os entraves às falhas de implementação do registro eletrônico, infraestrutura precária, falta de conectividade e ausência de interoperabilidade entre os sistemas utilizados. Por outro lado, na Nigéria, país em desenvolvimento, a falta de disponibilidade de infraestrutura digital não foi apontada negativamente, e sim a apreensão dos profissionais quanto à segurança dos dados dos usuários (ALWAOWO *et al.* 2022).

No caso da avaliação, em pauta, ficou demonstrado a relação entre fatores socioeconômicos e infraestrutura digital com o Informatiza APS do Brasil, sendo que mais chamou atenção foi a correlação negativa entre os fatores socioeconômicos vulnerabilidade à pobreza e concentração de renda considerando o desfecho sucesso na adesão ao programa. Este aspecto permite a inferência de que é necessário rever os critérios exigidos para evitar a sobreposição de maior vulnerabilidade e menor adesão. Este fator pode gerar uma tendência de beneficiar equipes localizadas em regiões com maior desenvolvimento econômico, melhores infraestruturas e capacitação para o manuseio da tecnologia, e não incentivar aquelas que não se enquadram nestas condições.

Como limitação do estudo pode-se citar a agregação dos dados no nível das UFs desconsiderando divergências populacionais estruturais ou outras disparidades no seu interior. Uma abordagem municipal possibilitaria maior reconhecimento das fragilidades loco regionais que exigem incentivos e apoio à melhoria. Vale ressaltar, também como limitante, a imprecisão de alguns dados do Informatiza APS, como período de solicitação da adesão, inconsistências entre total de solicitações e pareceres ou exclusão. Sugere-se a realização de outros estudos de casos locais para aprofundar a temática no nível onde ocorrem as ações na APS.

## CONCLUSÃO

Conclui-se que o programa Informatiza APS tem potencial significativo para promover a equidade, visto que está presente em todas as 27 UFs do Brasil. No entanto, a distribuição desigual evidencia um distanciamento da sua efetivação como princípio do SUS, já que os serviços de saúde em locais com maior vulnerabilidade à pobreza e carência de infraestrutura digital mínima podem não receber recursos para fomentar melhoria gradativa da qualidade e assim mitigar iniquidades existentes. Para alcançar a equidade, recomenda-se à gestão nacional incluir a vulnerabilidade à pobreza nos critérios prioritários e adotar políticas de apoio à capacitação e motivação das equipes para uso das TICs. Também é estratégica a articulação do Informatiza APS aos demais programas de saúde digital e a adoção de mecanismos de avaliação da implantação de políticas e programas.

## REFERÊNCIAS

AFRIZAL, Sandra Hakiem et al. Narrative review for exploring barriers to readiness of electronic health record implementation in primary health care. **Healthcare informatics research**, v. 25, n. 3, p. 141-152, 2019.

AGÊNCIA NACIONAL DE TELECOMUNICAÇÕES (Brasil). **Cobertura Internet 4G**. Brasília, DF: Ministério das Comunicações, 2022a. Disponível em: <https://informacoes.anatel.gov.br/paineis/infraestrutura/panorama>. Acesso em: 27 mar. 2023.

AGÊNCIA NACIONAL DE TELECOMUNICAÇÕES (Brasil). **Banda Larga Fixa**. Brasília, DF: Ministério das Comunicações, 2022b. Disponível em: <https://informacoes.anatel.gov.br/paineis/aceessos/banda-larga-fixa>. Acesso em: 27 mar. 2023.

ALZGHAIBI, Haitham A.; HUTCHINGS, Hayley A. Exploring facilitators of the implementation of electronic health records in Saudi Arabia. **BMC Medical Informatics and Decision Making**, v. 22, n. 1, p. 321, 2022.

ATLAS (Brasil). **Brasil**. 2021. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/>. Acesso em: 27 mar. 2023.

ÁVILA, Grazielly Soares et al. Prontuário eletrônico na gestão do cuidado em Equipes de Saúde da Família. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, 2022.

BENESTY, Jacob *et al.* Pearson correlation coefficient. *In*: BENESTY, Jacob. **Noise reduction in speech processing**. New York: Springer, 2009. p. 1-4.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia de saúde digital para o Brasil 2020-2028**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informatiza APS**. [2019]. Disponível em: <http://sisaps.saude.gov.br/informatizaaps/>. Acesso em: 13 dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informatiza APS**: relatório de gestão. 2022. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/informatizaaps/dashboard>. Acesso em: 13 dez. 2022.

BRASIL. **Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13709.htm). Acesso em: 28 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006\\_03\\_10\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html). Acesso em: 27 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019**. Institui o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2983\\_13\\_11\\_2019.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2983_13_11_2019.html). Acesso em: 27 mar. 2023.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra et al. Actor-networks and their influences on the informatization of Primary Healthcare in Brazil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 23, 2019.

CIELO, Ana Claudia et al. Implantação da Estratégia e-SUS Atenção Básica: uma análise fundamentada em dados oficiais. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais e outras que utilizam metodologias

próprias dessas áreas. Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2023.

DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. **Archives of pathology & laboratory medicine**, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

GAVA, Marília et al. Incorporação da tecnologia da informação na Atenção Básica do SUS no Nordeste do Brasil: expectativas e experiências. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 891-902, 2016.

GOMES, Daniela Souza et al. Influências dos canais de comunicação, sistema social e tempo na difusão do prontuário eletrônico do cidadão no Brasil. **Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud**, v. 32, n. 4, 2021.

GOMES, Daniela Sousa et al. Implementation of the Electronic Medical Record based on the Theory of the Innovation Diffusion: a case study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 21, 2022.

GONTIJO, Tarcísio Laerte et al. Computerization of primary health care: the manager as a change agent. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 74, n. 2, e20180855, 2021.

GRANJA, Gabriela Ferreira; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. O discurso dos gestores sobre a equidade: um desafio para o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 3759-3764, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativas da população residente no Brasil e unidades da federação com data de referência em 1º de julho de 2021**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021. Disponível em: [https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas\\_de\\_Populacao/Estimativas\\_2021/POP2021\\_20221212.pdf](https://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2021/POP2021_20221212.pdf). Acesso em: 27 mar. 2023.

INTERNATIONAL TELECOMMUNICATION UNION. **Statistics: Individuals using the Internet**. Switzerland: ITU, 2022. Disponível

em: <https://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Pages/stat/default.aspx>. Acesso em: 26 mar. 2023.

LIU, S. Q.; HODGSON, M. Wearable sensors in healthcare: past, present, and future. **Yearbook of Medical Informatics**, v. 28, n. 1, 2019, p. 210-216.

OH, Hans et al. What Is eHealth (3): A Systematic Review of Published Definitions. **Journal of Medical Internet Research**, v. 7, n. 1, 2005.

PIRES, Mariana Calisto et al. Cartografando controvérsias na implantação da estratégia e-sus atenção básica a Saúde em Minas Gerais. **Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud**, v. 32, n. 2, 2021.

QUITES, Humberto Ferreira et al. O uso da informação em saúde no processo decisório da gestão municipal em Minas Gerais. **Saúde e Pesquisa**, v. 15, n. 1, p. 1-14, 2022.

R FOUNDATION. **The R project for statistical computing**. Auckland: R Foundation, 2021. Versão 2021. Disponível em: <https://www.r-project.org/>. Acesso em: 10 dez. 2022.

SAMICO, Isabella; FELISBERTO, Eronildo; FIGUEIRÓ, Ana Cláudia; FRIAS, Paulo Germano de. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: **MedBook; 2010. 196 p.** ISBN: 978-85-99977-46-0.

SANTOS, Silvana de Lima Vieira dos; SANTOS, Patrícia Tavares de. Digital information and communication technologies in primary health care: a novelty for nursing? **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 24, e71546, 2022.

SILVA, Talita Ingrid Magalhães et al. Diffusion of the e-SUS Primary Care innovation in Family Health Teams. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Goiânia, v. 71, n. 6, p. 2945-2952, 2018.

SILVA, Cícera Renata Diniz Vieira *et al.* Digital Health Opportunities to Improve Primary Health Care in the Context of COVID-19: scoping review. **Jmir Human Factors**, v. 9, n. 2, e35380, 2022.

VEROLLA, Bianca de Deus *et al.* Telemedicina: perspectiva na atenção básica de saúde durante a pandemia de covid-19 no Brasil. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, Fortaleza, v. 1, n. 3, 2020.

VIEIRA-MEYER, Anya Pimentel Gomes Fernandes *et al.* Infraestrutura e processo de trabalho na atenção primária à saúde: PMAQ no Ceará. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Digital health**. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/digital-health>. Acesso em: 26 mar. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Statistics 2020: Monitoring health for the SDGs**. Geneva: WHO, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies**. Geneva: WHO, 2010.

ZACHARIAS, Fabiana Costa Machado *et al.* e-SUS Atenção Primária: atributos determinantes para adoção e uso de uma inovação tecnológica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00219520, 2021.



## ✓ Política de Educação Permanente para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família: uma construção compartilhada da modelização<sup>1</sup>

### Wellen Góbi Botacin

Universidade Federal do Espírito Santo. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. *Federal University of Espírito Santo.*

### Lorena Ferreira

Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde. *Capixaba Institute of Teaching, Research and Innovation in Health.*

### Marly Marques da Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. *National School of Public Health, Oswaldo Cruz Foundation.*

### Carolina Dutra Degli Esposti

Universidade Federal do Espírito Santo. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. *Federal University of Espírito Santo*

**Resumo:** O modelo lógico é uma valiosa ferramenta de gestão que permite visualizar a operacionalização de programas e políticas. O objetivo deste estudo foi descrever o processo de desenvolvimento e análise crítica do Modelo Lógico da implementação da Política de Educação Permanente em Saúde para as Equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária no município de Vitória, Espírito Santo. Estudo qualitativo com elaboração e análise crítica do modelo lógico por dois especialistas em Educação Permanente em Saúde e Atenção Primária à Saúde, entre outubro e dezembro de 2021. O processo de análise crítica foi realizado remotamente em uma rodada. O Modelo Lógico final conta com quatro dimensões, sendo elas: Planejamento, Articulação Política, Coordenação e Orientação Conceitual, Técnica e Prática, bem como itens relacionados à estrutura, processo, resultados e contexto político-organizacional no município, que retratam a implementação da política para os profissionais.

**Palavras-chave:** Política de Saúde; Atenção Primária à Saúde. Educação Continuada.

<sup>1</sup> Projeto de pesquisa financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES), processo nº 83170561/2018. O trabalho faz parte da dissertação de mestrado intitulada: “Avaliação de Implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na visão das Equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária”.

## EN Logic Model of the Continuing Education Policy for the Expanded Family Health Center

**Abstract:** The logic model is a valuable management tool that allows you to visualize the operationalization of programs and policies. The objective of this study was to describe the process of development and critical analysis of the Logic Model of the implementation of the Permanent Education Policy in Health for the Teams of the Expanded Nucleus of Family Health and Primary Care in the city of Vitória, Espírito Santo. Qualitative study with elaboration and critical analysis of the logic model by two specialists in Continuing Education in Health and Primary Health Care, between October and December 2021. The critical analysis process was carried out remotely in one round. The final Logic Model has four dimensions, namely: Planning, Policy Articulation, Coordination and Conceptual, technical and practical Guidance, as well as items related to the structure, process, results and political-organizational context in the municipality, which portray the implementation of the policy for professionals.

**Key-words:** Health Policy; Primary Health Care; Education, Continuing.

## ES Modelo Lógico de la Política de Educación Continua del Centro de Salud Familiar Ampliado

**Resumen:** El modelo lógico es una valiosa herramienta de gestión que permite visualizar la operacionalización de programas y políticas. Este estudio tuvo como objetivo describir el proceso de elaboración y análisis crítico del Modelo Lógico de implementación de la Política de Educación Permanente en Salud para los Equipos del Núcleo Ampliado de Salud de la Familia y Atención Básica en la ciudad de Vitória, Espírito Santo. Estudio cualitativo con elaboración y análisis crítico del modelo lógico por dos especialistas en Educación Continuada en Salud y Atención Primaria de Salud, entre octubre y diciembre de 2021. El proceso de análisis crítico se realizó de forma remota en una sola ronda. El Modelo Lógico final tiene cuatro dimensiones, a saber: Planificación, Articulación de Políticas, Coordinación y Orientación conceptual, técnica y práctica, así como elementos relacionados con la estructura, proceso, resultados y contexto político-organizativo en el municipio, que retratan la implementación de la política para profesionales.

**Palabras-clave:** Política de Salud. Atención Primaria de Salud. Educación Continua.

## FR Modèle logique de la politique de formation continue du Centre de santé familiale élargi

**Résumé:** Le modèle logique est un outil de gestion précieux qui vous permet de visualiser l'opérationnalisation des programmes et des politiques. L'objectif de cette étude était de décrire le processus de développement et d'analyse critique du modèle logique de mise en œuvre de la politique d'éducation permanente en santé pour les équipes du noyau élargi de santé familiale et de soins primaires de la ville de Vitória, Espírito Santo. Étude qualitative avec élaboration et analyse critique du modèle logique par deux spécialistes de la formation continue en santé et soins de santé primaires, entre octobre et décembre 2021. Le processus d'analyse critique a été effectué à distance en un seul tour. Le modèle logique final comporte quatre dimensions, à savoir: la planification, l'articulation des politiques, la coordination et l'orientation conceptuelle, technique et pratique, ainsi que des éléments liés à la structure, au processus, aux résultats et au contexte politico-organisationnel de la municipalité, qui décrivent la mise en œuvre de la politique des professionnels.

**Mots-clés:** Politique de santé. Soins de santé primaires. Formation continue.

## INTRODUÇÃO

Os cenários internacional e brasileiro evidenciam a necessidade de conexão entre os sistemas educacional e da saúde com o propósito de formar profissionais cada vez mais qualificados. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser compreendido não somente como um espaço de atuação profissional, mas também como um lugar de formação, frente aos desafios percebidos no cotidiano. A formação profissional e os processos educativos devem contemplar a transformação da realidade e da prática do serviço, tornando-o mais resolutivo e potencializando a rede de serviços do SUS (Bispo-Júnior; Moreira, 2017; Vendruscolo et al., 2020).

Nesta direção, a Educação Permanente em Saúde (EPS) caracteriza-se como uma ferramenta fundamental para promover uma atuação profissional crítica, propositiva, comprometida e competente, que busca transformar os serviços de saúde (Ceccim, 2005). A EPS é considerada a ordenadora dos processos de aprendizagem e preconiza, como consequência, resultados satisfatórios nas ações desenvolvidas no campo da saúde (Barcellos et al., 2020). A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), criada por meio da Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 (Brasil, 2004), e modificada pela Portaria GM/MS nº 1.996, de 22 de agosto de 2007, traz a EPS como uma estratégia para a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores do SUS (Brasil, 2007). Desde então, tem contribuído significativamente para a formação dos profissionais e para a qualificação dos serviços de saúde.

No contexto da EPS na Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS, a Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (eNASF-AP) foi criada com o intuito de contribuir no atendimento às demandas, no suporte à efetivação da rede de serviços e ampliação de sua abrangência e na realização de ações de EPS, proporcionando ações mais eficazes e aprimorando, assim, a qualidade do atendimento à população (Anjos et al., 2013; Brasil, 2021).

Embora a PNEPS seja única, ressalta-se sua adaptação na implementação em determinado local e serviço, visto que ela é influenciada pelas características contextuais, assumindo contornos específicos de Política de Educação Permanente em Saúde (PEPS) (Ferreira, 2019). Neste sentido, torna-se importante conhecer a implementação da política para a eNASF-AP, cujo modelo lógico (ML) deve evidenciar os componentes e sua operacionalização e

caracterizar as etapas necessárias ao alcance das metas, configurando um importante modelo operacional nas pesquisas de avaliação (Medina et al., 2005). Dessa forma, o objetivo deste trabalho é descrever o processo de desenvolvimento e análise crítica do ML de implementação da PEPS para os profissionais da eNASF-AP no município de Vitória, Espírito Santo (ES), desenvolvido como parte de um estudo de avaliação da implementação da política neste município (Botacin, 2022).

## METODOLOGIA

Estudo de abordagem qualitativa, para desenvolvimento e análise crítica do ML de implementação da PEPS para os profissionais da eNASF-AP no município de Vitória-ES, parte de um estudo de avaliação de implementação (Botacin, 2022). O estudo qualitativo aborda questões particulares e revela significados e valores a partir de dados que não podem ser quantificados e que podem ser analisados por meio dos significados das ações e relações entre os sujeitos (Minayo, 2016).

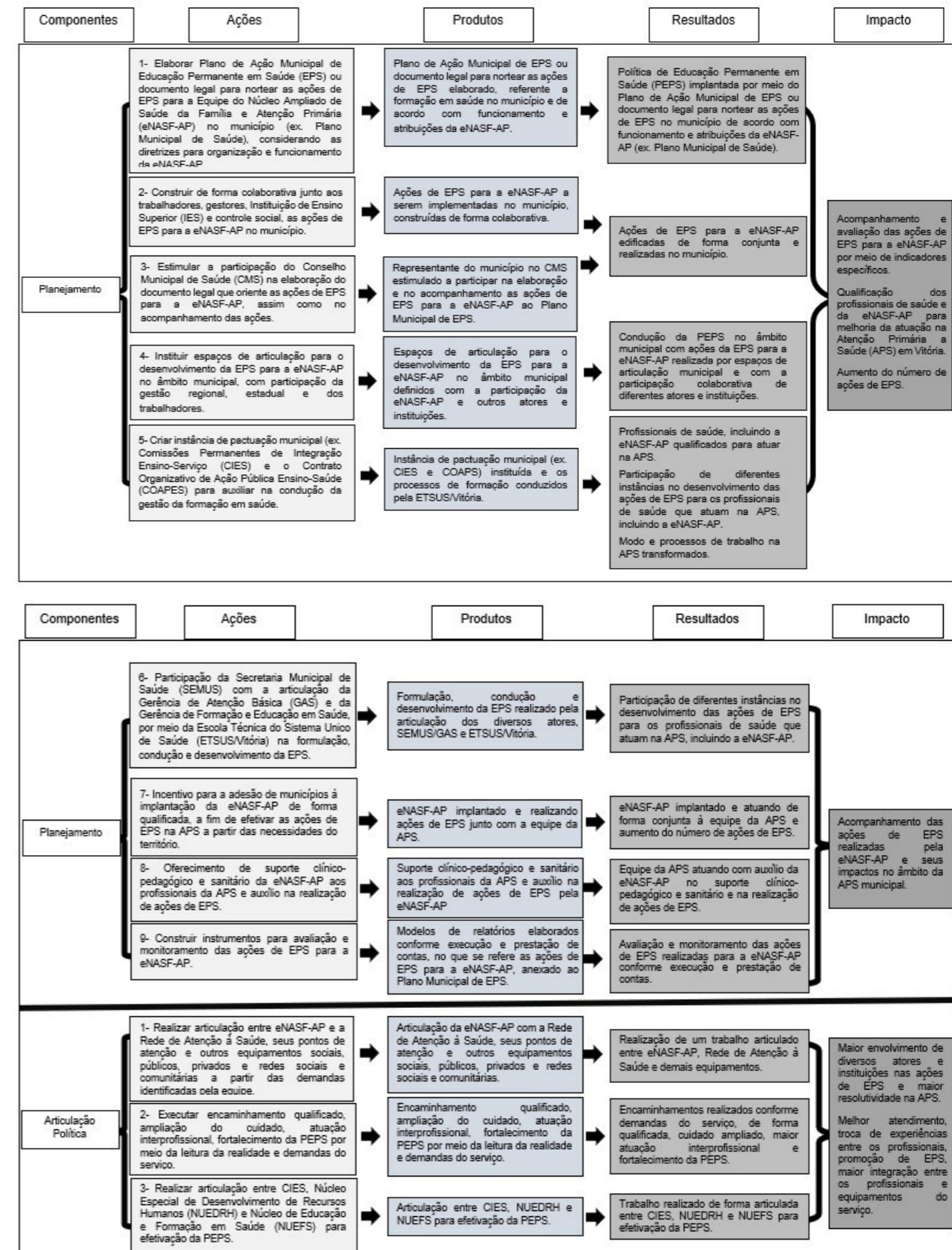
O ML configura-se como um esquema visual que retrata a operacionalização de um programa, como deve ser implementado e quais os resultados esperados. Permite, assim, que caso estudos apontem que o programa não ocorreu conforme o planejado, uma avaliação pode mostrar onde e por que ocorreu essa ruptura, além de contribuir no debate e no fortalecimento de políticas (Broussele, 2011; Rowan, 2000). Descreve a intervenção por meio de um esquema e apresenta as relações entre recursos, intervenções e efeitos esperados para alcançar os objetivos da intervenção, em nível local, considerando as especificidades regionais (Bezerra; Cazarin; Alves, 2010).

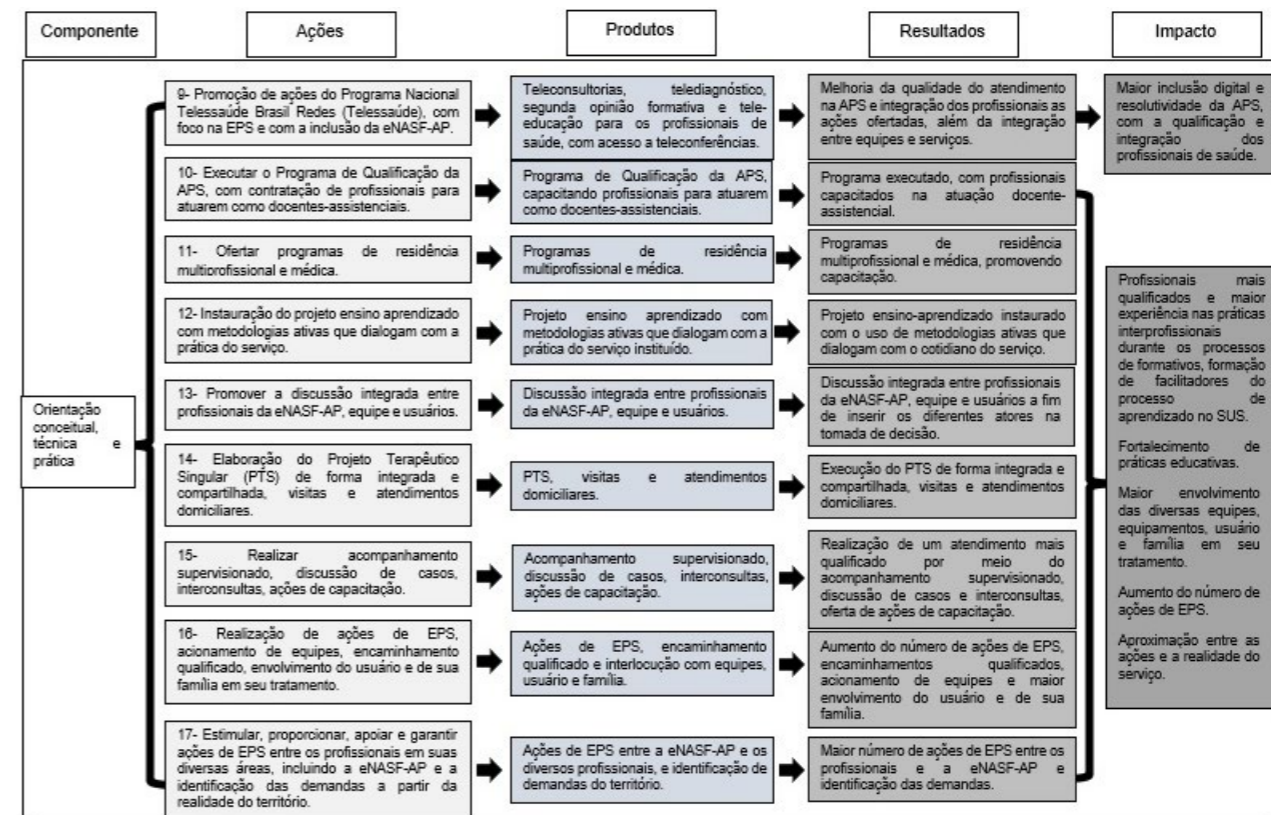
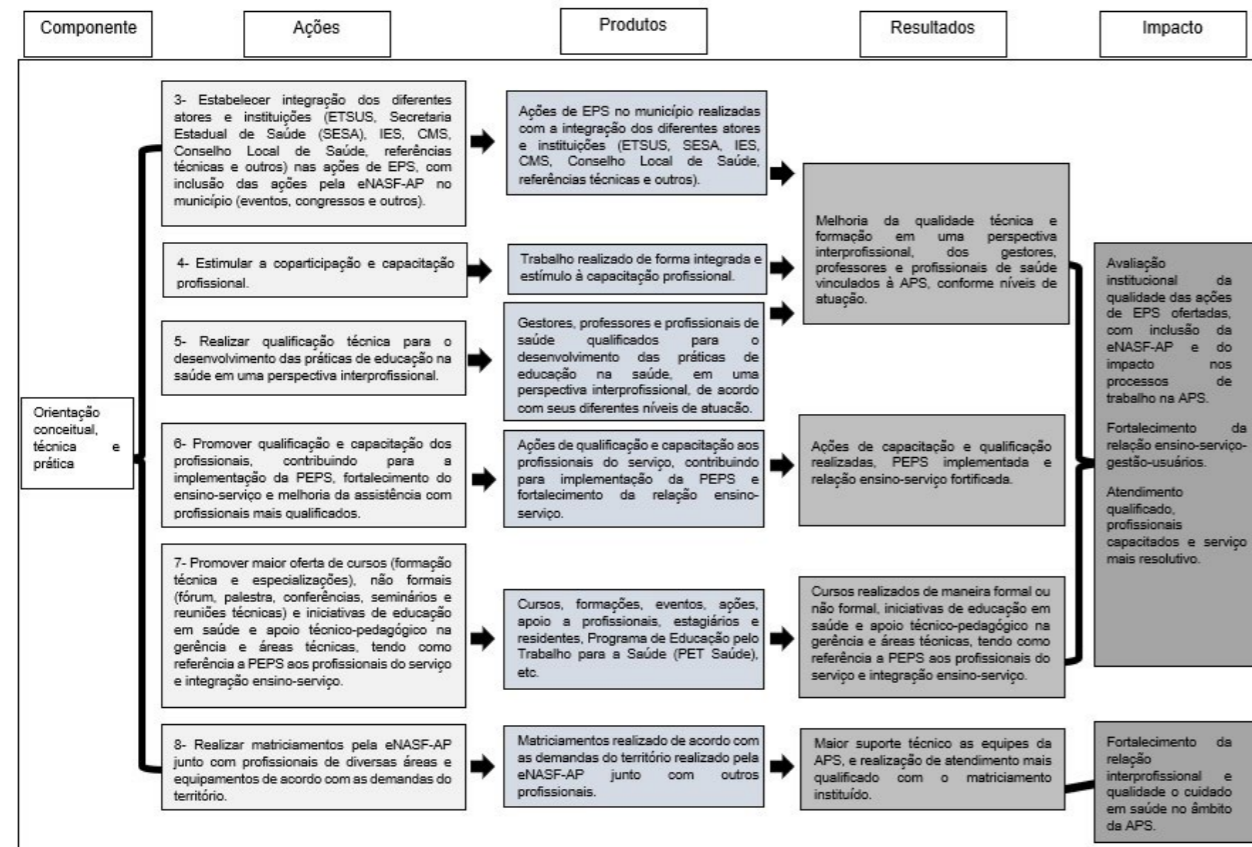
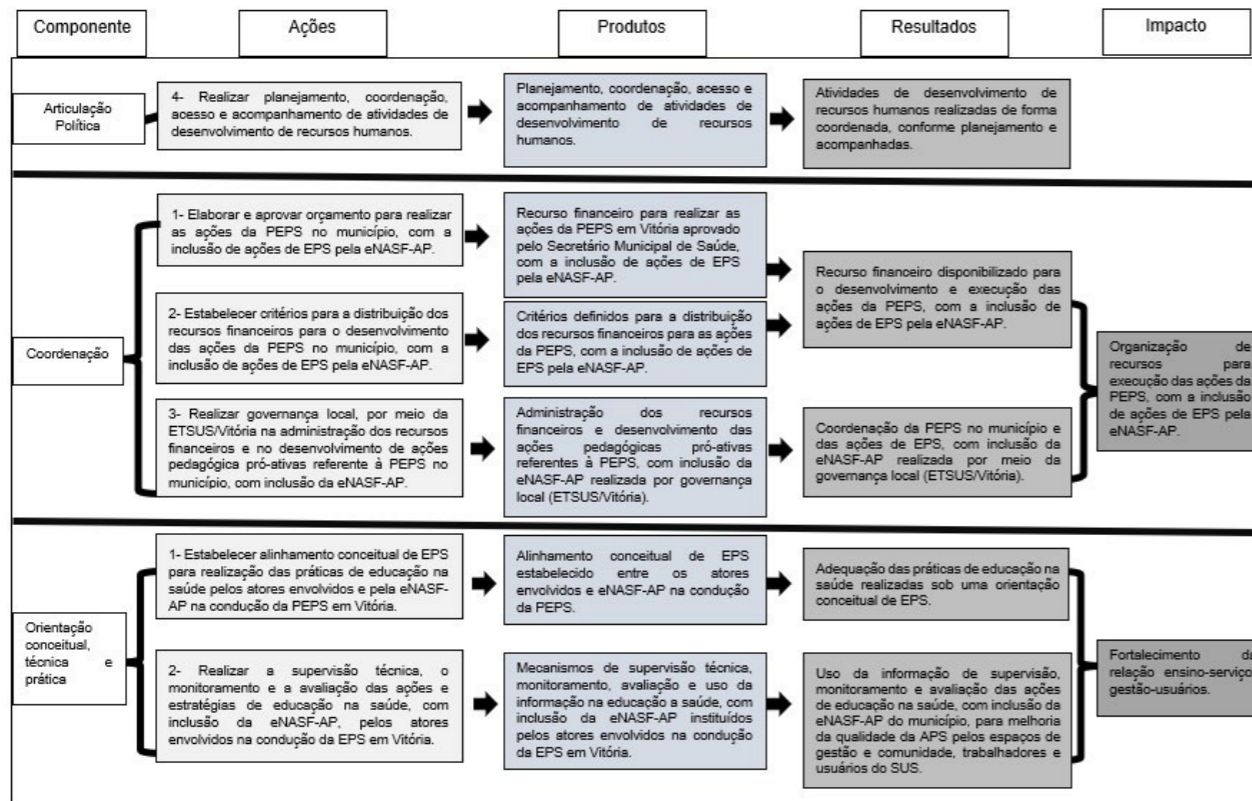
Para este trabalho, partiu-se do ML validado da implementação da PEPS na APS no município de Vitória-ES (Ferreira et al., 2020). Para sua revisão e ajuste, foram examinados documentos oficiais publicados entre 2010 e 2020 sobre o processo de gestão municipal e estadual do SUS (Planos Municipal e Estadual de Saúde e Relatórios Anuais de Gestão Municipal e Estadual), os Planos Estadual e Regional de Educação Permanente em Saúde, as Diretrizes do matriciamento no município de Vitória e a literatura científica disponível sobre tal política no município.

Para a construção do ML, foram utilizados os componentes sugeridos no marco referencial teórico da *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) para avaliação em Saúde Pública: insumos; atividades; produtos; resultados; e impactos (CDC, 1999). As dimensões selecionadas para compor este ML foram Planejamento, Articulação Política, Coordenação e Orientação Conceitual, Técnica e Prática (Ferreira, 2020). O componente Planejamento trata da documentação e de planos que orientam a execução da PEPS, de forma articulada entre instituições e atores envolvidos no processo de estruturação e realização de ações de EPS para a eNASF-AP. A Articulação Política trata da inter-relação entre instituições e atores responsáveis pelo acompanhamento da PEPS, para que planejem e executem ações de EPS, visando a efetivação da PEPS para a eNASF-AP. A Coordenação diz respeito à existência e à utilização de recursos e de ações de governança para as ações de EPS, para a concretização da PEPS para a eNASF-AP. Por último, o componente Orientação Conceitual, Técnica e Prática trata da importância da difusão, entre os profissionais da eNASF-AP, do conceito de EPS, da elaboração e realização das ações de EPS, ações atribuídas à eNASF-AP, de ações de qualificação técnica, ofertando cursos, eventos e programas de formação profissional a fim de qualificar ainda mais a eNASF-AP, e do monitoramento e avaliação das ações. Também foram considerados os itens do contexto político-organizacional do município que influenciam a gestão da PEPS.

Para o processo de análise crítica do ML, foram convidados a participar dois especialistas com experiência teórico-prática nas temáticas de EPS e eNASF-AP. O contato inicial foi realizado via *e-mail* e *WhatsApp*. Em um segundo momento, foi enviado, por *e-mail*, o ML inicial (Figura 1) e as instruções para sua avaliação, nos quais os participantes poderiam realizar as recomendações pertinentes a cada item, sugerindo sua remoção ou adequação, bem como a inserção de novos itens, no mês de setembro de 2021, com um prazo de devolução em 15 dias.

**Figura 1- Modelo Lógico inicial da implementação da PEPS no município de Vitória para os profissionais da eNASF-AP enviado aos especialistas para a análise crítica. Vitória, 2022.**





Fonte: Adaptado de Ferreira et al. (2020).  
 Contexto político-organizacional: i) Plano de Ação de EPS da Região Metropolitana e Plano Estadual de EPS em consonância com o Plano Municipal ou documento legal, no que tange à educação na saúde e diretrizes do matriciamento no município de Vitória; ii) Ampla participação e articulação dos diferentes atores que conduzem a PEPS no município: eNASF-AP, IES, Conselho Municipal de Saúde, ETSUS, profissionais de saúde, áreas técnicas e outros; iii) Sensibilização de todos os atores envolvidos, incluindo a sociedade civil, quanto aos benefícios da EPS que recebe a PEPS.

Destaca-se, contudo, um atraso nas respostas, tendo um especialista devolvido o instrumento em outubro e o outro em dezembro de 2021. As respostas e as observações dos especialistas foram analisadas segundo a análise de conteúdo temática conforme descrito por Minayo (2016) e Bardin (2016) e permitiram o ajuste no ML inicial. Uma segunda versão do ML foi enviada aos participantes e como não houve novas considerações, considerou-se o processo de modelização compartilhada finalizado.

A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública (Pareceres nº 2.464.885/ 2018; nº 3.033.414/2018 e nº 4.228.002/2020) e recebeu a anuência das instituições relacionadas.

### RESULTADO

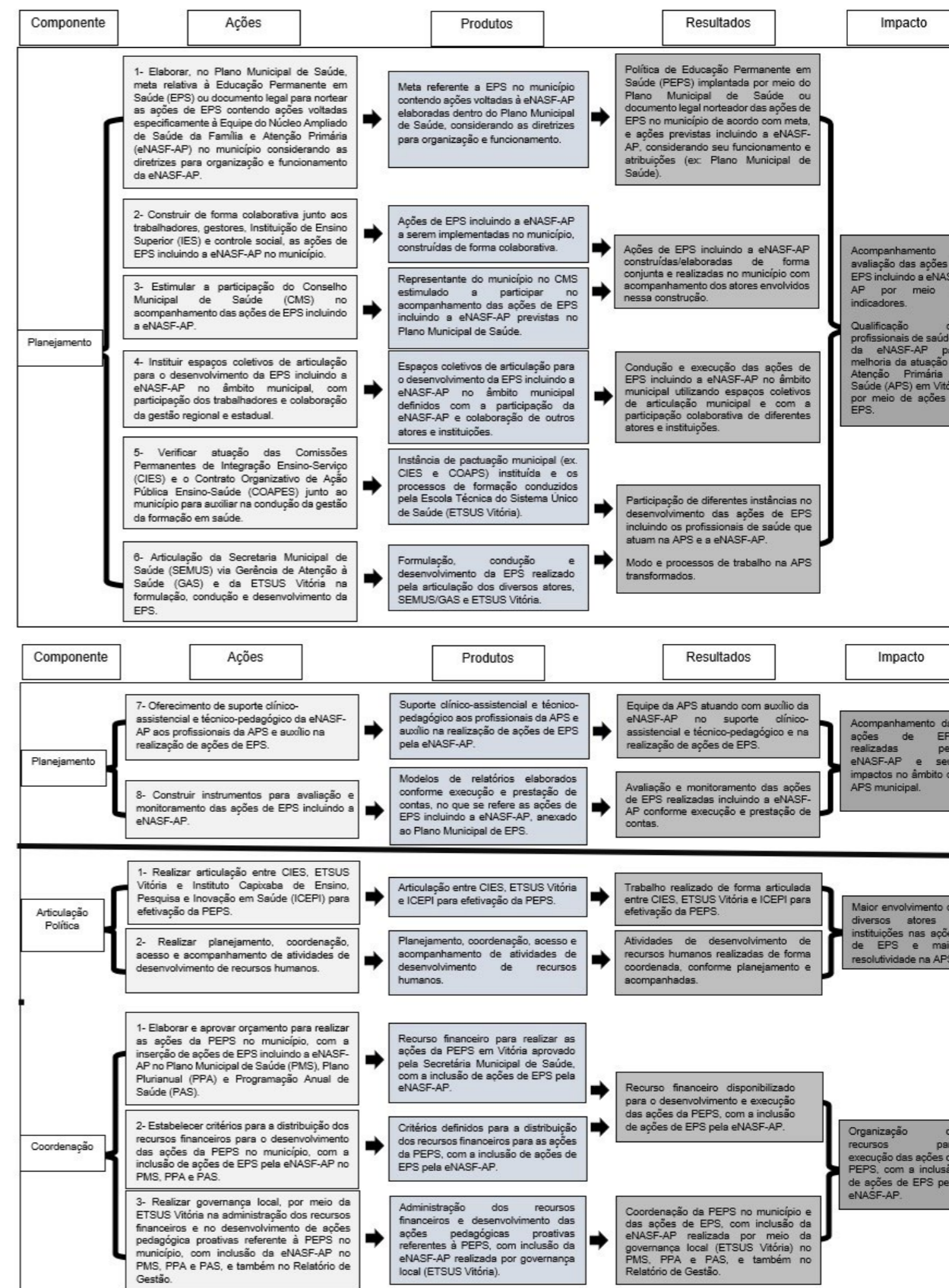
Neste estudo, foi possível obter, em uma rodada, o consenso dos especialistas para a análise crítica do ML de implementação da PEPS

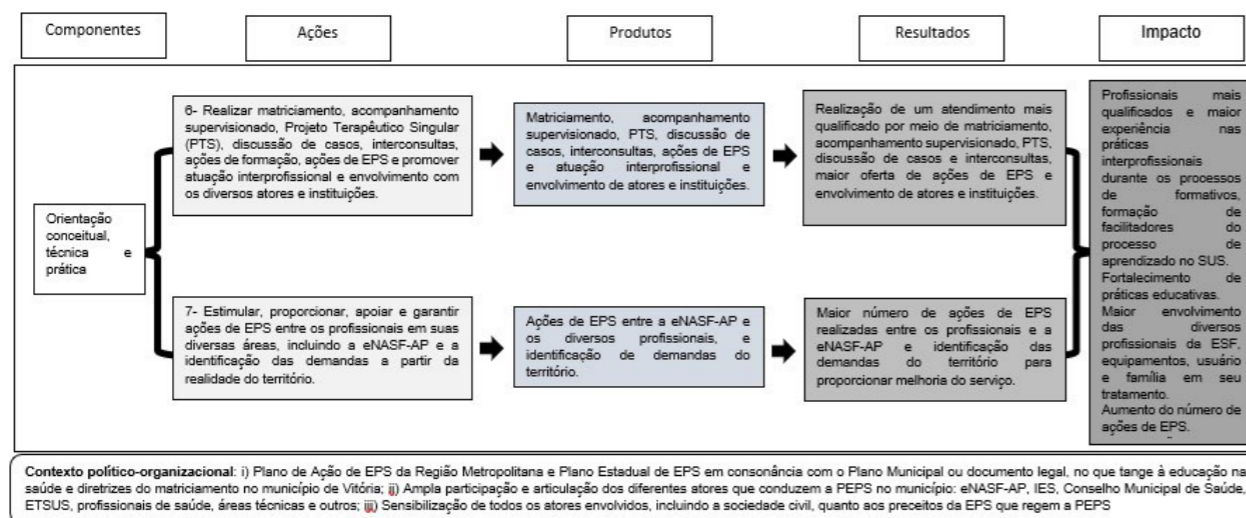
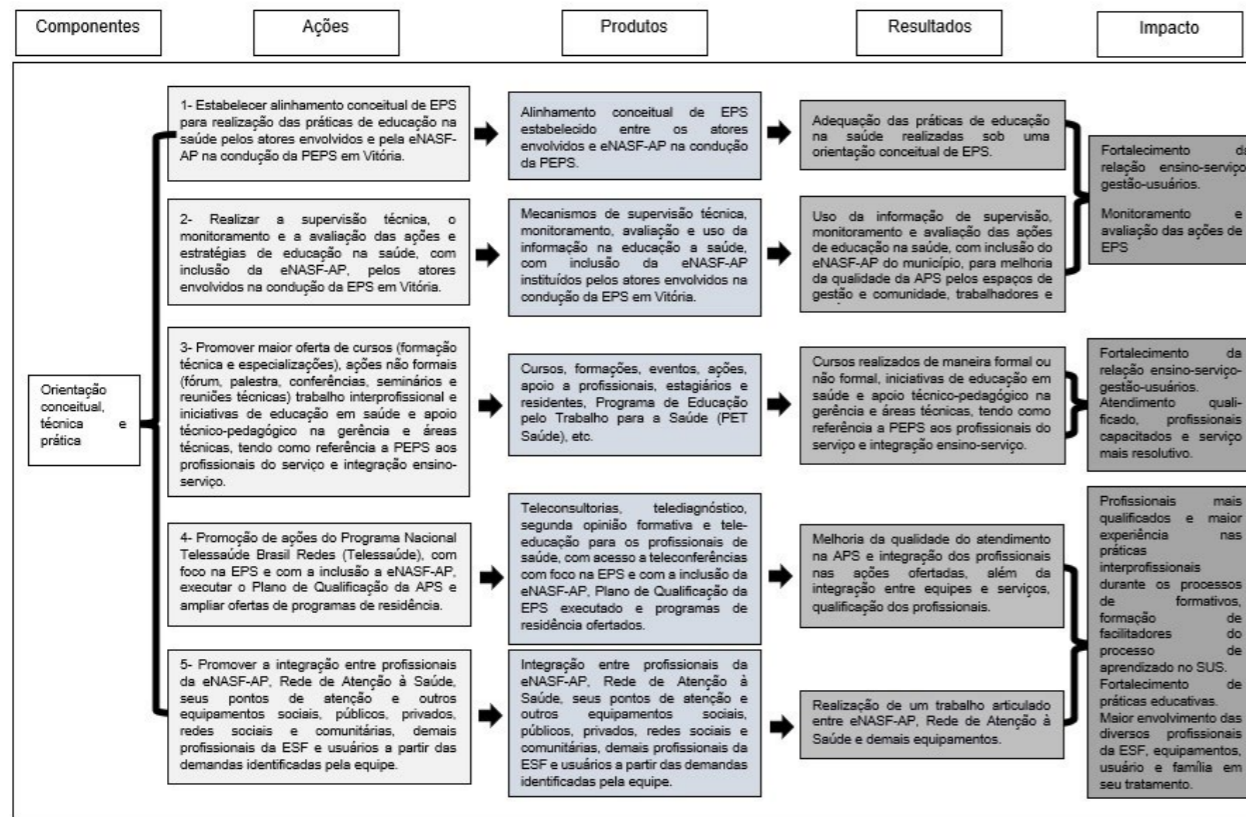
para a eNASF-AP em Vitória, organizado em quatro blocos sobre estrutura, processo, resultados e contexto político-organizacional do município. Participaram duas especialistas, selecionadas intencionalmente por sua experiência acadêmica e na gestão municipal da eNASF-AP na APS. Uma delas era da gestão municipal em saúde e a outra era representante do grupo ensino e pesquisa.

As duas especialistas consideraram o ML extenso e sugeriram modificações relacionadas às ações de EPS para a eNASF-AP e à hierarquia na rede dos serviços de saúde do município. Ambas sugeriram excluir o tópico relativo ao incentivo aos municípios para a adesão a eNASF-AP, dada a suspensão do Ministério da Saúde para a criação de novas equipes. Destacaram, também: a necessidade de reforçar a participação da [Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde](#) (ETSUS) do município; que as parcerias para a implementação da PEPS fossem agrupadas, englobando todos os equipamentos a serem articulados à eNASF-AP; e que o monitoramento e a avaliação das ações da eNASF-AP, sobretudo aquelas relacionadas à EPS, fossem reforçados. Houve, entretanto, consenso entre as especialistas na análise crítica do ML. A partir desses ajustes, obteve-se o ML final da implementação da PEPS no município de Vitória para os profissionais da eNASF-AP, conforme apresentado na Figura 2.

No ML final (Figura 2), as dimensões Planejamento, Articulação Política, Coordenação e Orientação Conceitual, Técnica e Prática (Ferreira, 2020) foram mantidas. O Planejamento abrange a elaboração de documentos que auxiliem na instituição da PEPS, a participação e o envolvimento de diversos atores e equipamentos, bem como o suporte adequado para realização de ações de EPS e a criação de instrumentos para sua avaliação e monitoramento. A Articulação Política apresenta a necessidade de vincular diversas instituições no planejamento e execução de atividades de EPS. A Coordenação destaca a necessidade de um orçamento financeiro e sua distribuição para realização das ações de EPS e o papel da ETSUS nesse processo. Por último, a Orientação Conceitual, Técnica e Prática discorre sobre o alinhamento conceitual da EPS, a supervisão e o monitoramento das ações, a maior oferta de ações de EPS, o fortalecimento da parceria entre os atores e os equipamentos com a eNASF-AP e a realização de ações específicas da eNASF-AP, incluindo as de EPS.

**Figura 2: Modelo Lógico final da implementação da PEPS no município de Vitória para os profissionais da eNASF-AP. Vitória, 2022.**





É cada vez maior a necessidade de proporcionar um atendimento mais qualificado à população, em função da evolução de saberes e práticas no campo da saúde e pela imposição do controle de gastos, o que coloca em evidência a necessidade de constante avaliação das práticas de saúde para que as escolhas dos gestores e dos clínicos sejam embasadas por conhecimentos científicos sólidos. Ressalta-se, assim, serem fundamentais os processos avaliativos, que podem embasar o julgamento sobre determinado assunto e contribuir para a conduta adequada (Contandriopoulos, 2006).

Nesse sentido, a análise das ações desenvolvidas pela eNASF-AP, de seu processo de implantação e de suas características (Arce; Teixeira, 2018) é importante para permitir adequações, melhorias nos pontos frágeis e manutenção e aprofundamento dos pontos positivos, para fortalecer a APS e a EPS e proporcionar um atendimento mais qualificado ao usuário. É imperiosa uma formação em saúde voltada ao fortalecimento da APS e à valorização do SUS, promovendo discussão e problematização do processo de trabalho com a participação de gerentes da APS e de trabalhadores de saúde atuantes, contribuindo para a formação e a qualificação profissional (Jesus; Servo, 2019).

Uma importante ferramenta nesse contexto é o ML, que se caracteriza como uma estratégia primordial no processo de avaliação de programas e/ou políticas. O ML permite a criação, a programação, a implementação e o monitoramento de uma intervenção, evidenciando-a, de forma simples e objetiva, por meio da esquematização, facilitando aos gestores a visualização da intervenção e suas necessidades, favorecendo a tomada de decisão pautada em evidências (Araújo, 2022). A construção do ML corresponde a uma das etapas a serem executadas (Wholey, 2004), como evidenciado também no estudo de Ferreira et al. (2020).

A participação de especialistas interessados nos temas e objetos de avaliação, como realizada neste estudo, são úteis por articularem diversas opiniões de especialistas visando alcançar um consenso (Powell, 2003). Caracteriza-se, ademais, como possibilidade de uma avaliação participativa, igualitária e emancipatória, no qual, além dos próprios avaliadores, os atores sociais como os usuários, gestores e trabalhadores constroem sua avaliação (Paim; Kovaleski e Moretti-Pires, 2016), o que enriquece o trabalho e pode contribuir para a utilidade do estudo.

Fonte: Adaptado de Ferreira et al. (2020).

## DISCUSSÃO

O ML final da implementação da PEPS para as eNASF-AP apresenta quatro dimensões: Planejamento, Articulação Política, Coordenação e Orientação Conceitual, Técnica e Prática, que abrangem a estrutura, processo, resultados e contexto político-organizacional no município.

Sobre o ML final apresentado, a dimensão Planejamento revela os atores e as instituições a serem envolvidos para que as ações de fato ocorram. Destaca a articulação entre o quadrilátero formação, a atenção, a gestão e o controle social, que se faz primordial para a promoção de uma formação voltada ao cotidiano do serviço de saúde (Campos; Sena; Silva, 2017; Ceccim, 2005).

Por outro lado, a Articulação Política trata do envolvimento de instituições de formação, como a ETSUS, e sobre o planejamento e o acompanhamento da formação de recursos humanos. Sua inclusão no ML evidencia a relevância da capacitação dos recursos humanos para a realização do cuidado integral e contínuo do usuário, de qualidade e em constante aprendizado, a partir da problematização e da vivência baseada nos princípios da EPS (Miccas; Batista, 2014).

Já a dimensão Coordenação evidencia a distribuição de recursos financeiros e a atuação ETSUS no processo de governança local. A participação das escolas técnicas e as ações formativas oferecidas por elas são instrumentos essenciais para a efetivação do SUS e possibilitam a participação de docentes e estudantes, em reflexões e troca de saberes, e oportunizam novos modos de fazer saúde, apesar de ainda existirem dificuldades em sua efetivação (Leite; Lima, 2019).

Por fim, a dimensão Orientação Conceitual, Técnica e Prática inclui itens como o alinhamento conceitual de EPS, a supervisão e o monitoramento das ações, a maior oferta de cursos, o fortalecimento da parceria entre atores e equipamentos com a eNASF-AP e a realização de ações específicas da eNASF-AP, incluindo as de EPS. Sua importância reside no entendimento de que as ações de EPS contribuem positivamente para a formação profissional e para a prática nos serviços de saúde, pois oportuniza a reflexão sobre a própria atuação profissional, a busca por novos conhecimentos, ocasiona espaços de trocas de saberes e possibilita novos modos de atuar na assistência e na gestão (Donaduzzi et al., 2021).

Apesar da eNASF-AP apresentar importante papel na APS e na realização de ações de EPS, desde 2020 não é permitida a criação de novas equipes (Brasil, 2020), o que pode comprometer o trabalho interprofissional e multiprofissional e afetar o cuidado e a resolutividade do serviço de saúde (Giovanella; Franco; Almeida, 2020).

Considera-se que o presente estudo pode ser útil para o entendimento e a avaliação da implementação da EPS para a eNASF-AP em outros cenários, uma vez que traz informações importantes sobre

como a PNEPS é ajustada aos contextos locais. Destaca a importante relação das eNASF-AP com a implementação da PEPS, considerando que a atuação de uma equipe multiprofissional pode gerar benefícios ao serviço, e principalmente sobre a realização de ações de EPS (Anjos et al., 2013). Ademais, auxilia na evidência e na reflexão sobre possíveis intervenções e/ou aprimoramento da implementação da política e mesmo sobre a manutenção dessas equipes, além de promover maior visibilidade sobre a temática, a fim de tornar a política cada vez mais efetiva.

O trabalho apresenta como limitação o fato de a análise crítica do ML ter sido realizada somente por dois especialistas, o que se buscou contornar com a seleção de indivíduos com grande experiência teórica e prática na temática. A literatura não define a quantidade ideal para uma análise crítica de um ML, pois tudo dependerá do tipo de pesquisa e de seu contexto, além de fatores próprios como a disponibilidade de participação dos especialistas na pesquisa. O que é estabelecido de fato na literatura é que deve ser obtido o consenso independente no número de participantes (Vergara, 2008; Munaretto; Corrêa; Cunha, 2013). Destaca-se que essa aparente limitação do presente estudo foi atenuada pela *expertise* das especialistas na temática e pelo consenso obtido, fato considerado primordial na realização deste tipo de pesquisa envolvendo especialistas.

O ML fornece uma visão geral da intervenção/programa, evidenciando a relação entre os problemas e ações que podem resolvê-los, fornecendo informações úteis para a tomada de decisão, representando um retrato momentâneo, sendo importante sua revisão durante todo o ciclo da intervenção/programa (Bezerra; Cazarin; Alves, 2010). Nesse sentido, torna-se primordial a revisão periódica do ML, buscando sua adaptação a acontecimentos não previstos ou novos que possam ocorrer, visto que se trata de uma política em constante aprimoramento (Ferreira et al., 2020). Cabe salientar, que, em se tratando de uma política em vigência, deve haver a periódica revisão do ML.

Apesar da proibição da criação de novas eNASF-AP, julgou-se importante a elaboração de um ML da implementação da PEPS na visão desses profissionais, pois foi evidenciada a sua importância para o serviço, principalmente com relação à sua participação na realização de ações de EPS e quanto o serviço perde por não ser possível a nova contratação de eNASF-AP.

## CONCLUSÃO

O estudo retratou a elaboração e a análise crítica do ML da implementação da PEPS para a eNASF-AP no município de Vitória-ES. Após o processo de análise crítica pelas especialistas, o ML apresentou quatro dimensões, sendo elas: Planejamento; Articulação Política; Coordenação e Orientação Conceitual, Técnica e Prática. Esse ML, como é o seu propósito, auxilia na visualização, por meio de um esquema, da forma de operacionalização da política envolvendo essas equipes, o que pode facilitar a identificação dos pontos de avanço e aqueles que necessitam de intervenção e correções, possibilitando assim uma atuação mais precisa da gestão e dos trabalhadores da saúde.

Recomenda-se a aplicação deste modelo final em estudos de avaliação e na própria gestão dos serviços na APS. Sugere-se, além disso, que processos de desenvolvimento e de validação mais amplos de outros ML sejam etapas a serem desenvolvidas em estudos que retratem a implementação da PEPS para os distintos grupos de trabalhadores da saúde, para além da eNASF-AP, e sua difusão entre os serviços de saúde, a fim de contribuir para a sua efetivação. Nesse sentido, a realização de estudos avaliativos é primordial para fornecer o embasamento científico que irá auxiliar na tomada de decisão.



## REFERÊNCIAS

ANJOS, Karla Ferraz dos et al. Perspectivas e desafios do núcleo de apoio à saúde da família quanto às práticas em saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 672-680, out/dez., 2013.

ARAÚJO, Celso Amorim. Modelo lógico: uma proposta para aplicação na inspeção do trabalho. **Revista da Escola Nacional da Inspeção do Trabalho**, Brasília, v. 6, p. 131-165, jan./dez., 2022.

ARCE, Vladimir Andrei Rodrigues; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Atividades desenvolvidas por profissionais de Núcleos de Apoio à Saúde da Família: revisão de literatura. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1.443-1.464, set./dez. 2018.

BARCELLOS, Rosilene Marques de Souza et al. Educação permanente em saúde: práticas desenvolvidas nos municípios do estado de Goiás. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.18, n. 2, p. 1-14, 2020.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. 1ª Edição. São Paulo: Edições 70, 2016.

BEZERRA, Luciane Caroline Albuquerque; CAZARIN, Gisele.; ALVES, Cinthia Alyne de Almeida. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, Isabella et al. (Org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, p. 65-78, 2010.

BISPO-JÚNIOR, José Patrício; MOREIRA, Diane Costa. Educação permanente e apoio matricial: Formação, vivências e práticas dos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e das equipes apoiadas. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, p. 1-13, 2017.

BOTACIN, W. G. **Avaliação de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na visão das Equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária**. 208 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo, 2022.

BRASIL. Portaria nº. 37, de 18 de janeiro de 2021. Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). **Diário Oficial da União**, Brasília, 21 jan. 2021 (2021a). Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-37-de-18-de-janeiro-de-2021-299987615>. Acesso 23 mar. 2023.

BRASIL. Portaria n.º 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 fev. 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1832.pdf>. Acesso em 12 mar. 23.

BRASIL. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 ago. 2007. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996\\_20\\_08\\_2007.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html). Acesso em 14 mar. 23.

BROUSSELLE, Astrid et al. Modelizar as intervenções. In: CHAMPAGNE, François et al. **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; p. 61-74, 2011.

CAMPOS, Kátia Ferreira Costa; SENA, Roseni Rosângela de; SILVA, Kênia Lara. Permanent professional education in healthcare services. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro v. 21, n. 4, p. 1-10, 2017.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.10, n. 4, p. 975-986, 2005.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Framework for Program Evaluation in Public Health. **MMWR**, [s.l.] v.17, n. 48, p. 1-40, set. 1999.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 705–711, 2006.

DAVIES, Rick; PAYNE, Lina. Evaluability assessments: reflections on a review of the literature. **Evaluation**, v. 21, n. 2, p. 216-231, 2015.

DONADUZZI, Daiany Saldanha da Siveira et al. Educação permanente em saúde como dispositivo para transformação das práticas em saúde na atenção básica. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 1, n. 5, p. 1-14, 2021.

FERREIRA, Lorena. **Avaliação de Implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária no município de Vitória, Espírito Santo**. 2019. 230 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Programa de Doutorado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2019.

FERREIRA, Lorena et al. Validação do modelo lógico de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária. **Trab. Educ. Saúde.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 1-21, 2020.

GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1481, 2020.

JESUS, Michele de Araújo de; SERVO, Maria Lucia Silva. Contexto Técnico do Trabalho de Gerentes na Atenção Primária à Saúde. **Rev enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 13, n. 3, p. 614-175 23, mar. 2019.

LEITE, Isabel Cristina de Moura; LIMA, Rafael Rodolfo Tomaz de. Educação permanente em saúde: uma possibilidade para aperfeiçoar o trabalho em uma Escola Técnica do Sistema Único de Saúde? **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 1-10, 2019.

MEDINA, Maria Guadalupe et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira da (Orgs). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 41-63, 2005.

MICCAS, Fernanda Luppino; BATISTA, Sylvia Helena de Souza da Silva. Permanent education in health: A review. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 170–185, 2014.

MINAYO Maria Cecília de Souza. Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18ª edição. Petrópolis: Editora Vozes, 2016.

MUNARETTO, Lorimar Francisco; CORRÊA, Hamilton Luiz; DA CUNHA. Um estudo sobre as características do método Delphi e de grupo focal, como técnicas na obtenção de dados em pesquisas exploratórias. **Revista de Administração da Universidade Federal de Santa Maria**, v. 6, n. 1, p. 9-24, 2013.

PAIM, Marina Bastos; Kovaleski, Douglas Francisco; Moretti-Pires, Rodrigo Otávio. Avaliação participativa: análise da primeira oficina do VER-SUS Florianópolis (SC). **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 169-178, out/dez., 2016.

POWELL, Catherine. The Delphi technique: myths and realities. **Journal of Advanced Nursing**, [s. l.], v. 41, n. 4, p. 376-382, 2003.

ROWAN, Margo. Logic models in primary care reform: navigating the evaluation. **Canadian Journal of Program Evaluation**. **Canadian Journal of Program Evaluation**, Canadá, v. 15, n. 2, p. 81-92, 2000.

VENDRUSCOLO, Carine et al. Contributions from continuous education to family health extended centers. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 1-8, 2020.

VERGARA, S. C. Métodos de pesquisa em administração. 3ª Ed. São Paulo: Atlas, 2008

WHOLEY, Joseph. Avaliação da viabilidade e provável utilidade da avaliação. Manual de Avaliação Prática de Programas. 2ª edição. São Francisco: Jossey Bass. 2004.

## ✓ A construção de redes colaborativas em avaliação: A experiência do Projeto AcolheSUS

### Egléubia Andrade de Oliveira

Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Departamento de Política e Planejamento, IESC/UFRJ.

### Gisela Cordeiro Pereira Cardoso

Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Departamento de Endemias Samuel Pessoa, Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais.

### Dolores Maria Franco de Abreu

Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Departamento de Endemias Samuel Pessoa, Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais

### Cesar Luiz Silva Junior

Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Departamento de Endemias Samuel Pessoa, Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais.

**Resumo:** Este artigo busca explorar a participação dos atores e *stakeholders* na experiência avaliativa de dois casos-piloto do Projeto AcolheSUS, por meio de diferentes tipos de avaliação inclusiva, a saber, colaborativa, participativa e de empoderamento. Foi realizada uma análise descritiva dos diferentes arranjos e tipos de interação ocorridos ao longo do processo de avaliação de implementação do AcolheSUS. A descrição do tipo de interação e do nível de intensidade entre os diversos atores envolvidos é apresentada em formato de mandala. Elementos dos contextos político e organizacional influenciaram a condução da avaliação e os diferentes arranjos adotados, predominando em ambos os casos a abordagem colaborativa, onde a aliança entre avaliadores e *stakeholders* ocorre para o fortalecimento do desenho avaliativo, a ampliação da coleta de informações e a compreensão dos resultados pelos interessados, de forma a aumentar sua utilização e influência.

**Palavras-chave:** Avaliação em Saúde; Humanização da Assistência; Redes Colaborativas

## EN Building collaborative networks in evaluation: the experience of the AcolheSUS Project

**Abstract:** This article aims to explore the participation of actors and stakeholders in the evaluative experience of two pilot cases of the AcolheSUS Project, through different types of inclusive evaluation, namely collaborative, participatory, and empowerment. A descriptive analysis of the different arrangements and types of interaction that occurred throughout the evaluation process of the implementation of AcolheSUS was conducted. The description of the type of interaction and the level of intensity among the various actors involved is presented in a mandala format. Elements of the political and organizational contexts influenced the conduct of the evaluation and the different arrangements adopted, predominating in both cases the collaborative approach, where the alliance between evaluators and stakeholders occurs for the strengthening of the evaluation design, the expansion of information collection and the understanding of the results by stakeholders, in order to increase their use and influence.

**Key-words:** Health Evaluation; Humanization of Assistance; Collaborative Networks

## ES La La construcción de redes colaborativas en evaluación: La experiencia del Proyecto AcolheSUS

**Resumen:** Este artículo busca explorar la participación de actores y partes interesadas en la experiencia evaluativa de dos casos piloto del Proyecto AcolheSUS, a través de diferentes tipos de evaluación inclusiva, a saber, colaborativa, participativa y de empoderamiento. Se realizó un análisis descriptivo de los diferentes acuerdos y tipos de interacción que se produjeron a lo largo del proceso de evaluación de la implementación del proyecto. La descripción del tipo de interacción y del nivel de intensidad entre los distintos actores implicados se presenta en un formato de mandala. Elementos de los contextos político y organizacional influyeron en la conducción de la evaluación y en los diferentes arreglos adoptados, predominando en ambos casos el enfoque colaborativo, donde la alianza entre evaluadores y actores ocurre para el fortalecimiento del diseño evaluativo, la ampliación de la recopilación de la información y la comprensión de los resultados por parte de los actores, con el fin de incrementar su uso e influencia.

**Palabras-clave:** Evaluación en Salud; Humanización en Salud; Redes Colaborativas

## FR La construction de réseaux de collaboration dans l'évaluation : l'expérience du projet AcolheSUS

**Résumé:** Cet article cherche à explorer la participation des acteurs et parties prenantes dans l'expérience d'évaluation de deux cas pilotes du projet AcolheSUS, à travers différents types d'évaluation inclusive, à savoir, collaborative, participative et d'autonomisation. Une analyse descriptive des différents arrangements et types d'interaction qui se sont produits tout au long du processus d'évaluation de la mise en œuvre d'AcolheSUS a été effectuée. La description du type d'interaction et du niveau d'intensité entre les différents acteurs impliqués est présentée sous forme de mandala. Des éléments des contextes politiques et organisationnels ont influencé la conduite de l'évaluation et les différentes dispositions adoptées, prédominant dans les deux cas l'approche collaborative, où l'alliance entre les évaluateurs et les parties prenantes se produit pour le renforcement de la conception de l'évaluation, l'expansion de la collecte d'informations et la compréhension des résultats par les parties prenantes afin d'accroître leur utilisation et leur influence.

**Mots-clés:** évaluation de la santé; Humanisation de l'assistance; Réseaux collaboratifs

## INTRODUÇÃO

Este artigo tem como objetivo explorar as diferentes abordagens de participação dos atores ou *stakeholders* na experiência avaliativa do Projeto AcolheSUS (Qualificação das práticas de cuidado a partir das portas de entrada do SUS), com base na Política Nacional de Humanização (PNH). Trata-se de uma parceria entre a Coordenação-Geral da Política Nacional de Humanização (CGPNH) do Ministério da Saúde (MS) e o Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (LASER/ENSP/Fiocruz).

Dos 27 estados da União, 21 assinaram os Termos de Cooperação para adesão ao AcolheSUS, sendo três selecionados como pilotos – Pará (PA), Paraíba (PB) e Santa Catarina (SC). Foram envolvidas três Redes de Atenção à Saúde (RAS): a Rede de Atenção Materno-Infantil-PB, a Rede de Atenção Psicossocial-PA e a Rede de Atenção às Urgências e Emergências-SC. Ao longo do período, cinco estados se desvincularam da cooperação técnica, incluindo um dos pilotos selecionados (PA), chegando ao final de 2018 com 16 estados compondo o Projeto AcolheSUS. Em dezembro de 2019, esses estados encontravam-se em diferentes fases de implementação das ações de qualificação do modelo de gestão e atenção dos serviços em conformidade com as diretrizes de Acolhimento da PNH.

O AcolheSUS foi desenvolvido com base em quatro metas: (1) qualificar o acesso e as práticas de cuidado por meio da implementação da diretriz Acolhimento da PNH nos serviços de saúde; (2) qualificar as práticas de gestão e cuidado em RAS a partir das portas de entrada nas três experiências-piloto; (3) contribuir para o desenvolvimento dos conteúdos de monitoramento e avaliação na etapa de implementação do projeto, por meio de oficinas de capacitação dos atores de âmbito federal e local e; (4) avaliar a implementação do AcolheSUS em três experiências-piloto nos seus respectivos contextos regionais de saúde.

Para tanto, optou-se pela construção de uma avaliação responsiva aos interesses e às necessidades dos atores envolvidos, buscando incorporá-los desde o início do processo. A inclusão de diferentes opiniões, valores e expectativas possibilita que os sujeitos se tornem parte da mudança e sejam comprometidos com ela (Cousins; Whitmore, 1998; Cardoso et al., 2019). O intuito de adotar essa abordagem foi ampliar a legitimidade da avaliação e, conseqüentemente, o entendimento, a apropriação e a utilização dos seus resultados (Furtado et al., 2013).

A participação dos atores ou *stakeholders* nas avaliações depende do grau e tipo de envolvimento, além de fatores do contexto que podem propiciar ou dificultar a sua inclusão (Cousins; Whitmore, 2007; Santos et al., 2018; Cardoso et al., 2019). No Brasil, observa-se um aumento na discussão e nos relatos de experiências de envolvimento de diversos grupos de interesses ou *stakeholders* no desenho e condução de avaliações, referidas como participativas. Furtado et al (2013; 2021) alertam para a necessidade de criar formatos de participação mais vinculadas aos processos de produção de conhecimento, bem como de melhor qualificar o que se tem caracterizado como “participação”, uma noção polissêmica, que abriga múltiplas práticas e suas interações com grupos e interesses distintos.

A presente análise considerou as tipologias de natureza colaborativa, participativa e empoderada, com base nos atributos fundamentais subjacentes aos processos de avaliação: produção de conhecimento, valorização, usos e influências (Santos et al., 2018). Para Fetterman et al. (2018), tais abordagens têm mais semelhanças do que diferenças. As semelhanças abarcam alguns de seus princípios, como o envolvimento de atores, a perspectiva de participação no processo avaliativo, a capacitação em monitoramento e avaliação (M&A) e a valorização do conhecimento dos atores envolvidos (Fetterman et al., 2018). Em relação às diferenças, destaca-se que, nas avaliações colaborativas, cabe ao avaliador conduzir todo o processo avaliativo, sendo que os demais atores participam de acordo com sua disponibilidade e capacidade. Pode ser desde uma participação mais pontual, como a elaboração das perguntas e do desenho da avaliação, ou mais contínua, como o acompanhamento de todo o processo avaliativo, incluindo a validação dos resultados, a elaboração de relatórios e a divulgação dos achados.

Na abordagem participativa, a etapa decisória e a condução da avaliação são compartilhadas entre avaliadores e *stakeholders*. Sendo assim, a construção das perguntas, a proposta de desenho (modelo da avaliação), incluindo a coleta e análise de evidências, e a elaboração de relatórios são realizadas predominantemente de maneira conjunta. Na abordagem de empoderamento, o processo é conduzido pelos atores interessados na avaliação, no sentido de estimular a capacidade decisória e de ação dos envolvidos. Desse modo, são responsáveis pela coleta de dados, realização da análise e elaboração de relatórios, tendo um papel de destaque na condução da avaliação. Os avaliadores têm o papel de apoio e de facilitação (Fetterman et al., 2018; Rodríguez-Campos; Rincones-Gómez, 2013).

Em síntese, a escolha de uma ou outra abordagem vai influenciar o processo de valoração, próprio das avaliações (ciência da valoração) (Scriven, 1991), e a seleção dos padrões e parâmetros de julgamento, mais ou menos alinhados à pluralidade de constructos que reflitam a pertinência e o significado de diferentes participantes no processo avaliativo (Santos et al., 2018).

No presente artigo, são explorados os diferentes arranjos e tipos de interação ocorridos ao longo do processo de avaliação de implementação do AcolheSUS, priorizando os dois casos-piloto.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma análise descritiva de uma avaliação de implementação, conduzida entre novembro de 2017 e janeiro de 2020. Apresenta uma visão geral do processo de implementação do Projeto AcolheSUS, a partir das etapas de priorização do problema, elaboração, modelização e implementação do plano de ação, com o objetivo de caracterizar e analisar as abordagens inclusivas e os arranjos adotados pelos avaliadores.

A avaliação de implementação abordou as experiências-piloto em dois estados: uma na região Nordeste, na Paraíba, e outro na região Sul, em Santa Catarina. Ambas envolviam iniciativas em duas unidades hospitalares de grande porte, referência em seus respectivos estados, sendo uma maternidade e uma unidade de urgência e emergência.

Para a coleta de dados e informações deste estudo, foram utilizadas como fontes os relatórios parcial e final da avaliação, as atas e memórias das reuniões e oficinas, os registros nos diários de campo da equipe de avaliação e transcrições das entrevistas. No total foram 18 entrevistas realizadas com diferentes atores, a saber: 1) Integrantes do Grupo Executivo Local; 2) Integrantes do Grupo Executivo Estadual; 3) Gestores da Unidade; 4) Consultores da Coordenação-Geral da Política Nacional de Humanização, e; 5) Especialistas de Gestão da Clínica e Ambiência.

O foco da análise foi o tipo e a intensidade das interações produzidas entre os atores no processo de implementação à luz da classificação proposta por Fetterman et al. (2018) para caracterização dos diferentes tipos de abordagens inclusivas, como apresentado no Quadro 1.

**Quadro 1 – Principais características das abordagens inclusivas no processo avaliativo.**

COLABORATIVA	PARTICIPATIVA	EMPODERAMENTO
Foco na participação	Foco na participação	Foco na participação
Empatia/Sensibilização	Empatia/Sensibilização	Empatia/Sensibilização
Empoderamento em potencial	Empoderamento em potencial	Empoderamento
Potencial envolvimento	Envolvimento com inclusão	Envolvimento pleno
Capacitação para o desenvolvimento da intervenção	Capacitação com foco no aprendizado	Capacitação com foco no compromisso social
Controle da avaliação pelos avaliadores	Controle da avaliação compartilhado	Controle da avaliação pelos <i>stakeholders</i>
Participação democrática	Participação democrática	Participação democrática
Confiança em potencial	Confiança em potencial	Confiança
Estratégias baseadas em evidências em potencial	Estratégias baseadas em evidências em potencial	Estratégias baseadas em evidências
Sensibilização em potencial	Sensibilização com mobilização	Construção de alianças
Prestação de contas em potencial	Prestação de contas em potencial	Prestação de contas
Aprendizado organizacional em potencial	Aprendizado organizacional em potencial	Aprendizado organizacional

Fonte: Adaptado de Fetterman et al. (2018).

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP/FIOCRUZ, sob o número CAAE 8769.7018.9.0000.5240, tendo o parecer aprovado sob número 2.634.142 em 20 de junho de 2018, atendendo aos critérios éticos estabelecidos para pesquisas.

## RESULTADOS

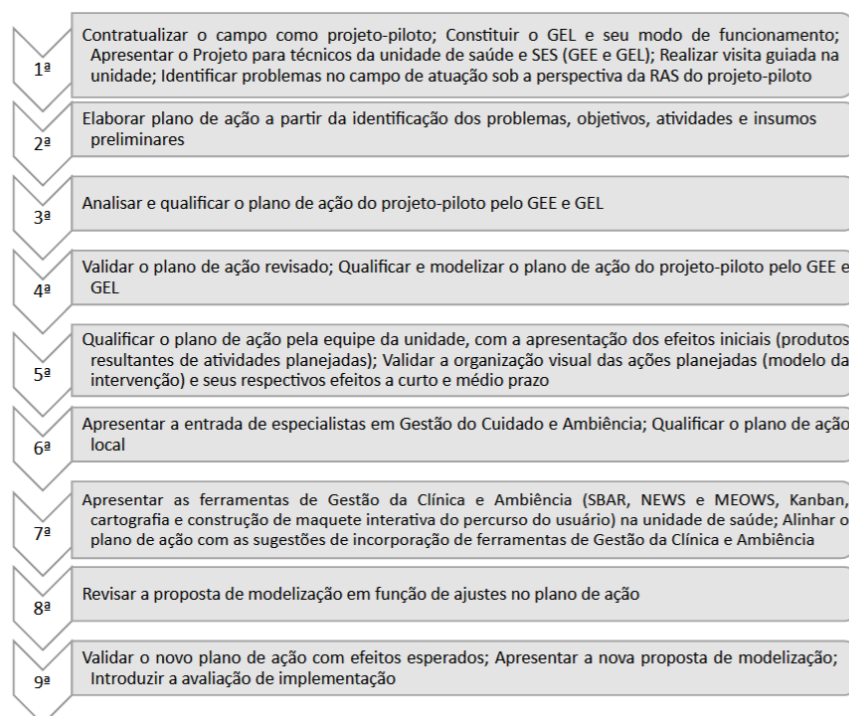
Os resultados relativos à dinâmica de interação nos dois casos-piloto, bem como sua influência na condução da avaliação, serão

apresentados considerando as ações desenvolvidas e os eventos identificados, organizados de forma sequencial em figuras para cada experiência (Figuras 1 e 3). A descrição do tipo de interação e a intensidade entre os diversos atores envolvidos, em cada caso, será expressa em figuras no formato de mandala, adaptada de Silva Junior (2020), pois permitem uma visão global das etapas e das diferentes interações ocorridas (Figuras 2 e 4).

### Piloto 1 – Uma experiência em unidade de saúde do estado da Paraíba

Na Paraíba, foram realizadas nove oficinas, envolvendo os Grupos Executivos Estadual e Local (GEE e GEL, respectivamente), a equipe de avaliadores e de especialistas e o consultor local. A participação dos avaliadores foi iniciada na segunda oficina, para apoiar a elaboração do plano de ação, e continuou no decorrer de todo o projeto, devido a diferentes requisições (Figura 1).

**Figura 1 – Percorso avaliativo do Projeto AcolheSUS, considerando as oficinas no caso piloto do estado da Paraíba, 2019.**



Fonte: Elaborado pelos autores, a partir do relatório final do Projeto AcolheSUS (BRASIL, 2020).

Legenda: GEE – Grupo Executivo Estadual; GEL – Grupo Executivo Local; MEOWS – *Modified Early Obstetric Warning Score*; NEWS – *National Early Warning Score*; RAS – Rede de Atenção à Saúde; SBAR – acrônimo para Situação, Histórico, Avaliação, Recomendação; SES – Secretaria Estadual de Saúde.

### Etapa 1 – Priorização do Problema

A análise dos contextos político e organizacional influenciaram de forma significativa o desenho e a condução do processo avaliativo. Na etapa de priorização do problema, a interação entre a equipe do Ministério da Saúde e os implementadores (GEE e GEL) ocorreu de maneira próxima e dialogada, conforme representado na Figura 2. A equipe de avaliadores foi requisitada com frequência, e sua presença foi incorporada no início das oficinas idealizadas pela CGPNH/MS junto ao piloto. Nesse sentido, a interação com os grupos condutores locais foi expressiva na etapa de identificação dos problemas, na eleição de prioridades e na seleção da intervenção a ser implementada. O ambiente era caracterizado pela motivação com o projeto, visto como um dispositivo dinamizador das discussões internas e de articulação entre setores da unidade. Essa etapa contou com o permanente suporte de um consultor da CGPNH/MS na mobilização dos processos e na integração dos avaliadores com os profissionais locais, o que contribuiu para a condução de um trabalho conjunto e colaborativo (Fetterman et al., 2018).

### Etapa 2 – Elaboração do Plano de Ação

Na terceira oficina, a primeira versão do plano de ação foi apresentada pelo GEE e GEL e discutida com os demais atores (CGPNH/MS e equipe de avaliação). Sua validação foi feita na quarta oficina, já com um primeiro esboço de modelização. Nessa etapa do projeto, a equipe da CGPNH/MS, com apoio de especialistas em Gestão da Clínica e Ambiente, considerou a pertinência da inclusão de ferramentas como o MEOWS (*Modified Early Obstetric Warning Score*, ou Sistema de Alerta Obstétrico Precoce Modificado), o método Kanban e a promoção da Clínica Ampliada nos planos de ação. Foi introduzida também a temática da ambiência enquanto

espaço físico, social e de relações interpessoais, em sintonia com uma atenção acolhedora e resolutive.

De maneira concomitante, ocorreram eventos que alteraram a dinâmica inicialmente estabelecida, com a saída do consultor local da CGPNH/MS e o afastamento por licença maternidade da diretora da unidade. Nesse contexto, como apresentado na Figura 2, a equipe de avaliadores foi requisitada com menor intensidade, prevalecendo uma interação mais próxima entre os especialistas, a CGPNH/MS e os envolvidos na implementação dos planos de ação. Tais planos foram reformulados para acomodar as novas diretrizes e prioridades, trazidas pela incorporação de ferramentas de Gestão da Clínica e de Ambiência. Isso provocou a necessidade de realinhamento da intervenção prevista, com a redefinição de metas e indicadores e a adequação da sua modelização.

### Etapa 3 – Modelização do Plano de Ação

O novo plano destacava a construção das Linhas de Cuidado de Gestantes de Risco Habitual (LCGRH) e de Alto Risco (LCGAR), sendo essa última priorizada para imediata implementação. O processo de remodelização aproximou novamente os avaliadores da equipe local (GEE e GEL) e da CGPNH/MS. Foram realizadas a sétima, oitava e nona oficinas, contemplando atividades de revisão do plano de ação e do exercício de modelização, com ênfase na exposição, discussão e validação do modelo lógico. Essa etapa caracterizou-se pela maior interação entre avaliadores e implementadores, aproximando-se de uma abordagem participativa, representada na Figura 2. Esse período coincidiu com as eleições estaduais e a nomeação da nova direção da unidade, com posterior recomposição dos grupos condutores. A nova gestão instituiu colegiados gestores, coordenações setoriais e outros fóruns de deliberação, além de integrar o plano de ação do AcolheSUS às prioridades e metas de gestão.

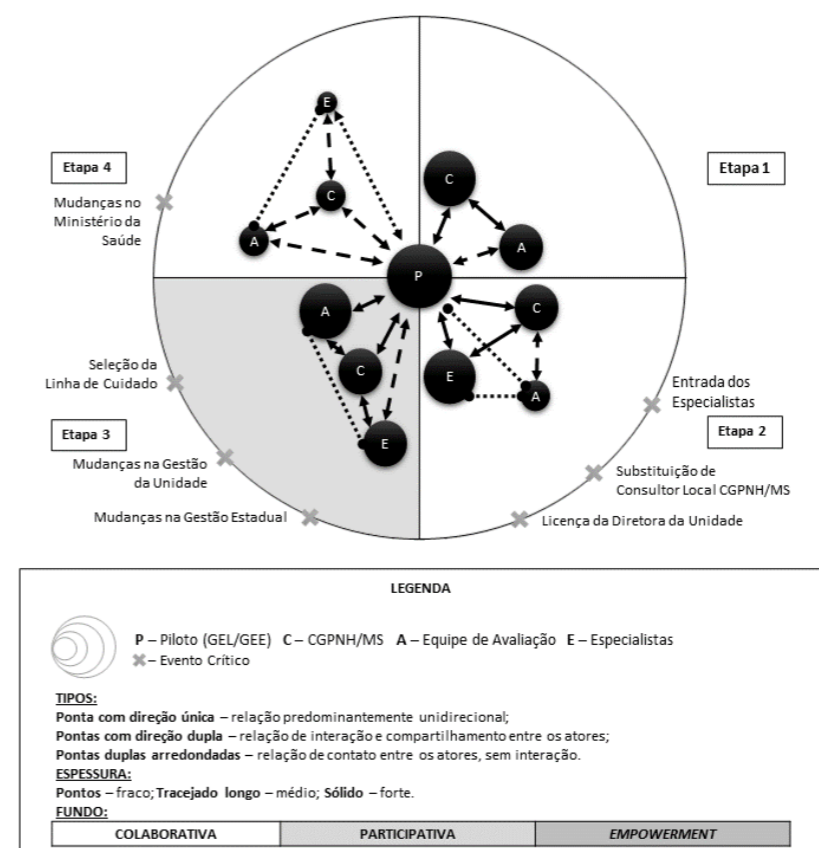
### Etapa 4 – Implementação do Plano de Ação

O processo de implementação ocorreu após a realização de nove oficinas de trabalho voltadas para a delimitação do problema (fragmentação e descontinuidade do cuidado ao binômio mãe-bebê e a necessidade de construção de protocolos de cuidado), bem como para a organização da intervenção, da sua modelização

e do plano de monitoramento. As oficinas eram conduzidas pela CGPNH/MS, com o apoio da equipe de avaliação. Nesse período, ocorreram mudanças internas no Ministério da Saúde, com reflexos na realocação da equipe técnica responsável pela implementação do projeto. Ao mesmo tempo, a interação dos especialistas com os atores locais passou a ocorrer de forma esporádica, em função do término das oficinas sobre gestão da clínica, conforme demonstrado na Figura 2.

No processo de coleta de dados, os avaliadores e os implementadores interagiram de forma colaborativa, destacando-se o interesse demonstrado pelos profissionais e gestores da unidade em relação aos resultados e às recomendações da avaliação. A Figura 2 traz a representação das interações entre os atores no referido projeto-piloto, considerando a direcionalidade da relação entre eles, o tipo de abordagem preponderante em cada etapa e os principais eventos críticos identificados.

**Figura 2 – Representação das interações entre os atores envolvidos nas etapas do Projeto AcolheSUS, unidade de saúde do estado da Paraíba.**



Fonte: Adaptado de Silva Junior (2020).



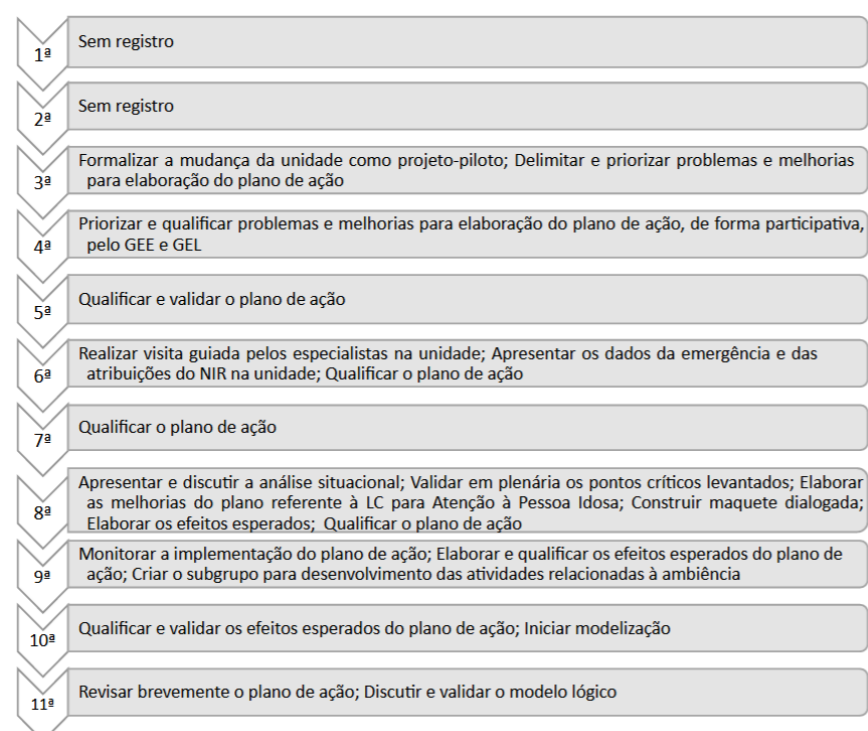
## Piloto 2 – Uma experiência em unidade de saúde do estado de Santa Catarina

Inicialmente, a unidade de saúde de Santa Catarina era um caso extensivo, ou seja, um estado da União que assinou os Termos de Cooperação para adesão ao projeto AcolheSUS, sem constituir um caso-piloto. O estado foi selecionado como piloto para substituir outra experiência previamente definida, apresentando algumas peculiaridades desde a fase de aproximação dos avaliadores.

Quando se tornou um piloto, a vinculação inicial com os executores locais foi conduzida pelos consultores da CGPNH/MS e especialistas em Gestão da Clínica, com redirecionamentos do plano de ação inicialmente concebido. Até essa etapa, os avaliadores apoiaram tecnicamente os consultores do MS, tendo sido acionados para desenvolver atividades de revisão da proposta de intervenção e, principalmente, para a construção e validação da sua modelização.

Em Santa Catarina, foram realizadas oito oficinas envolvendo os grupos condutores (GEE e GEL), as equipes de avaliadores e de especialistas e o consultor local. A participação dos avaliadores ocorreu a partir da oitava oficina, para apoiar a elaboração do plano de ação, e estendeu-se por todo o projeto, em função de diferentes requisições (Figura 3).

**Figura 3 – Percurso avaliativo do Projeto AcolheSUS, considerando as oficinas no caso piloto do estado de Santa Catarina, 2019.**



Fonte: Elaborado pelos autores, a partir do Relatório Final do Projeto AcolheSUS (BRASIL, 2020).

Legenda: GEE – Grupo Executivo Estadual; GEL – Grupo Executivo Local; LC – Linha de Cuidado; NIR – Núcleo Interno de Regulação; SES – Secretaria Estadual de Saúde.

### Etapa 1 – Priorização do Problema

Na fase de priorização do problema, a interação entre especialistas e MS ocorreu de maneira próxima aos implementadores (GEE e GEL), conforme representado na Figura 4. O problema, inicialmente voltado para traumato-ortopedia, foi reformulado com a entrada dos especialistas em Gestão da Clínica, passando a priorizar questões relacionadas à Linha de Cuidado para Atenção à Pessoa Idosa.

Houve pouca participação da equipe de avaliadores nessa etapa: nas sete primeiras oficinas, não houve interação entre os avaliadores e os representantes da unidade, do GEE e do GEL. Foram identificadas dificuldades para a realização de videoconferências com o piloto, por limitações técnicas do local. Nesse momento, o problema já havia sido definido e o plano de ação já contava com algumas versões, que foram analisadas pela equipe de avaliação de forma remota. Até então, a mediação foi realizada pelo consultor do MS, responsável pelo acompanhamento do projeto no estado.

### Etapa 2 – Elaboração do Plano de Ação

Havia uma lacuna de informações sobre a definição e a priorização do problema na elaboração inicial do plano de ação. Isso, somado às instabilidades no contexto devido às mudanças na gestão estadual e da unidade, contribuiu para que a equipe do MS passasse a apresentar maior protagonismo como indutora e mediadora dos processos. A readequação do plano de ação, baseada na mudança proposta pela equipe da CGPNH/MS e de especialistas em Gestão da Clínica, reforçou a maior interação com os implementadores, como descrito na Figura 4. Foram realizadas duas oficinas com os especialistas, conforme apresentado na Figura 3. Até a oitava oficina, a interação dos avaliadores com o piloto ocorria por meio de suporte técnico aos consultores do MS para a construção do plano de ação. A aproximação da equipe de avaliação com o GEE e GEL se deu a partir da oitava oficina, na série de oficinas locais que foram realizadas. Destacam-se as programações da nona e décima oficinas, devido ao

papel desempenhado pelos avaliadores na definição dos objetivos e temas desenvolvidos, com vistas à qualificação do plano de ação e à preparação para a sua modelização.

### **Etapa 3 – Modelização do Plano de Ação**

A modelização realizada durante a 11ª oficina proporcionou maior interação entre a equipe de avaliação e os grupos implementadores (GEE e GEL), representada na Figura 4. Em parceria com o consultor local e os profissionais da unidade, foram realizadas atividades de revisão do plano de ação e do exercício de modelização, com ênfase na exposição, discussão e validação do modelo lógico.

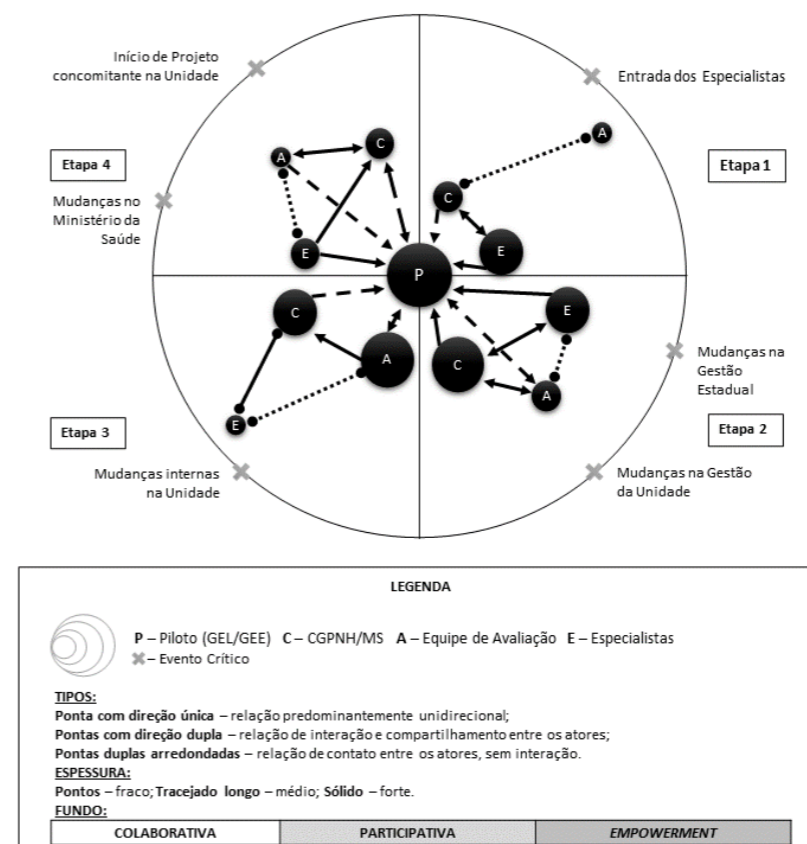
### **Etapa 4 – Implementação do Plano de Ação**

Nesta fase, a interação entre a equipe de avaliação e os implementadores foi menos frequente. Verificou-se uma reaproximação dos especialistas, principalmente devido à disponibilização de ferramentas de Gestão da Clínica e Ambiência (SBAR, NEWS e Kanban), conforme demonstrado na Figura 4.

Destaca-se que mudanças internas no Ministério da Saúde incidiram sobre o acompanhamento do projeto, intensificando a desmobilização dos profissionais envolvidos e de espaços colegiados instituídos, marcada pela ausência dos grupos condutores nas reuniões de trabalho. Assim como na Paraíba, a equipe do MS e os avaliadores mantiveram uma relação formal com esforços direcionados à finalização da avaliação.

No processo de coleta de dados, observou-se que a ocorrência concomitante de outros projetos na unidade atuou como facilitador para a implementação de várias atividades previstas no plano de ação do Projeto AcolheSUS.

**Figura 4 – Representação das interações entre os atores envolvidos nas etapas do Projeto AcolheSUS, unidade de saúde do estado de Santa Catarina.**



Fonte: Adaptado de Silva Junior (2020).

## **DISCUSSÃO**

A análise de elementos dos contextos político e organizacional influencia as escolhas metodológicas para a condução de avaliações e requer aproximações sucessivas com aquela realidade. Essa apropriação nem sempre ocorre de maneira satisfatória nas etapas iniciais de uma avaliação, cujo planejamento prevê a descrição da intervenção, a delimitação do seu foco e objetivos e a escolha do modelo avaliativo (Thurston; Potvin, 2003; Bezerra et al., 2012; Santos et al., 2018). Ao avaliar uma intervenção, é importante que os avaliadores estejam atentos não só aos contextos políticos e organizacionais, mas também ao que Jannuzzi (2022) refere como contexto ideacional, onde as ideias sustentadas pelos atores influenciam as escolhas, os resultados e os arranjos operacionais

formalmente instituídos. Sendo assim, a dinâmica do processo avaliativo demanda dos avaliadores sensibilidade para captar eventos que possam influenciar a sua condução e a interação com os atores envolvidos (Figueiró et al., 2017; Silva et al. 2017; Cardoso et al., 2019). Esses eventos podem se dar no campo das ideias, dos interesses e da instituição (Jannuzzi, 2022).

A análise da experiência do Projeto AcolheSUS permite afirmar que houve, desde o planejamento, a premissa de utilizar uma abordagem que contemplasse a participação dos atores no processo avaliativo. Contudo, como relata Furtado (2012), a problematização das dificuldades e do desafio oriundos desta abordagem nem sempre são problematizados. O movimento de participação dos atores pôde ser observado em uma das primeiras iniciativas da CGPNH/MS, em conjunto com a equipe de avaliadores. Foram realizadas duas oficinas nacionais voltadas para representantes das Secretarias Estaduais de Saúde e das unidades de saúde envolvidas, no sentido de instrumentalizá-los quanto às práticas de gestão e organização do cuidado em rede e à terminologia do Monitoramento e Avaliação. Como destacado por Santos et al. (2018), o engajamento dos atores em avaliações possibilita uma melhor apreensão da realidade, das expectativas em relação às mudanças que o processo pode induzir e da própria avaliação, enquanto elemento fomentador de mudanças nos processos de trabalho e de gestão. Desenhos de avaliação inclusivos influenciam também o modo como os estudos avaliativos são ou não incorporados no ajuste das intervenções e na tomada de decisões (Abreu, 2017).

Para o engajamento dos interessados, a etapa de modelização das intervenções priorizadas tornou-se um importante dispositivo de aproximação e interação dos grupos envolvidos (implementadores, avaliadores e MS), e contribuiu para consolidar uma compreensão compartilhada da intervenção e sua cadeia de efeitos, tal como referido por Chen (2005) e Brousselle et al. (2011). Cabe destaque a atuação dos apoiadores institucionais na ativação de espaços coletivos e na mobilização dos diferentes atores e interesses, tanto na esfera institucional como na relacional ou técnico-política, podendo ser considerado um dispositivo estratégico importante para a implementação de iniciativas inovadoras no âmbito da saúde (Oliveira, 2017) A modelização intensificou a troca de experiência entre os atores, iniciada no processo de priorização do problema e de

escolha da intervenção que iria solucioná-lo. Para que essa escolha seja socialmente relevante e institucionalmente legitimada, é importante que ocorra de modo mais participativo possível, pois implica decisões relacionadas aos recursos e capacidade técnica disponíveis, ao ambiente institucional favorável à sua execução e ao monitoramento das ações e seus efeitos (Brasil, 2019; Toledo et al., 2022).

### **De que modo os arranjos de gestão interferem nessa abordagem?**

Como abordado na descrição de cada piloto, os contextos político e organizacional influenciaram a condução da avaliação e impôs novos arranjos metodológicos à construção de espaços colaborativos em contextos de transição, conforme descrito por Cardoso et al. (2019). Para Jannuzzi (2022), o andamento de um programa, seu sucesso ou as barreiras para a sua implementação dependem do tensionamento que se dá entre os atores envolvidos na intervenção, os diferentes atores políticos e as mudanças institucionais. O contexto institucional, nos termos de Jannuzzi e Rodrigues (2023), molda e influencia as políticas e seus programas, da concepção inicial à sua implementação cotidiana, com reflexos no desenho e abordagem das avaliações, que podem ser mais ou menos inclusivas. A utilização de diferentes abordagens em um mesmo processo avaliativo é corroborada por Santos et al (2018) na perspectiva de que esses arranjos ampliem a capacidade de prover respostas específicas às diversas dimensões de um avaliando.

No caso da Paraíba, as mudanças ocorridas na gestão central da maternidade favoreceram a incorporação do plano de ação como parte do planejamento para a unidade. Aliado ao apoio político do Executivo Estadual, a gestão implementou novos colegiados gestores, corresponsabilizando as diversas categorias profissionais na implementação e no monitoramento das ações previstas. As novas diretrizes e arranjos de gestão propiciaram a reaproximação dos avaliadores nas etapas finais de implementação do plano de ação, bem como permitiram a realização da coleta de dados em condições amplamente favoráveis.

Em ambos os pilotos, a etapa de implementação das ações foi influenciada por alterações internas do Ministério da Saúde, como

as reformulações na Coordenação-Geral da Política Nacional de Humanização, onde estava ancorado o Projeto AcolheSUS.

A plasticidade da gestão do processo avaliativo aos contextos, no sentido de identificar os momentos que favorecem a maior ou menor inclusão dos participantes, devem ser considerados (Furtado et al, 2021). De acordo com Potvin et al. (2006), a prática da avaliação requer competências metodológicas e técnicas para a condução de investigações sistemáticas, além de um conjunto de habilidades interpessoais e de negociação em busca da construção de consensos. Nesses termos, observou-se que a equipe de avaliadores buscou apoiar o desenvolvimento de uma representação compartilhada das intervenções entre os *stakeholders*, de modo a produzir melhorias no alinhamento das ações e no processo avaliativo (Potvin et al., 2006). Cabe destacar que a interação dos avaliadores com os profissionais e os gestores dos casos-piloto foi mediada pelos técnicos da CGPNH/MS e consultores locais durante toda a condução da avaliação.

Embora não tenha sido o propósito dos autores a realização de uma avaliação da avaliação (meta-avaliação), a observação das características participativas identificadas no seu percurso subsidiou uma análise crítica sobre o processo como um todo e sinalizou aspectos a serem aprimorados em futuras avaliações, considerando os padrões de legitimidade, qualidade técnico-científica e de eticidade recomendados (Santos et al, 2021).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das funções dos avaliadores é fomentar espaços de diálogo entre os atores do programa, considerando suas ações e interações como a principal dimensão de interesse.

Nos casos analisados, prevaleceu a abordagem colaborativa, com intensidades distintas ao longo da avaliação. A influência do contexto foi determinante para as flutuações observadas e os arranjos adotados no esforço de prover espaços comuns de cooperação e reflexão sobre os problemas encontrados e as estratégias para solucioná-los.

Adicionalmente, a participação dos *stakeholders* em um processo avaliativo implica momentos sucessivos de aproximação e recuo para manter o fio condutor das articulações nas arenas institucionais, respeitando as competências e expectativas envolvidas. Nessa

experiência, buscou-se refletir sobre o modo de construção de ambientes colaborativos e participativos na condução de avaliações. Porém, sabemos que muitos avanços ainda são necessários para que isso seja incorporado de fato nas avaliações, desde o desenho inicial até a sua condução.

## REFERÊNCIAS

ABREU, Dolores M.F. et al. Usos e influências de uma avaliação: translação de conhecimento? **Saúde debate**, v. 41, n. esp., p. 302-316, 2017.

BEZERRA, Luciana C.A. et al. Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política ParticipaSUS. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 4, p. 883-900, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Coordenação-Geral de Informação e Monitoramento de Serviços e Redes de Atenção à Saúde. **Priorização de políticas e programas sob responsabilidade direta da secretaria de atenção à saúde apresenta abordagens de priorização de políticas e programas, visando ao seu monitoramento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP). Departamento de Endemias Samuel Pessoa (DENSP). Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais (LASER). **Projeto de Qualificação das práticas de cuidado a partir das portas de entrada do SUS com base na Política Nacional de Humanização (Projeto AcolheSUS)**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

BROUSSELLE, Astrid et al. (orgs.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

CARDOSO, Gisela C.P. et al. Participação dos atores na avaliação do Projeto QualiSUS-Rede: reflexões sobre uma experiência de abordagem colaborativa. **Saúde debate**, v. 43, n. 120, p. 54-68, 2019.

CHEN, Huey Tsyh. A conceptual framework of program theory for practitioners. *In: Practical program evaluation: assessing and improving planning, implementation and effectiveness*. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2005. p. 15-44.

COUSINS, J. Bradley; WHITMORE, Elizabeth. Framing participatory evaluation. **New Direc. for Evaluat.**, v. 1998, n. 80, p. 5-23, 1998.

COUSINS, J. Bradley; WHITMORE, Elizabeth. Making sense of participatory evaluation: framing participatory evaluation. **New Directions for Evaluation**, v. 2007, n. 144, p. 83-105, 2007.

FETTERMAN, David M. et al. Similarities across the Three Approaches. *In: FETTERMAN, David M.; RODRÍGUES-CAMPOS, Liliana; ZUKOSKI, Ann P. (orgs.). Collaborative, participatory, and empowerment evaluation: stakeholder involvement approaches*. New York: The Guilford Press, 2018. p. 1-9.

FIGUEIRÓ, Ana Claudia et al. A tool for exploring the dynamics of innovative interventions for public health: the critical event card. **Int J Public Health**, v. 62, n. 2, p. 177-186, 2017.

FURTADO, Juarez P. A avaliação participativa. *In: Otero M.R. (Org.) Contexto e prática da avaliação de iniciativas sociais no Brasil: temas atuais*. São Paulo: Petrópolis; 2012. p. 21-41.

FURTADO, Juarez P. et al. A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 1, p. 102-110, 2013.

FURTADO, Juarez P.; SERAPIONI, Mauro; PEREIRA, Marcio F.; TESSER, Charles D. Participação e avaliação participativa em saúde: reflexões a partir de um caso. **Interface** (Botucatu). 2021;

JANNUZZI, Paulo M. A importância do contexto institucional, político e ideacional na avaliação de políticas públicas. **Revista Brasileira de Avaliação**, v. 11, p. 1-12, 2022.

JANNUZZI, Paulo M.; RODRIGUES, Karen C.D.G. Ideias, instituições e interesses dos atores na moldagem das políticas públicas. **Nexo**, jan. 2023.

OLIVEIRA, Egleubia A. et al. O apoiador local como ator estratégico na implementação do QualiSUS-Rede: engenheiros de conexão? **Saúde debate**, v. 41, n. esp., p. 275-289, 2017.

POTVIN, Louise et al. Três posturas ontológicas concernentes à natureza dos programas de saúde: implicações para a avaliação. *In*: BOSI, Maria Lúcia M.; MERCADO, Francisco J. (eds.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde - enfoques emergentes**. Petrópolis: Vozes Editorial. 2006.

RODRÍGUEZ-CAMPOS, Liliana; RINCONES-GÓMEZ, Rigoberto. **Collaborative evaluations: step-by-step**. Stanford: Stanford University Press, 2013.

SANTOS, Elizabeth M. et al. Avaliações inclusivas: Uma reflexão sobre possibilidades e implicações de abordagens participativas para a prática em avaliação. **Rev. salud ambient.**, v. 18, n. 2, p. 172-181, 2018.

SANTOS, Elizabeth M. Metaavaliação: quais padrões de qualidade, porquê, de quem e para quê? **Revista Brasileira de Avaliação**, 10(2), e101721, 2021.

SCRIVEN, Michael. **Evaluation thesaurus**. Newbury Park: Sage Publications, 1991.

SILVA JUNIOR, Cesar L. **Diário de Campo: Avaliação: métodos, modelos e práticas**. 2020. Trabalho final de disciplina (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2020.

SILVA, Rogério R. et al. Avaliações sob medida – produzir estudos relevantes em serviços de saúde reais. *In*: TANAKA, Oswaldo Y. et al. (orgs.). **Avaliação em Saúde: Contribuições para incorporação no cotidiano**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 11-25.

THURSTON, Wilfreda E.; POTVIN, Louise. Evaluability Assessment: A Tool for Incorporating. **Evaluation Social Change Programmes Evaluation**, v. 9, n. 4, 2003.

TOLEDO, Patrícia P. S. et al. Priorização aplicada ao monitoramento e avaliação em saúde pública. *In*: SANTOS, Elizabeth M. et al. (orgs.). **Monitoramento e avaliação para ações de planejamento e gestão**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/CDEAD, 2022.

## ✓ Avaliação da articulação na rede de atenção psicossocial: experiências de usuários no nordeste do Brasil<sup>1 2</sup>

Daiana de Jesus Moreira<sup>3</sup>

Maria Lúcia Magalhães Bosi<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Este artigo traz uma parte dos resultados da dissertação da primeira autora defendida no Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará, intitulada Itinerários terapêuticos dos sujeitos em sofrimento psíquico e qualidade do cuidado na rede de atenção psicossocial: experiências de usuários de Fortaleza-Ceará.

<sup>2</sup> Este artigo faz parte de uma pesquisa mais ampla apoiada pelos editais Chamada Universal MCTI/CNPQ 14/2012 e PPSUS – FUNCAP – Chamada 07/2013 e por bolsa concedida pela CAPES a uma das autoras.

<sup>3</sup> Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública.

<sup>4</sup> Professora Titular pela Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Saúde Comunitária.

**Resumo:** Este artigo tem por objetivo avaliar, com base nas experiências de usuários, elementos que desvelem aspectos da (des)articulação nas práticas implementadas pela Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza. Trata-se de pesquisa qualitativa crítico-interpretativa, por meio de análise de prontuários, observação sistemática e entrevistas narrativas com usuários (e seus familiares) em três serviços da Rede de Atenção Psicossocial de Fortaleza, Ceará. Os resultados encontrados desdobram-se em quatro dimensões do modelo analítico de articulação em rede a partir dos itinerários terapêuticos percorridos pelos usuários: conectividade; integração; normatividades; e subjetividades. Reconhecemos a existência de vários tipos de relações entre os serviços pesquisados, com o encaminhamento como a forma de relação mais presente, tanto nas conexões entre estes como na interação de cada um deles com os demais. Houve tanto rupturas na continuidade do cuidado de um serviço a outro como a garantia de acesso a outros serviços após a alta ou encaminhamento.

**Palavras-chave:** Saúde Mental. Avaliação de Processos em Cuidados de Saúde. Serviços de saúde mental.

### EN Evaluation of articulation in the psychosocial care network: experiences of users in northeastern Brazil

**Abstract:** This article aims to evaluate, based on the experiences of users, elements that reveal aspects of (un)articulation in a network in the practices implemented by the Psychosocial Care Network in Fortaleza. This is a critical-interpretive qualitative research, through analysis of medical records, systematic observation and narrative interviews with users (and their families) in three Psychosocial Care Network services in Fortaleza-CE. The results found unfold in four dimensions of the analytical model of network articulation: connectivity, integration, normativities and subjectivities from the therapeutic itineraries covered by the users. We recognize the existence of several types of relationships between the researched services, with referral as the most present form of relationship, both in the connections between them and in the interaction of each one of them with the others. There were both ruptures in the continuity of care from one service to another and the guarantee of access to other services after discharge or referral.

**Key-words:** Mental Health. Process Assessment, Health Care. Mental Health Services.

### ES Evaluación de la articulación en la red de atención psicossocial: experiencias de usuarios en el noreste de Brasil

### FR Évaluation de l'articulation dans le réseau de soins psychosociaux: expériences d'usagers du nord-est du Brésil

## INTRODUÇÃO

Este artigo tem por objetivo avaliar, com base nas experiências de usuários nas práticas implementadas pela Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Fortaleza, Ceará, elementos que desvelem aspectos da (des) articulação em rede, em uma compreensão ampliada de desinstitucionalização, dentro da perspectiva da avaliação qualitativa de serviços e programas de saúde.

Do ponto de vista institucional, várias são as justificativas. Em 2011, o Sistema Único de Saúde (SUS) passou a operar sob a lógica de Redes de Atenção à Saúde (RAS) e dentre estas, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi escolhida como uma das redes prioritárias (Brasil, 2012, p.4). Em um estudo realizado por Gregório et al. (2012, p.437) com pesquisadores em saúde, gestores e sociedade civil do Brasil, sobre o que consideravam mais relevante em pesquisa para a saúde mental para os próximos dez anos, a avaliação do sistema de serviços de cuidados de saúde mental apareceu como uma das prioridades de investimento.

A construção de uma rede de atenção para os usuários com sofrimento psíquico implica uma complexa trama tecida entre diferentes dispositivos e estratégias de cuidado à saúde. Por isso, a análise e a compreensão do modo como estes serviços estão interagindo e a qualidade do cuidado para a constituição de uma rede de atenção aos usuários são fundamentais para a ampliação e a qualificação do acesso e do atendimento a essa população (Tedesco; Souza, 2009, p.145).

Considerando os diversos dispositivos da RAPS estratégicos da reforma dos cuidados em saúde mental no Brasil – configurando-se simbólica e numericamente como grande aposta do Movimento de Reforma Psiquiátrica Nacional – e considerando a aproximação entre a saúde coletiva e a saúde mental, uma necessidade para a constituição de um campo interdisciplinar de saberes e práticas, julgamos que investigações sobre o tema são potencialmente geradoras de subsídios para a Reforma Psiquiátrica Brasileira e, ao mesmo tempo, propulsora de um novo território de pesquisa no âmbito das políticas públicas e da avaliação de serviços de saúde.

Aliada a estas questões, Cabral et al. (2011, p. 4434) afirmam que a preocupação sobre como e em que momento as pessoas procuram ajuda para resolver suas demandas ou problemas de saúde tem estado

cada vez mais presente em estudos sobre planejamento, organização e avaliação de serviços assistenciais de saúde, com o intuito de auxiliar a escolha de estratégias adequadas que garantam acesso aos usuários, em momento oportuno e de forma contínua.

No plano da produção do conhecimento, constatamos as lacunas existentes na literatura sobre esses dispositivos, em especial, em uma abordagem em rede, sobre a temática desta pesquisa. Examinando as bases bibliográficas LILACS, MEDLINE, PUBMED, SCIELO e PEPSIC, com os descritores cruzados entre si “saúde mental”, “pesquisa qualitativa”, “avaliação da qualidade dos cuidados de saúde” e “rede”, verificamos que há poucos artigos de saúde mental que utilizam uma abordagem qualitativa para avaliar aspectos do cuidado em rede, o que realça a importância deste estudo no que concerne ao avanço do conhecimento sobre modelos de avaliação no campo científico.

## AVALIAÇÃO QUALITATIVA EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO

Consoante a Guba e Lincoln (2011, p.26), autores seminais no âmbito da avaliação qualitativa, podemos destacar o surgimento de quatro estágios da avaliação (denominados de gerações de avaliação) que envolvem diferentes perspectivas com aportes epistemológicos distintos, entendendo que, a despeito das rupturas, tais vertentes coexistem na atualidade. Os autores identificam alguns problemas nas três primeiras gerações, entre eles a tendência à supremacia do ponto de vista gerencial nos processos avaliativos, a incapacidade em acomodar o pluralismo de atores e projetos envolvidos em torno de qualquer programa, a hegemonia do paradigma positivista, desconsiderando o contexto da avaliação, assim como a priorização e a legitimação dos métodos quantitativos e a crença numa verdade única.

Considerando a periodização assinalada por Guba e Lincoln (2011, p. 82), esta pesquisa conflui para os preceitos e procura contribuir para a avaliação de 4ª geração, visto buscar não apenas melhorar a gestão dos programas e as práticas assistenciais, mas também possibilitar a democratização dos dispositivos de saúde mental, contribuir para a transparência dos processos e gerar aprendizado que fortaleça indivíduos e grupos. Desse modo, nossa intenção não é apenas focalizar os



objetivos da avaliação ou suas técnicas, mas especialmente as pessoas que as realizam e os mecanismos e as relações que estabelecem ao praticá-las, compreendendo a avaliação como uma prática social complexa (Bosi; Uchimura, 2010, p.94).

No Brasil, a avaliação dos programas e serviços de saúde teve maior visibilidade a partir de 1990 (Tanaka, Tamaki, 2012, p.822), principalmente em dois momentos: (1) com o advento da Constituição de 1988, a qual ampliou os direitos civis dos cidadãos; e (2) no contexto das leis orgânicas de saúde, que colocaram o SUS nas três esferas do Governo (Furtado, 2006, p.722). O projeto social do SUS de ampliação dos serviços de saúde suscitou questionamentos sobre sua qualidade e convocou a avaliação como instrumento na busca de respostas (Novaes, 2000, p.555).

Diante dessa nova conjuntura, a avaliação tornou-se uma estratégia para verificar alguns aspectos de qualidade desejáveis nos serviços de saúde, tais como: a efetividade; a eficácia; a eficiência; a equidade; a qualidade técnico-científica; a acessibilidade; a adequação; e a aceitação dos programas (Vuori, 1991, p.19). Contudo, tanto o termo avaliação quanto o termo qualidade são polissêmicos e, dada a sua complexidade, alguns autores o empregam com diferentes significados, cabendo, portanto, demarcá-lo.

Dentre algumas definições, destaca-se a de Worthen et al. (2004, p.40), ao destacarem que avaliação é a determinação do valor ou mérito de um objeto de avaliação. Os autores complementam que avaliação é a identificação, o esclarecimento e a aplicação de critérios defensáveis para determinar valor, qualidade, utilidade, eficácia ou importância do objeto. Percebe-se, portanto, que a avaliação se caracteriza pelo seu julgamento de valor a partir da utilização de técnicas e métodos científicos.

A avaliação qualitativa deseja compreender também os significados que os atores atribuem às dimensões do programa ou como se realizam no cotidiano as ações em interface com os discursos ou concepções sobre tais ações (Deslandes; Gomes, 2004, p.102). Esta estará sempre presente quando o avaliador desejar compreender como se dá, na prática e no cotidiano, a interface entre a realização das ações do programa, em nossa pesquisa, a RAPS, e os discursos/concepções dos usuários sobre estas ações (Campos et al., 2008, p.17).

Nesse processo de empoderamento e participação há um ganho de reflexão crítica para todos os envolvidos. Para Mercado (2006, p.33),

os principais propósitos de uma avaliação devem ser: 1) criticar certas posturas ideológicas tradicionais; 2) gerar novos conhecimentos e; 3) medir o impacto das intervenções na saúde.

No campo da saúde mental, a avaliação esteve historicamente atrelada a uma prática individualizante que atribuía ao louco valores estigmatizantes como os de incapacidade, irresponsabilidade, periculosidade, inferioridade e irracionalidade (Amarante, 2007, p. 69). Segundo os autores, a transição paradigmática vivida pela crise dos modelos de intervenção no campo da saúde mental demanda que os processos de avaliação possam romper com a hegemonia do paradigma dominante, tornando-se capazes de operacionalizar novos modos de avaliar a produção de subjetividades.

A avaliação da desinstitucionalização tem sido realizada principalmente a partir de indicadores baseados na relação entre a abertura de unidades de caráter substitutivo, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e o fechamento de leitos de hospitais psiquiátricos. Apesar de os números nos mostrarem o andamento estrutural do processo, eles não evidenciam a maneira como é realizado o cuidado a esses usuários no contexto de vida em família/sociedade e no cotidiano das práticas de saúde. Essa perspectiva é importante para a consolidação do SUS, cujos princípios partem da superação de um paradigma de atenção centrado na doença e caminham para a atenção baseada na promoção da saúde, na qual assumem importância os conceitos de integralidade e de cuidado (Martins, Pinheiro, 2011, p. 95).

Bosi e Uchimura (2007, p.151) afirmam que a avaliação qualitativa busca desvendar o universo simbólico dos atores em sua complexidade e profundidade, materializado nas relações intersubjetivas estabelecidas em determinadas práticas em saúde. Neste sentido, a utilização da avaliação qualitativa nos serviços de saúde mental está em consonância com o plano discursivo e prático de suas ações, visto que um cuidado em saúde mental implica inevitavelmente a utilização de tecnologias leves<sup>1</sup>.

## Revisitando o modelo analítico de articulação em rede

O termo rede não se constitui de uso exclusivo do campo da saúde, acabando por expressar uma variedade de acepções circundantes

<sup>1</sup> São três os níveis tecnológicos na atenção em saúde, segundo Franco e Merhy (2015, p.187): leve (tecnologias ou modos relacionais de agir na produção dos atos de saúde, ou seja, em intervenções pautadas nos relacionamentos interpessoais dos atores envolvidos), leve-duro (saberes tecnológicos clínicos e epidemiológicos) e duro (equipamentos, medicamentos e máquinas).

<sup>2</sup> FERREIRA, A.B.H.  
Minidicionário  
Aurélio. 8ª edição. São  
Paulo: Positivo, 2021.

tanto no imaginário social como nos diversos campos disciplinares da ciência moderna, como princípio organizativo, explicativo, constitutivo ou analítico de vários fenômenos, o que nos permite considerá-lo um transconceito (Amaral, Bosi, 2016, p.4). Nessa direção, o dicionário Aurélio de língua portuguesa<sup>2</sup> (Ferreira, 2021, p.630), por exemplo, faz alusão a 18 definições de rede, muitas delas relacionadas à noção de entrelaçamento, articulação e conexão entre partes, aspectos valorizados em muitos dos sentidos que a palavra assume no âmbito da saúde.

Este subtópico sustenta-se no modelo analítico de articulação em rede desenvolvido por Amaral e Bosi (2016, p.4; 2017a, p. 427; 2017b, p. 55) para analisar a RAPS de Fortaleza-Ceará a partir da perspectiva dos trabalhadores. O nosso trabalho revisita tal modelo com o intuito de identificar, nos itinerários terapêuticos percorridos pelos usuários, elementos que desvelem aspectos da (des)articulação dessa mesma rede.

Partindo das formulações disponíveis na literatura, os autores Amaral e Bosi (2016, p.4; 2017a, p. 427; 2017b, p. 55) propõem como definição do conceito de rede

*O estado de relação entre elementos, produzido e organizado a partir de uma racionalidade central, ou independente desta, possuindo sempre diferentes vetores normativos. A rede pode se constituir, portanto, a partir de um desígnio franco, deliberado, e apriorístico, que provoca uma aproximação entre elementos, mas agrega sempre, simultaneamente, várias intencionalidades parciais, convergentes ou antagônicas, podendo prescindir de um objetivo central. Isso decorre da natureza de cada elemento da rede, que assim como suas inter-relações, podem ser extremamente variados, exigindo serem compreendidos em suas singularidades (Amaral; Bosi, 2016, p. 32).*

Dessa definição conceitual Amaral e Bosi (2016, p.4) produziram uma aproximação ao plano empírico materializado na análise da RAPS, em um modelo configurado em cinco dimensões constitutivas explicadas a seguir: unidades mínimas da rede; conectividade; integração; normatividades; e subjetividade.

A primeira tarefa para a realização da análise é determinar qual a unidade mínima da rede, a qual pode ser serviços, atores, dispositivos, ações, equipes, usuários, dentre outros. Para fins deste trabalho, optamos por conferir um *zoom* nos serviços de saúde. A seguir, mapear os pontos fixos a partir dos quais se estabelecem as conexões da rede. Após isto, explicitar qual a proposta de cuidado, suas zonas de ação e responsabilidades de cada um deles. Por último, avaliar o acesso a cada uma das unidades mínimas estudadas.

A segunda dimensão permite avaliar quais tipos de relações acontecem entre cada serviço, com quais objetivos e sob que condições e expectativas elas são realizadas, as rupturas e a produção de novas conexões e os efeitos da conectividade. Cientes de que um único serviço de saúde não é capaz de resolver todas as demandas de saúde a ele dirigidas, temos uma gama de serviços com responsabilidades e objetos de trabalho demarcados e a integração entre estes faz-se mister para uma qualidade integral do cuidado ao sujeito que sofre.

A análise da dimensão de integração ocorre por meio da avaliação da coerência entre o objetivo e a natureza do objeto da rede por parte de suas unidades e da avaliação da continuidade e complementaridade nas intervenções dos distintos serviços. As redes de saúde possuem um conjunto de valores, metas ou imagens ideais que orientam a conformação das redes, para que possam exercer algum tipo de controle em relação às práticas executadas.

A quarta dimensão, normatividades, propõe-se a identificar a existência de diretrizes formais referentes à rede e ao seu objeto, como protocolos clínicos e/ou linhas-guia, a presença de diretrizes não formalizadas expressas nos critérios de entrada, saída, encaminhamento e os códigos comuns de comunicação e produção de linhas de cuidados de casos complexos ou atípicos.

A última dimensão, subjetividade, atravessa todas as anteriores, haja vista a criação e a modificação dos processos envolvidos na rede a serem produzidas por seres humanos. Daí a importância de identificar protagonismos, interesses, sentidos, valores e vínculos afetivos de grupos e indivíduos que perpassam aspectos das demais dimensões.

## DELINEAMENTO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa orientada pelo enfoque qualitativo de pesquisa avaliativa em saúde, voltada à compreensão de experiências subjetivas de usuários, objeto que escapa à quantificação e às representações numéricas (Bosi, 2012, p.576).

A RAPS é organizada pelos componentes: Atenção Primária à Saúde; Atenção Especializada; Atenção às Urgências e Emergências; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar e Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação (MENDES, 2011). Selecionamos como cenário do estudo, três dispositivos da RAPS no município de Fortaleza - Ceará: o CAPS Geral; os leitos psiquiátricos em hospital geral, no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC); e o Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM), o único hospital psiquiátrico público estadual.

Os participantes da pesquisa são usuários acima de 18 anos, abordados pela pesquisadora nos dispositivos pesquisados, que no momento da entrevista estavam orientados e capazes de compreender a pesquisa e o procedimento de entrevista (e/ou seus familiares).

Para obtenção das informações valemo-nos dos prontuários dos usuários entrevistados, entrevistas dialógicas, não diretivas, e observação sistemática, buscando realizar uma pesquisa por triangulação metodológica, para captar tanto as dimensões estruturais como as dimensões relacionadas à produção subjetiva dos atores envolvidos (Bosi; Mercado, 2007, p. 49).

Quanto ao fechamento amostral, adotamos o critério de *information power* (Malterud et al, 2016, p.2) e assim realizamos dez entrevistas no CAPS, 12 entrevistas no HSMM e cinco entrevistas no HUWC, as quais serão identificadas pela sigla de cada local.

O material empírico (discursivo) registrado em áudio foi produzido e transcrito pelos próprios pesquisadores e analisado na perspectiva crítico-interpretativa da hermenêutica filosófica de Gadamer (2008, p.400), permitindo a apreensão do sentido do “todo” de cada depoimento, bem como a identificação dos temas centrais que agregaram as várias dimensões presentes nas narrativas e que constituíram os eixos da rede de significados.

A realização desta pesquisa obedeceu à resolução nº 510/2016 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2016, p.2) atendendo todas as exigências éticas e científicas, bem como a livre e esclarecida

anuência dos participantes e a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa sob o parecer 71395, CAAE 05187312.5.0000.5054.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

### Conectividade

A presença de distintos dispositivos na rede de atenção à saúde mental pode produzir relações entre esses serviços, descritas como fluxos, conexões ou vínculos. Há uma grande variedade de relações possíveis entre os serviços de saúde, apresentando variações no modo como acontecem, suas condições e seus efeitos práticos (Amaral, 2013, p.35). Dessa forma, apresentaremos quais tipos de relação acontecem em cada um e entre eles e com qual objetivo e sob que condições e expectativas elas são realizadas.

O acesso aos serviços da RAPS pode ocorrer por demanda espontânea ou encaminhamento de outro serviço de saúde, matriciamento, interconsulta, estudo de casos, contato telefônico e visita institucional, tal como encontrados por Amaral (2013, p.81) e Rodovalho e Pegoraro (2020, p.5). Pontuamos o modo como nossos entrevistados acessaram os dispositivos pesquisados:

- Acesso ao CAPS:
  1. Por demanda espontânea: “porque surgiu a necessidade também de procurar um atendimento médico, por ser o caso uma questão de saúde, então pra ver essa questão também, já que tinha na cidade o CAPS foi levado também” (CAPS1);
  2. Encaminhamento das consultas médicas particulares: “Ai passou, eu passei uns anos sem ir para as consultas, porque a Dr.<sup>a</sup> S. foi aposentada, na época foi difícil de encontrar, ai depois eu fui, liguei para o médico de novo, aí ele encaminhou pra cá” (CAPS2);
  3. Encaminhado pela unidade básica de saúde: “No começou não sabia o que que era, aí eu levei ao posto de saúde e eles me encaminharam primeiro pro CAPS” (HSMM/HD3);
  4. Encaminhamento do hospital geral em que há leito psiquiátrico (HUWC): “Ela já passou uns tempos no CAPS daqui de baixo (em frente ao HUWC), quando ela melhorou e todos

os meses ela vinha era pra lá e foi mais aqui mesmo e lá (HUWC2);

5. Após alta do hospital psiquiátrico.

Nas entrevistas com os profissionais de saúde do Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSSMM) realizada por Amaral (2013, p.122), estes afirmaram que praticamente todos os pacientes que recebem alta são encaminhados ao CAPS de referência. Encontramos relatos, como o primeiro abaixo, que corroboram esta afirmação, e outros em que não houve o encaminhamento.

*Vai fazer um mês, mas amanhã eu tô de alta, eu falei com a doutora hoje e ela vai me mandar pro CAPS lá no do Carlito [bairro Carlito Pamplona], vou lá receber o remédio (HSMM3).*

*Assim, a gente nunca foi lá, ela nunca foi passada para o CAPS (HSMM2).*

Mesmo nos casos em que houve um encaminhamento para o cuidado no CAPS, algumas dessas pessoas mantiveram a dependência da instituição hospitalar no que concerne ao acompanhamento médico psiquiátrico e ao recebimento periódico da medicação, especialmente as de alto custo.

*Ele foi (ao HSMM) porque não estava tendo os remédios (no CAPS) (CAPS3).*

*Pro CAPS fui só receber remédio, agora vou mais não, porque estou sendo consultada aqui. Isso foi antes de ser internada aqui. Parei de ir, porque passou um tempo sem lá (no CAPS do Bom Jardim) dar remédio, e aqui nunca faltou. Esse que estou tomando agora, só uma caixa custa 400 reais (HSMM/HD3).*

- Encaminhamento dos CAPS para o serviço de atenção primária, após a alta: “Aí me deram alta, me mandaram que eu ficasse pegando a receita no posto” (CAPS5).
- Encaminhamento dos CAPS para o hospital psiquiátrico quando há a necessidade de internação:

*Antes de ela passar por aqui (no HSMM), a gente foi pra alguns CAPS e nenhum indicou hospital pra gente, o único que indicou foi o (CAPS) do bairro Bom Jardim, que foi onde a gente conseguiu. (...) Levamos ela ao CAPS, chamamos ela (a médica) até o carro, olha, vá lá ver a situação dela. Aí o (CAPS) do Bom Jardim foi e disse, olhe, vá direto pro (Hospital) de Messejana que ela precisa de internação (HSMM6).*

- Acesso aos leitos em hospital geral: Os dois leitos psiquiátricos existentes no HUWC são ocupados apenas por aqueles que vêm encaminhados de outro hospital com alguma enfermidade que exige observação clínica

*Foi logo transferida pra cá porque ela tava sentindo muita febre, mais da febre, umas febres muito altas, podia ser problema da urina né, infecção urinária (HUWC2).*

- Como exceção, temos aqueles que são encaminhados exclusivamente para o ambulatório e o Hospital-Dia:

*Todo mês eu venho me consultar e pegar a medicação (HSMM/HD3).*

*passei quatro meses internada, depois que saí eu tava crente que ia pra casa e me mandaram pra cá, passei mais quatro meses aqui (HSMM/HD5).*

Apesar de ser composta por fluxos, Santos (2008, p.183) ressalta que as redes possuem uma forma material, tendo por isso exigências materiais para que o fluxo aconteça e alcance os efeitos desejados. Os aspectos materiais dessa relação incluem as condições de acessibilidade do serviço de destino, tanto em termos geográficos como sócio-organizacionais (Adami, 1993, p.55). O conhecimento desses condicionantes dos serviços de destinos por parte dos profissionais do serviço de origem é necessário para que eles possam antecipar adequadamente a eficácia ou falha em um possível encaminhamento, como ocorreram nos casos abaixo.

*Quando ela sai do hospital, aí eles botam ela pro CAPS, não tem nenhum CAPS perto da casa dela, só tem em outro bairro mais longe, aí vem pra cá logo (HSMM7).*

*Aí eu fui no CAPS, só que quando eu cheguei no CAPS marcaram pra três meses, aí eu voltei pro posto e falei doutora, não tem condição, ele não dorme, só com pensamento de suicídio, aí ela me deu o encaminhamento pra cá e aqui graças a Deus ele foi atendido, já tá com dois anos sendo atendido no ambulatório. Aí passou, depois ele teve um momento de euforia, se internou. Aí no CAPS, quando eu marquei era fevereiro, aí quando foi em abril, me ligaram pra dizer que ia ter médico só em julho, cheguei nem ir a primeira vez e já me ligaram adiando (HSMM/HD1).*

*Antes de ela passar por aqui, a gente foi pra alguns CAPS e nenhum indicou hospital pra gente, o único que indicou foi o (CAPS) do Bom Jardim que foi onde a gente conseguiu.  
Entrevistador: E lá nos outros (NOS CAPS) eles diziam o que?  
Usuário: Que tava cheio que tava lotado, que não tinha hospital, que tava fechado, isso e aquilo outro (HSMM6).*

Passos e Barros (2004, p. 164) destacam que a RAS pode ter um funcionamento quente e outro, frio. Em sua dinâmica quente, a rede opera de modo descentralizado, movimentando-se com uma alta potência de conectividade que é geradora de efeitos de diferenciação contínua. Na dinâmica de esfriamento da rede de saúde mental, existem várias e desordenadas portas de entrada e nenhuma porta de saída. Os usuários chegam, são acolhidos, ficando por longos anos, apesar de não necessitarem de atenção diária e integral e poderiam estar sendo acolhidos em outros equipamentos, não só da rede de saúde, mas da rede intersectorial. Os autores ressaltam que os usuários são acolhidos porque, muitas vezes, não existem perspectivas para onde encaminhá-los.

A fala a seguir reflete bem a dinâmica de esfriamento, em que a família pede que usuária permaneça no hospital psiquiátrico, com receio da mesma descontinuar o tratamento:

*Na semana passada que a gente veio, todos os dias eles diziam da alta, porque toda quinta-feira eles dão alta pra passar o final de semana em casa, mas só que do jeito que ela tá aí não adianta, eu peço a doutora pra não mandar, porque a gente tem medo de o efeito do remédio sair e a reação dela voltar, entendeu? A gente não quer ela lá em casa, sofrendo lá em casa, aqui tem medicamento, tem injeção, tem tudo e lá a gente tem o quê? (HSMM)*

Identifica-se aqui, uma ausência de movimento da rede, produzindo um baixo grau de conectividade quando a rede não se tece. Essa ausência de conexão e movimento da rede cria uma dinâmica de esfriamento caracterizada pela função de segmentação, exploração, segregação e centralização, que fagocita seu próprio movimento reticular.

A atenção psicossocial pensada como uma Rede deverá ter seu trabalho desenvolvido vislumbrando a responsabilização pelo usuário. Tal responsabilização envolve não apenas a existência de pontos de atenção para dar conta da situação de saúde apresentada, mas de pontos de movimento desse mesmo usuário na RAPS. A Rede deve estar preparada para redesenhar seu projeto terapêutico, ou seja, para ir além do encaminhamento consoante a linha desenvolvida por Mendes (2011, p.86), acerca de RAS.

É nessa perspectiva de movimento da pessoa atendida na RAPS que a ideia de linha de cuidado pode ser articulada para garantir fluxos assistenciais seguros ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde (Franco, 2007, 429).

## **Integração**

Partimos do pressuposto de que um único serviço de saúde não é capaz de resolver todas as demandas de saúde a ele dirigidas, demandas que inicialmente fazem parte de seu escopo de responsabilidade podem exigir intervenções complementares, ou podem evoluir para quadros mais simples ou mais graves, tornando-se responsabilidade de outros serviços, como ocorrido do CAPS para a atenção primária, para o hospital psiquiátrico, para a Unidade de Pronto Atendimento, desta para o hospital geral, do

hospital psiquiátrico para o hospital geral, e deste para o CAPS, respectivamente, conforme narrado pelos usuários.

*Graça a Deus eu tô bem, fui fazendo tratamento, os grupos, aí foi passando. Tá com pouco tempo que eles me deram alta (...). Eu fui chamada, aí eles me perguntaram como eu tava me sentindo, eu tô bem, aí eles me deram pra ficar pegando a receita no posto. (...) Eles colocaram que aqui é pra pessoa que tá muito necessitada e como eu tô bem, não preciso mais tá aqui (CAPS5).*

*Aí, dia dois, a gente não aguentou mais, ela tava muito agressiva, quebrando tudo dentro de casa, aí eu resolvi trazer ela ao CAPS. Chamamos a médica) até o carro, olha a situação dela. Aí o (CAPS) do Bom Jardim foi e disse, vá direto pra (Hospital de) Messejana que ela precisa de internação (HSMM6).*

*(...) ele estava no CAPS lá na Barra do Ceará (bairro), aí lá ele apresentou uma febre e essa febre ele ficou sem falar, sem nada, sem urinar, sem nada, aí trouxeram pra UPA (...) aí ele pegou e veio pra cá (...), graças a Deus ele conseguiu dormir, o médico botou, passou uma medicação mais forte e ele dormiu a noite todinha (HUWC5).*

Ainda que o SUS oriente-se pelo princípio da integralidade, as organizações entre os serviços obedecem a agrupamentos temáticos, que lidam com demandas semelhantes, saúde mental, por exemplo. Em um contexto de rede, Lima et al. (2012, p.430) defendem que quando um primeiro serviço considera inadequada para si uma determinada demanda, tem ainda a responsabilidade de manejá-la adequadamente a outro serviço apropriado.

Ao assumir a condição de interdependência com outro serviço, ou, pelo menos, da possibilidade de potencializar a melhoria do estado de saúde por meio da colaboração com outro dispositivo, estamos adentrando a esfera da complementaridade. A continuidade do cuidado geralmente se beneficia da manutenção do vínculo com um profissional ou equipe (Lima et al., 2012, p.425). Esses benefícios incluem a facilidade de acesso às informações dos pacientes e pelo

tipo de relação estabelecida entre o profissional e o usuário do serviço. Exemplo disto ocorre após o internamento no HSMM, as pessoas podem continuar o tratamento no Hospital-Dia, justificado pelos médicos pela possibilidade de o paciente continuar a ser acompanhado pelo profissional ou residente responsável por ele na internação (Amaral, 2013, p.122).

Além disto, a relação de confiança facilita a adesão ao tratamento.

*Eu frequentava o CAPS aqui da Messejana, esse que tem aqui na Seis Bocas (bairro), onde a drª S. trabalha agora. (...) Faz seis anos que eu conheço a doutora, ela é a minha psiquiatra há muitos anos. A doutora S. é uma ótima doutora, a minha doutora preferida, é ela e agora esse doutor que ta cuidando de mim desde a outra vez, o mesmo médico que me aposentou (HSMM7).*

Outro tipo de continuidade acontece quando ocorrem diferentes intervenções, de modo a complementar o efeito da anterior. Isso aconteceu dentro do CAPS, do HSMM e do HUWC, onde o usuário necessitou de intervenções do psiquiatra, administradas pelo enfermeiro, e participa de oficinas da terapia ocupacional, psicoterapia e atendimentos do serviço social, conforme observamos nos prontuários dos usuários em cada um destes serviços.

*Lá a gente tomava banho, trocava de roupa, tinha merenda, tinha chá na hora da janta, tinha bolacha, tinha as psicólogas, do jeito daqui, tinha as fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, tinha medicamento pra gente tomar lá, lá era bom (HSMM/HD4).*

*Tem as meninas do grupo, psicólogas e ele gosta muito, toda quinta ele vem. Gosta, porque elas fazem muitas coisas assim, quando tem as festas eles mesmo que organiza, eles fazem os enfeites, bota isso pra eles fazer, sabe!?! (CAPS2).*

Apesar dos aspectos observados de integração entre os serviços, quando investigamos a continuidade entre o CAPS e o HSMM, escutamos dificuldades semelhantes às apontadas por Sampaio e

Bispo Junior (2021) em avaliação realizada na Bahia, não apenas no direcionamento da demanda para o serviço adequado, como mencionado na dimensão anterior, mas de garantir a manutenção da atenção de forma apropriada. Os relatos identificam um aspecto vinculado à quebra dessa continuidade: a dificuldade do CAPS em absorver a demanda de egressos dos hospitais e evitar crise, principalmente em decorrência da indisponibilidade de atendimento psiquiátrico ou de medicação.

### Normatividades

Esta dimensão analítica permite identificar a existência de diretrizes formais referentes à rede e ao seu objeto, como protocolos clínicos e/ou linhas-guia; a presença de diretrizes não formalizadas expressas nos critérios de entrada, saída, encaminhamento; códigos comuns de comunicação e produção de linhas de cuidados de casos complexos ou atípicos.

Nas observações sistemáticas no CAPS, acompanhamos pessoas que vieram pela primeira vez ao serviço e usuários sem agendamentos, mas com demandas para atendimento naquele momento, os quais foram direcionados ao “acolhimento”, para uma escuta qualificada do sofrimento e avaliação de acordo com a classificação de riscos para determinar se a pessoa será atendida por outros profissionais do serviço, engajada nas atividades, ou ser encaminhada para outro local, de acordo com a “gravidade ou severidade” do sofrimento.

Entretanto, Silva Junior e Mascarenhas (2004, p.245) e Cardoso (2021, 48) alertam que o acolhimento não é reduzido à sua dimensão física nem à recepção da demanda, mas incorpora suas dimensões subjetivas, tais como postura do profissional na relação com os usuários, como técnica de escuta e reflexão sobre problemas e necessidades, como princípios reorientadores dos serviços.

Nos momentos em que estivemos no Serviço de Pronto Atendimento do HSMM, chegavam diversas pessoas, a maioria trazida involuntariamente pela família (por meio do SAMU ou carro particular) e alguns com encaminhamento de outros serviços, inclusive de outros municípios.

No instante da conversa com o enfermeiro plantonista deste espaço para explicarmos a execução da pesquisa, entrou na sala uma família

pedindo internação para uma senhora e pude acompanhar tal ação. A partir do relato (convencimento ao profissional) do sofrimento psíquico, observamos o preenchimento pelo profissional do protocolo referente à avaliação de risco, a qual determina o fluxo a ser seguido.

As narrativas dos sujeitos pesquisados também possibilitaram percebermos as diretrizes formalizadas e não formalizadas de entrada, encaminhamento e saída dos serviços, permeadas pelas relações de proximidade entre o demandante e o profissional, ou entre os profissionais dos dois serviços e critérios subjetivos, especialmente entre o HSMS e o HUWC, já que este não é regulado pela central de leitos.

Os mecanismos e encaminhamentos legais, a exemplo do sistema de regulação das internações, sofrem alterações que expressam diferentes interesses e conflitos (de ideias, econômicos, afetivos, sociais, etc) com as situações vividas pelos envolvidos no processo de internação psiquiátrica, apontando a complexidade dessa tomada de decisão.

*Graça a Deus eu tô bem, fui fazendo tratamento, os grupos, aí foi passando. Tá com pouco tempo que eles me deram alta (...). Eu fui chamada, aí eles me perguntaram como eu tava me sentindo, eu tô bem, aí eles me deram pra ficar pegando a receita no posto. (...) Eles colocaram que aqui é pra pessoa que tá grave, que tá muito necessitada e como eu tô bem, não preciso mais tá aqui, tem que dar a vaga pras pessoas que tá mais precisando, que tá em crise (CAPS5).*

*Eu fui ao Hospital de Messejana porque é lá que a gente consegue a internação, passei uma noite lá. O médico que me atendeu, psiquiatra, o doutor A. L. é ótimo e foi ele que conseguiu uma vaga aqui pra mim, porque eu tô gestante e ele achou que era melhor aqui, porque ele me encaminhou pra cá (HUWC3).*

Cecílio e Mehry (2003, p.199) conceituam sistema como uma “rede móvel, assimétrica e incompleta de serviços”. Ou seja, o sistema se torna rede porque nenhum conceito ou estratégia racionalizadora é capaz de antever e engessar as movimentações sociais.

Mesmo sendo o SUS organizado de forma centralizada por normas, protocolos e programas, todos esses sujeitos, com suas diferentes inserções, são um pouco autores desse desenho institucional e de seus fluxos singulares em cada contexto, pois não se pode esquecer que normas e instrumentos somente existem como prática social em situações reais, históricas.

### Subjetividade(s)

A última dimensão atravessa todas as anteriores e encontramos tais aspectos também nas outras categorias, haja vista a criação e a modificação dos processos envolvidos na rede serem produzidas por humanos. Daí resgatarmos aqui os protagonismos, interesses, sentidos, valores e vínculos afetivos de grupos, indivíduos.

O denominado 'sistema de saúde' é, na verdade, um campo atravessado por pacientes, mais ou menos formalizados, percursos nem sempre racionais, muitas vezes interrompidos e truncados, construídos a partir de protagonismos, interesses e sentidos que não podem ser subsumidos a uma única racionalidade institucional ordenadora (Cecílio; Mehry, 2003, p.199).

Conforme situamos na categoria anterior, critérios subjetivos concorrem com as diretrizes formais e modificam o acesso ao serviço, o senso de responsabilidade para com os usuários se sobrepõem aos critérios de entrada, ou seja, os critérios informais de entrada e de encaminhamento são marcados por disposições singulares de profissionais ou serviços.

*Eu estava três dias sem dormir e sem me alimentar direito e assim, eu tô gestante realmente e a enfermeira de lá se comoveu e mandou eu me deitar no leito lá (HUWC3).*

A forma como a família apresenta a situação do paciente, a maneira como se comportam em relação a ele, podem também influenciar a decisão de qual fluxo será seguido no serviço ou em outro.

*Ela ia ficar no lado de fora dessa derradeira vez, na primeira vez ela entrou pra ser atendida logo, mas dessa vez eles queriam deixar do lado de fora, aí eu*

*disse: não, não vou deixar a mulher do lado de fora não, vocês não querem acompanhante, não tem como deixar ela aqui só não, aí o cara que tava na minha frente era meio desenrolado, ou vocês arrumam leito pra ela ficar internada, ou então, vou já chamar 190, Barra Pesada (programas televisivos policiais), vai já passar a cara de vocês aqui, aí a mulher disse: se acalme, que vamos já arrumar um leito pra ela, aí arrumaram um leito pra ela (HSMM6).*

Pinheiro e Martins (2011, p. 207) apontam para a existência de redes de sustentação e de apoio para o cuidado, as quais revelam a presença de "pessoas-chave" "mediadoras de redes para o cuidado", ao abrir os fluxos ou possibilitar acessos ao subsistema de cuidado profissional podendo ser profissionais de saúde, pessoas de uma comunidade, ou membros da família.

Ainda que sob a égide de normas e instrumentos operacionais de controle, os trabalhadores gerem e configuram a assistência prestada, ao escolherem agir numa ou noutra direção. Atualizam velhos modelos ou delineiam novas possibilidades. Assim como o fazem a comunidade e os usuários singulares, ao procurarem um pronto-socorro para resolver uma queixa que tecnicamente é considerada relativa à atenção primária (CAPS6) ou ainda, quando visitam os espaços religiosos antes ou ao mesmo tempo dos serviços de saúde.

Por fim, as formas de relações com os usuários nos diferentes serviços e até no mesmo são bem diversas. Observamos nos três espaços pesquisados tanto a presença de relações afetivas entre os profissionais e os usuários, como atos de violência psicológica, que remetem à qualidade do cuidado recebido.

*Eu me sentia muito bem aqui, é o atendimento, são as pessoas (CAPS5).*

*Aqui no hospital trata muito bem. Não tem o q falar, todas as vezes q trouxemos ela pra cá, tratou muito bem, não tem nenhuma ignorância, nos outros cantos o povo deixa nem você explicar o que tá sentindo, esses postos de saúde tudo a gente não é bem tratada e aqui eu me sinto bem tratada tanto o paciente como o acompanhante (HUWC1).*



*As enfermeiras algumas eram legais, outras não,  
eram bem rudes com a gente (HSMM/HD5).*

Consoante Franco e Merhy (2015, 193), para o desenvolvimento dos processos de mudança do modelo assistencial, a identificação do papel central da subjetividade nos traz um novo desafio: reconhecer que o protagonismo dos sujeitos trabalhadores e usuários para a mudança no funcionamento dos serviços de saúde não se dá apenas pela excelência técnica. Será necessário também investir em processos de subjetivação, para que os mesmos se coloquem como viabilizadores de projetos que recuperem a utopia ativa de um serviço centrado no usuário, produtor do cuidado, no sentido de acolher e se responsabilizar por sua clientela.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os caminhos percorridos pelos usuários em busca de cuidados em saúde mental nos permitiram identificar elementos que desvelam aspectos da (des)articulação em rede, tendo como norte o modelo analítico-conceitual apresentado. Reconhecemos a existência de vários tipos de relações entre os serviços pesquisados, com o encaminhamento como a forma de relação mais presente, tanto nas conexões entre estes como na interação de cada um deles com os demais. Houve tanto rupturas na continuidade do cuidado de um serviço a outro como a garantia de acesso a outros serviços após a alta ou encaminhamento.

A adoção de novas abordagens analíticas em avaliação na saúde na perspectiva da qualidade do cuidado, enfatizando o uso de metodologias avaliativas centradas nos usuários, tem no reconhecimento dos itinerários e sua relação com as redes sociais a ideia-força de afirmação da cidadania e potência dos mesmos. Assim, a compreensão da experiência de sofrimento psíquico e de busca por cuidado em saúde nos ofereceram contribuições importantes para a avaliação pretendida da RAPS.

## REFERÊNCIAS

ADAMI, N.P. Acesso, utilização e aceitação dos serviços de dermatologia de um Centro de Saúde Escola sob o modo de ver dos hansenianos. **Rev Latino-Am Enferm**, v. 1, n. 2, p. 53- 67, 1993.

AMARAL, C. E. M. **Rede de atenção em saúde mental no município de Fortaleza: uma análise multidimensional na perspectiva de profissionais de diferentes dispositivos**. 2013. 247f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Ceará. 2013.

AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. Rede como transconceito: elementos para uma demarcação conceitual no campo da saúde coletiva. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 51, p. 1-6, 2016.

AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Saúde Soc**. São Paulo, v.26, n.2, p.424-434, 2017a.

AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. O desafio da construção de modelos avaliativos de redes de atenção: um relato de experiência. In: TANAKA, Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. L. (Org.). **Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017b. p. 53-62.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 17, n. 3, 2012.

BOSI, M.L.M; MERCADO, F.X. (Org) **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI, M.L.M., MERCADO-

MARTÍNEZ, F. J. (Org.). **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006. p. 87-117.

BOSI, M.L.M.; UCHIMURA, K.Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev. Saúde Pública**, v.41, n.1, p.150-153, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados - 10** Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental. v7, nº 10, março de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. **Resolução 510/2016**, de 07 de abril de 2016. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2023.

CABRAL, A. L. L. V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p.4433-4442, Nov. 2011.

CAMPOS, R.O.; FURTADO, J.P. PASSOS, E. BENEVIDES, R. **Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade**. São Paulo: Hucitec, 2008.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (orgs). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2003. p.197-210.

CARDOSO, P. O acolhimento na Rede de Atenção Psicossocial: conceito e importância. **Revista Arquivos Científicos (IMMES)**, v.4, n.1, p47 – 53, 2021. Disponível em:<https://arqcientificosimmes.emnuvens.com.br/abi/article/view/493> Acesso em 20 maio de 2023.

DESLANDES, S.F.; GOMES, R.A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas. In: BOSI, M.L.M., MERCADO-MARTINEZ, F.J. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 99-120.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p. 427-38, set/dez, 2007.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. A Produção Imaginária da Demanda e o Processo de Trabalho em Saúde. In Pinheiro, R.; Mattos, R.A. (Orgs.) **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS-CEPESC/UERJ- ABRASCO, 2015.

FURTADO, J.P. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, G. W.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND, M., CARVALHO, U. M. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec/Fiocruz, 2006. p. 715-739.

GADAMER, H.G. **Verdade e Método: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. 10ª ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

GREGÓRIO, G.; TOMLINSON, M.; GEROLIN, J.; KIELING, C.; MOREIRA, H.C.; RAZZOUK, D. Agenda de prioridades de pesquisa para saúde mental no Brasil. **Rev Bras Psiquiatr**. v.34, n.4, p.434-439, 2012.

GUBA EG.; LINCOLN, Y.S. **Avaliação de Quarta Geração**. Campinas, SP: Ed da Unicamp, 2011.

LIMA, M. Et al. Signos, significados e práticas de manejo da crise. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**. v.16, n.41, p. 423-434, 2012.

MENDES, E. V. **As Redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MERCADO, F.J. Avaliação de políticas e programas de saúde: enfoques emergentes na Ibero- América no início do século XXI. In: BOSI, M. L.; **Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2006. p.22- 62.

MALTERUD, Kirsti et al. Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. **Qualitative health research**, vol. 26,n.13, p. 1753-1760, 2016.

NOVAES, H.M.D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n.5, p. 547-59, 2000

PASSOS, E.; BARROS, R. B. Clínica, política e as modulações do capitalismo. **Lugar Comum**, v.19, n.20, p. 159 -171, 2004.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P.H. (Org) **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2011.

RODOVALHO, A.L.P.; PEGORARO, R.F. O Centro de Atenção Psicossocial segundo familiares de usuários: um estudo a partir dos itinerários terapêuticos. **SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. v. 16, n,1 p.1-8, 2020.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**. 4.ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

SAMPAIO, M. L.; BISPO, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**. 2021, v. 37, n. 3.

SILVA JUNIOR, A.G.; MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2004, p. 241-257.

TANAKA, O.Y.; TAMAKI, E.M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.17, n.4, p. 821-828, 2012.

TEDESCO, S.; SOUZA, T.P. Territórios da clínica: redução de danos e os novos percursos éticos. In: CARVALHO, et al. **Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 141-156.

VUORI, H. **A qualidade da saúde**. Divulgação em Saúde para Debate. n. 3, p. 17-25. 1991.

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. **Avaliação de programas: concepções e práticas**. São Paulo: Gente, 2004.

## ✓ Projeto de Saúde no Território para enfrentamento da obesidade: um estudo de avaliabilidade

### Renata Ferreira Tiné

Secretaria Municipal de Saúde do Recife/Estratégia Saúde da Família

### Ana Cláudia Figueiró

Fundação Oswaldo Cruz/  
Instituto Aggeu Magalhães/  
Departamento de Saúde Coletiva

### Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Fundação Oswaldo Cruz/  
Instituto Aggeu Magalhães/  
Departamento de Saúde Coletiva

**Resumo:** A obesidade configura-se como um dos maiores problemas de saúde pública mundial, necessitando cuidado integral e interdisciplinar. O estudo teve por objetivo analisar a avaliabilidade do Projeto Saúde no Território para enfrentamento da obesidade em uma Unidade de Saúde da Família, do município de Recife/PE. Trata-se de estudo de avaliabilidade, desenvolvido como estudo de caso único, usando o sistema de sete elementos, através de análise documental, entrevista com informantes-chave e oficinas de trabalho com os atores. Os resultados revelaram que os componentes da intervenção convergiram segundo os documentos oficiais e os envolvidos. A teoria do programa explicitou a necessidade da integração do projeto com outros equipamentos sociais, participação comunitária, intersetorialidade, interprofissionalidade, além da formulação da linha de cuidado para obesidade e fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde do município. Este projeto contribuiu para a proposição de uma Teoria da Mudança, subsidiando à decisão dos profissionais de saúde e gestores.

**Palavras-chave:** Avaliação de programas e projetos de saúde. Manejo da obesidade. Atenção Primária à Saúde.

## EN

**Abstract:** Obesity is one of the biggest public health problems in the world, requiring comprehensive and interdisciplinary care. The study aimed to analyze the evaluability of the Health in the Territory Project to combat obesity in a Family Health Unit in the city of Recife/PE. This is an evaluability study, developed as a single case study, using the seven-element system, through document analysis, interviews with key informants and workshops with the actors. The results revealed that the intervention components converged according to official documents and those involved. The program's theory explained the need to integrate the project with other social equipment, community participation, intersectoriality, interprofessionalism, in addition to formulating a line of care for obesity and strengthening the Health Care Network in the municipality. This project contributed to the proposition of a Theory of Change, supporting the decision of health professionals and managers.

**Key-words:** Evaluation of health programs and projects. Obesity management. Primary Health Care.

## INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000), a obesidade foi apontada como um dos maiores problemas de saúde pública, principalmente para os países em desenvolvimento, sendo uma das principais responsáveis pela maioria das mortes e doenças em todo mundo. Segundo pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) de 2021, mais de 50% da população brasileira está acima do peso. A mesma pesquisa mostrou que no município de Recife a frequência de sobrepeso é de 56,7%, e obesos de 22,6%, em adultos maiores de 18 anos, onde a obesidade está acima da média nacional (Brasil, 2022).

Schmidt et al. (2011) concluíram que a prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são importantes aspectos para a promoção da saúde e redução de morbimortalidade. No Brasil, a obesidade tornou-se objeto de políticas públicas nos últimos 15 anos, e o Ministério da Saúde (MS), por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), é o principal proponente de ações, seguindo a tendência internacional (Dias; et al., 2018).

É notório que a Estratégia da Saúde da Família (ESF) é um espaço privilegiado de intervenções de promoção da saúde, de prevenção das condições crônicas e de manejo dessas condições, tornando-se o melhor lugar para o enfrentamento do excesso de peso que acomete o indivíduo, as famílias e a população (Mendes, 2012; De Figueiredo, et al., 2020). Por ser um agravo complexo, de causa multifatorial, o controle da obesidade requer além de um acompanhamento interdisciplinar, a intersetorialidade e o trabalho em rede (Campos, Cembranel, Zonta, 2019).

Uma ferramenta potente utilizada pelas equipes da ESF e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), o Projeto Saúde no Território (PST) elabora estratégias efetivas na produção da saúde em um território. Para isso, articula os serviços de saúde com outras estratégias e políticas sociais, de forma a intervir na qualidade de vida, por meio da busca de solução de problemas e necessidades de saúde em grupos sociais vulneráveis (Vilela, 2019).

Em 2018, uma equipe da ESF e do NASF de um território de saúde do município de Recife/PE, buscando enfrentar a alta prevalência de hipertensão e diabetes entre usuários com excesso de peso, iniciaram um PST para o Enfrentamento da Obesidade (PST-EO), voltado para esse público. Neste projeto são realizadas práticas de atividades físicas, de educação em saúde e assistência, articuladas com ações intersetoriais, envolvendo equipe multiprofissional e a participação popular.

Face ao pouco tempo de implantação do PST-EO em Recife/PE

e a importância de compreender a possibilidade de sua expansão para outros territórios, considerou-se necessário apreciar em que medida o projeto expressa com clareza e objetividade seus propósitos e possibilidade de alcance dos resultados, além das condições de se submeter a uma avaliação. Essas indagações podem ser respondidas por meio dos denominados Estudos de Avaliabilidade (Thurston & Ramaliu, 2005).

O artigo apresenta os resultados do estudo de avaliabilidade do Projeto de Saúde no Território para Enfrentamento da Obesidade em uma USF de Recife/PE, onde buscou-se contribuir para a melhor definição dos seus objetivos, metas e estratégias, expressando sua teoria, cadeia de mudança e condições de sustentabilidade, bem como proposta para posterior avaliação.

## MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se um estudo de avaliabilidade do Projeto de Saúde no Território (PST) para o Enfrentamento da Obesidade (PST-EO), como estudo de caso único e utilizando método qualitativo de pesquisa com técnicas de análise documental, entrevistas semiestruturadas e oficinas de trabalho. O estudo de avaliabilidade, apesar de ser recente em programas de saúde, apresenta-se como uma importante estratégia para melhorar o processo avaliativo, contribuindo para conhecimento profissional (Baratieri, et al., 2019). Este estudo adaptou o sistema de sete etapas proposto por Thurston e Ramaliu (2005): 1) delimitar o programa e identificar suas metas, objetivos e atividades; 2) identificar e analisar os documentos da intervenção avaliada; 3) construir o modelo lógico do programa (ML); 4) desenvolver o modelo teórico da intervenção; 5) definir o procedimento de avaliação; 6) compreender o modelo de avaliação; 7) identificar os usuários e envolvidos na avaliação.

O estudo foi realizado no território de uma Unidade de Saúde da Família do município de Recife/PE, entre julho e dezembro de 2019. Utilizou-se documentos tanto do acervo local e municipal, quanto os produzidos pelo Ministério da Saúde (MS) e outros municípios, selecionados pelos seguintes critérios: existência de objetivos; organização do Programa; público-alvo; metas a serem alcançadas; ações necessárias ao desenvolvimento das atividades do Projeto; e, os resultados a serem alcançados (Brasil, 2011; 2013; 2014; 2015) referentes ao enfrentamento da obesidade que auxiliaram na implantação do PST-EO.

Para as entrevistas identificou-se treze informantes chave entre gestores da Atenção Básica municipal e distrital, coordenações das Doenças Crônicas, do Programa Academia da Cidade/PAC e da área de abrangência da USF; profissionais da equipe da ESF (eSF) e do NASF (eNasf); e residentes multiprofissionais em saúde da família, identificados segundo sua ocupação (Gestores/G, Profissionais de Saúde/P e Residentes/R).

O roteiro de entrevista referiu-se ao conhecimento sobre os objetivos, as ações e os insumos para intervenção; o contexto sociopolítico e organizacional da implementação no território; a importância do PST-EO para o enfrentamento da obesidade e sobre a avaliação do projeto. Utilizou-se para análise das informações coletadas, a técnica de análise de conteúdo direcionada, o qual considera categorias previamente definidas na análise (Hsieh & Shannon, 2005). Para análise documental e das entrevistas considerou-se os seguintes descritores: objetivos e metas; organização; público-alvo; componentes, estratégias e atividades; e resultados esperados.

Após essa etapa elaborou-se a primeira versão do Modelo Lógico (ML), posteriormente validado em três oficinas de trabalho com os treze atores chave do programa. Além da validação do ML, as oficinas possibilitaram: 1ª) conhecer o estudo em seus objetivos e condução, a versão preliminar do ML, o referencial normativo sobre o PST-EO e a construção da sua versão do ML da intervenção, baseado nos componentes encontrados nos documentos e entrevistas; 2ª) validar a segunda versão do ML, construída pela junção das versões das pesquisadoras e dos atores-chave que participaram da primeira oficina e; 3ª) apresentar o produto final do ML e modelo teórico (MT), discutir e pactuar as perguntas avaliativas e os procedimentos de avaliação desenvolvidos na etapa final deste estudo. A partir das perguntas, foi elaborado um modelo de avaliação, com a identificação dos possíveis interessados. Este estudo foi aprovado pelo parecer N°: 12839319.0.0000.5190 do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz/PE.

## RESULTADOS

O Quadro 1 apresenta os resultados do estudo de avaliabilidade do Projeto de Saúde no Território para Enfrentamento da Obesidade (PST-EO) segundo o sistema de sete etapas proposto por Thurston e Ramaliu (2005). Essas etapas condensam momentos da análise documental, das entrevistas e oficinas de trabalho.

### Quadro 1 – Resultados do estudo de avaliabilidade do Projeto de enfrentamento da obesidade na USF Coqueiral/ Imbiribeira, Recife/PE – segundo os sete elementos de Thurston e Ramaliu (2005).

Elementos	Resultado
<b>1-Descrição do projeto:</b> metas, objetivos e atividades que constituem o programa/projeto	<b>Metas:</b> Os documentos oficiais e documentos do projeto (livro ata, material de planejamento estratégico do PST-EO), além das entrevistas realizadas, trazem os objetivos, atividades e, em alguns casos, os resultados esperados. Porém não há consenso sobre as metas do programa entre os entrevistados e alguns desses confundem metas com objetivos do programa. <b>Objetivo:</b> Promoção de hábitos saudáveis, visando a diminuição da prevalência da obesidade e DCNT. <b>Atividades:</b> ações que visam a mudança de comportamento e estímulo aos hábitos saudáveis; articulação intra e intersetorial; participação social; organização da linha de cuidado do excesso de peso; planejamento, monitoramento e avaliação do projeto.
<b>2-Documentos do programa:</b> identificação, análise e revisão documental	Foram identificados e analisados 08 documentos, os quais tratam dos objetivos, princípios e diretrizes de políticas e programas de promoção à saúde e/ou enfrentamento à obesidade, porém, mostram-se pouco esclarecedores em relação as metas desejáveis.
<b>3-Modelo lógico do projeto:</b> modelagem dos recursos disponíveis, programa de atividades pretendidas, impactos esperados e conexões causais presumidas	A descrição do programa explicitando seus componentes, atividades e efeitos é apresentada no Modelo Lógico do Programa, ao longo do texto.
<b>4-Modelo teórico do projeto:</b> desenvolvimento do modelo do programa; impactos esperados e conexões causais presumidas	Elaboração de um Modelo Teórico, informando o contexto no qual o programa exerce suas atividades no território, contemplando sua estrutura organizacional e fatores essenciais para a sustentabilidade do mesmo.
<b>5- Identificação e pactuação do procedimento de avaliação a ser realizado em estudo posterior</b>	Definiu-se que a avaliação será realizada mediante desenvolvimento de estudo de caso, visando verificar o envolvimento dos atores-chave no processo; o grau de implantação do projeto e a indução de mudanças no processo de trabalho das equipes de saúde.
<b>6-Compreensão sobre o modelo de avaliação proposto</b>	Descrição da Teoria da Intervenção/Mudança, a qual foi desenvolvida com base nos programas e políticas de promoção à saúde e de enfrentamento à obesidade, orientadas pelas visões dos <i>stakeholders</i> , teorias e estudos sobre o tema, como também avaliações e pesquisas anteriores.
<b>7-Identificação de usuários da avaliação e outros principais envolvidos</b>	Foram identificados a comunidade em geral, usuários ativos e participantes, profissionais da ESF e gestores do Distrito Sanitário 6 (DS 6).

Fonte: As autoras.

### Elemento 1 – Descrição do projeto

Conforme análise documental, este projeto se expressa pela articulação da eSF e eNasf com a gestão distrital e outros setores da saúde do município; com a criação de um espaço na comunidade para ofertas de atividades físicas; parceria com equipamentos sociais do território, onde acontecem as ações/grupos de educação em saúde e reuniões participativas para planejamento envolvendo todos os atores sociais implicados no processo (profissionais e residentes em saúde, gestores, parceiros e representantes da comunidade).

Além do documento de formulação do Projeto de Saúde no Território para Enfrentamento da Obesidade (PST-EO), foram identificados elementos por meio das entrevistas com informantes chave, conforme os descritores da análise documental utilizados. Como objetivo geral, verificou-se o seguinte propósito: Melhorar a qualidade de vida da população do território, por meio de mudanças comportamentais levando a adoção de hábitos saudáveis, como evidenciada na fala de um dos profissionais de saúde:

*Eu acredito que a gente..., enquanto NASF né... tem essa perspectiva da promoção da qualidade de vida dessas pessoas com excesso de peso e doenças crônicas... a gente vai pensar em alcançar algum nível de modificação, da mudança de comportamento de estilo de vida em geral... (P1).*

Suas metas não foram definidas pela equipe e muitas vezes se confundem com os objetivos, sendo essa ausência referida como preocupação em algumas entrevistas com os profissionais de saúde. Por outro lado, observa-se desconhecimento dos objetivos e metas do projeto por parte dos gestores da secretaria de saúde, conforme se observa no depoimento abaixo:

*Bem, eu não tenho conhecimento deste projeto, eu tenho conhecimento sobre o problema da obesidade, em si... não tenho conhecimento sobre os objetivos e metas. Meu contato com o projeto é basicamente inicial, hoje (G1).*

As ações implementadas pretendem promover a saúde por meio do autocuidado para enfrentamento da obesidade, da vigilância alimentar e

nutricional; do cuidado integral e longitudinal. A abordagem integral e dinâmica do projeto é observada em uma das falas dos entrevistados:

*A partir do PST a equipe está organizada como se fosse uma linha de cuidado com várias frentes de intervenção para garantir o cuidado do usuário com excesso de peso... eles terão oportunidade de participar de exercícios físicos, acompanhamento de exames laboratoriais... além de grupos em que serão promovidas ações de educação alimentar e nutricional e educação em saúde em geral, e acesso à alimentação adequada e saudável (feira orgânica). Dessa forma, a estratégia envolverá o indivíduo, os profissionais da ESF e do NASF, além dos profissionais do PAC e a comunidade como um todo (R3).*

### Elemento 2 – Identificação e análise dos documentos de Programa e Políticas da Obesidade e do PST-EO

A partir dos documentos realizou-se a análise do conteúdo, segundo os componentes do ML (Objetivos, Metas, Ações e Resultado). Dentre os objetivos encontrados, destaca-se: redução da obesidade através de ações intersetoriais e promoção de hábitos saudáveis. Com relação às metas, observou-se que foram estabelecidas em apenas dois documentos (Brasil, 2011; Palmas, 2015), assim como o desconhecimento e confusão pelos entrevistados.

As ações foram similares nos documentos analisados, destacando-se: articulação intra e intersetorial; educação em saúde; participação social; promoção à saúde (estímulo a alimentação saudável e práticas de atividades físicas regulares); monitoramento alimentar e nutricional; integralidade e interprofissionalidade das ações; e criação de linha e/ou rede de cuidado para enfrentamento da obesidade. Verificou-se que esses documentos apresentam coerência com o contexto da implementação dos objetivos e ações propostas pela intervenção.

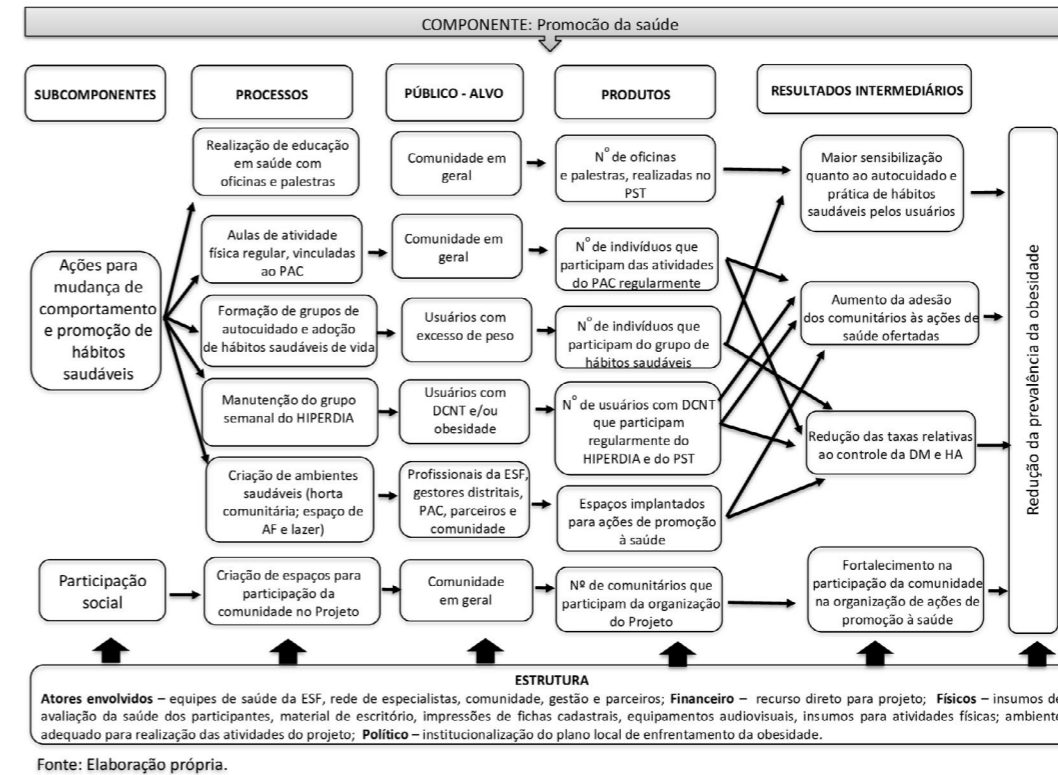
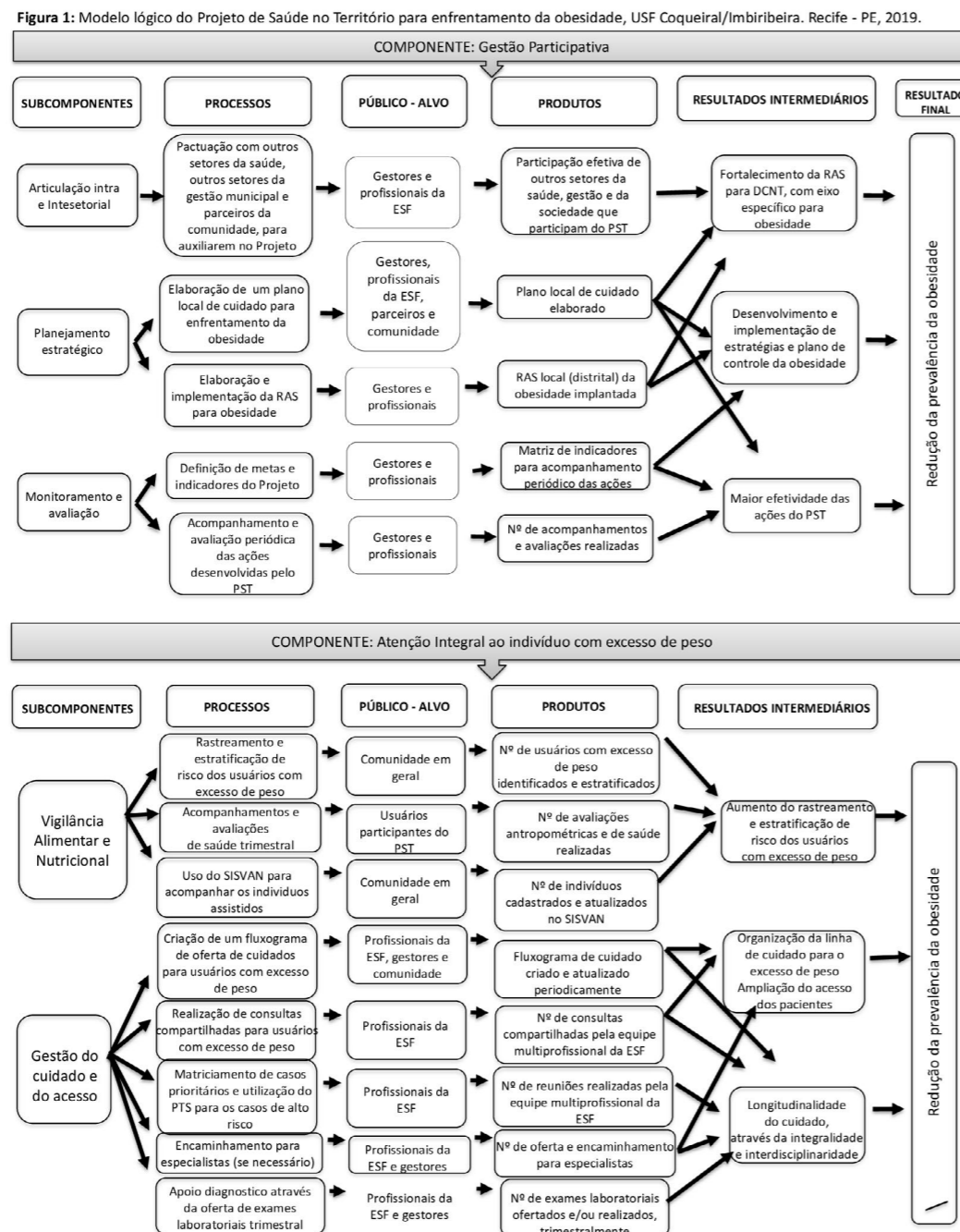
### Elemento 3 - Construção do Modelo Lógico do PST -EO

Para a construção do Modelo Lógico (ML) preliminar, partiu-se da análise documental e entrevistas. Nas oficinas de trabalho chegou-

se à formulação atual do ML do PST-EO (figura 1), identificando os recursos, atividades, população-alvo, produtos e efeitos esperados com a implantação do programa (resultados intermediários e final).

Foram definidos três componentes (gestão participativa, cuidado integral ao indivíduo com excesso de peso e promoção à saúde) e sete subcomponentes, consensuado e validado pelos atores-chave que participaram das três oficinas.

**Figura 1: Modelo lógico do Projeto de Saúde no Território para enfrentamento da obesidade, USF Coqueiral/ Imbiribeira. Recife - PE, 2019.**



**Elemento 4 - Construção do Modelo Teórico do PST-EO**

O Modelo Teórico (MT) (figura 2) descreve a Teoria do Programa expressando as relações entre o problema de saúde, a intervenção proposta (os componentes do Modelo Lógico), o contexto (político-institucional e externo) e o processo desenvolvido (cenário de implantação) para o PST-EO alcançar os objetivos esperados. Ainda, apresenta as situações consideradas mais relevantes pelos envolvidos, na sustentabilidade da intervenção.

Houve consenso entre os entrevistados em relação ao problema que originou o PST. A intervenção surge a partir do problema apresentado na comunidade da USF Coqueiral/Imbiribeira, o qual é relatado por uma profissional de saúde da equipe:

*A partir da identificação da equipe de saúde, do acompanhamento dos hipertensos e diabéticos no Hiperdia e com avaliação de rotina principalmente da parte antropométrica, foi identificada a questão do excesso de peso na maioria dos usuários. E aí também foi identificado, um número relativamente expressivo de pessoas com obesidade grave. A partir disso, a gente entendeu que precisava pensar numa intervenção e começou a se trabalhar isso... (P2).*

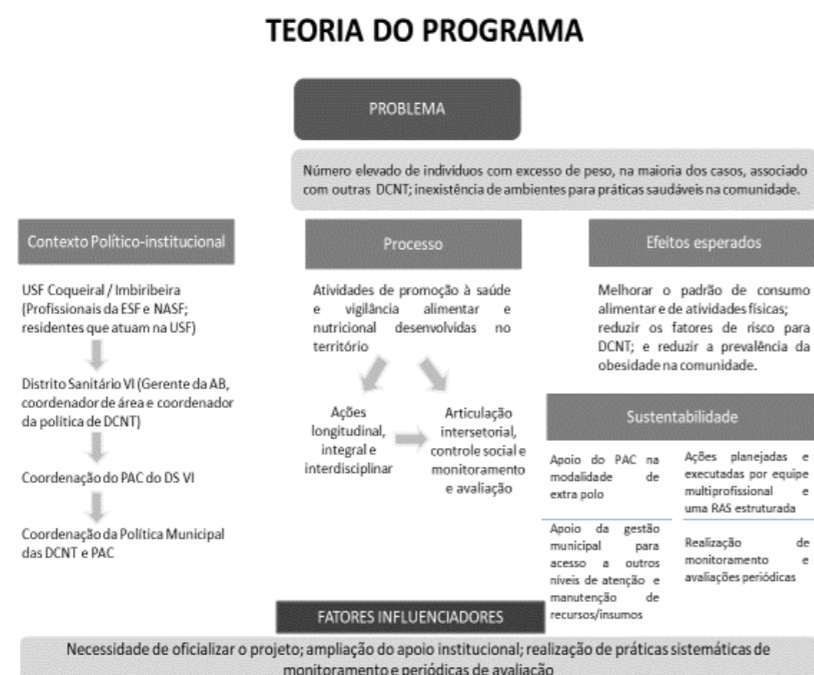


Tanto nas entrevistas, como na análise de projetos de enfrentamento da obesidade, fica evidenciado que a intervenção deve incorporar: equipe multiprofissional de saúde, gestores, parceiros e comunitários. Porém, observa-se durante algumas falas de profissionais de saúde que a participação de alguns setores da gestão ainda é frágil, em especial no apoio estrutural, uma das dificuldades do projeto, como demonstra a fala a seguir:

*Eu acho que poderia ser mais intensa... das coordenações tá chegando, até em questões mais estruturais, de material, de tá discutindo junto também com a equipe, pensando na proposta... para quem sabe depois, está expandindo, pensando em outros lugares do município. Mas assim, eu acho que é muito frágil essa integração da gestão com o projeto (P6).*

Entre os elementos favoráveis no contexto, destacam-se nas falas dos entrevistados, a integração da equipe multiprofissional de saúde, a parceria com a Igreja local, a participação social e a diversidade de ações ofertadas para promoção da saúde dos comunitários.

Por outro lado, durante as entrevistas, observa-se que existem fatores desfavoráveis que estão influenciando o desenvolvimento do projeto, apontando para necessidade de resolução dos mesmos, visando melhor efetividade das ações. Entre esses fatores, destacam-se: falta de estrutura física própria para desenvolvimento das atividades; falta de organização da RAS para obesidade; pouco apoio institucional e a não realização de práticas sistemáticas de monitoramento e de avaliações periódicas.



## Elemento 5 - Definição dos procedimentos de avaliação

As perguntas avaliativas foram formuladas durante a última oficina, a partir da análise de questões sobre a avaliação do programa contidas na discussão do grupo de atores-chave (fase divergente) e da apresentação e pactuação dessas (fase convergente) (Cronbach, 1982). Ao final, concordou-se que as avaliações futuras devam responder às seguintes perguntas: a) Os atores envolvidos estão implicados no processo? b) A estrutura planejada está sendo garantida para o desenvolvimento dos processos? c) A intervenção foi implementada conforme o esperado? d) O projeto está sendo indutor na mudança de processos de trabalho para as equipes de saúde?

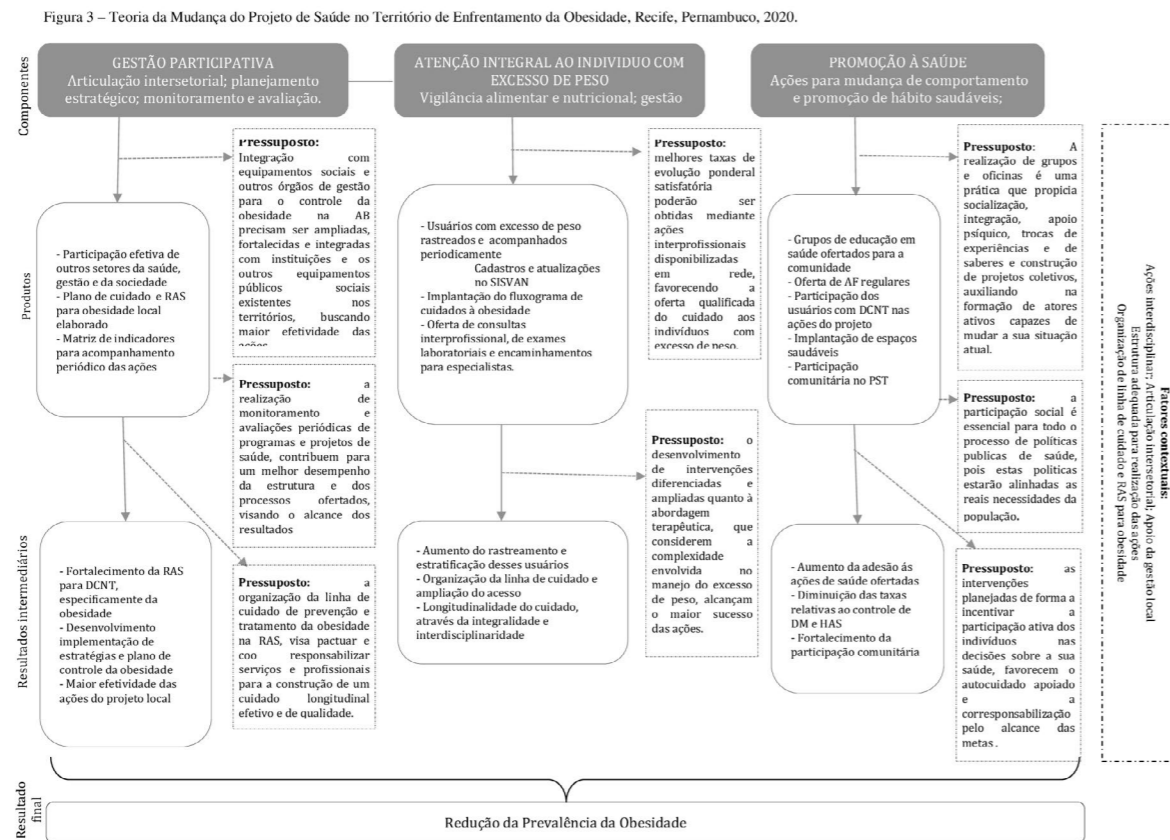
## Elemento 6 - Compreensão sobre o modelo de avaliação proposto

Como modelo proposto para avaliar o projeto, optou-se pela Análise da Contribuição, a partir da Teoria da Mudança (TM) da intervenção, com ênfase na explicação gerativa usando a ideia de pressupostos/mecanismos por trás do modo de funcionar da intervenção.

Conforme preconizado por Mayne (2000), a TM do PST-EO, foi desenhada na forma de cadeia de resultados; para cada um dos componentes foi desenvolvida uma cadeia integrada por meio dos nexos entre elas (representados pelas setas e linhas). Nas oficinas com os envolvidos, os resultados foram divididos de acordo com o tempo necessário para seu alcance em: intermediários e final (figura 3).

O contexto sociopolítico permeou as cadeias de resultados e foram apontados pelos informantes-chave, importantes para o alcance dos resultados propostos pelo programa. Entre esses, tivemos aspectos ligados ao projeto, como: ações interdisciplinares, desenvolvidas por uma equipe multiprofissional e articulação intersetorial; e fatores relacionados a gestão local do município, como exemplo, uma participação mais ativa dos gestores, através de suporte estrutural, com a implantação de uma estrutura física própria para o projeto e o a organização da linha de cuidado e da rede de atenção à saúde para obesidade.

**Figura 3: Teoria da Mudança do Projeto de Saúde no Território de Enfrentamento da Obesidade, numa Unidade de Saúde da Família de Recife, Pernambuco, 2020.**



**Elemento 7 - Identificação de usuários/interessados na avaliação**

A partir das oficinas e entrevistas realizadas com os atores-chave foi identificado o papel que cada ator exerce no projeto, os possíveis interesses na avaliação e os prováveis usos dos achados da avaliação. Foram identificados os seguintes usuários potenciais envolvidos na avaliação do PST-EO: a comunidade em geral e os usuários ativos no projeto; profissionais das equipes de saúde - eqSF, eqNASF e do PAC, e gestores locais (DS VI). O Quadro 2 apresenta a descrição dos usuários potenciais.

**Quadro 2 - Matriz de usuários potenciais da Avaliação do PST-EO, USF Coqueiral/Imbiribeira, Recife/PE 2019.**

Usuário potencial da avaliação	Papel no projeto	Interesse na avaliação	Papel na utilização dos achados
Comunidade em geral e usuários ativos no projeto	Participar do planejamento e das ações de promoção à saúde	Obter informações em relação ao funcionamento do PST-EO, da estrutura e efeitos pretendidos	Realizar o acompanhamento do PST-EO observando os efeitos gerados
Profissionais de saúde (eqSF, eqNASF, PAC)	Planejar, executar e realizar o monitoramento do Projeto	Obter informações sobre o grau de implantação e dos efeitos gerados pelo PST-EO, na comunidade	Os profissionais de saúde poderão utilizar os achados para nortear o processo e a estrutura do PST-EO
Gestores locais (distrito sanitário VI)	Apoiar a implementação das ações, dar suporte em relação aos recursos necessários e realizar o acompanhamento do PST-EO	Obter informações em relação à modelização do programa e ao seu processo de implementação.	Contribuir para ajustes, se necessário, no planejamento e execução das atividades propostas pelo PST-EO

Fonte: A autora.

**DISCUSSÃO**

O pouco tempo de existência do Projeto de Saúde no Território para Enfrentamento da Obesidade (PST-EO) e a insuficiência de estudos avaliativos sobre o tema indicaram a importância de pesquisas que auxiliem na compreensão da intervenção e na formulação de questões que direcionem as avaliações futuras. Segundo Natal et al. (2010), nesses casos, faz-se necessário desenvolver os modelos teórico e lógico da intervenção, no intuito de descrever o projeto, identificando a estrutura, processo e resultados esperados.

Ao realizar a pesquisa documental e as entrevistas com atores-chave foram identificados objetivos, ações e metas propostas pelo programa. Observou-se que os objetivos e ações foram descritos com clareza tanto nos documentos selecionados como nas entrevistas, diferentemente das metas. Outros estudos de avaliabilidade também demonstraram a

falta de clareza em relação às metas propostas pelos programas, o que dificulta a sua operacionalização e avaliação (Medeiros, et al., 2010; Bezerra, Cazarin & Alves, 2010; Silva, et al. 2017; Souza & Calvo, 2018).

A organização e operacionalização deste projeto, evidencia que esta intervenção atua com múltiplas ações, de forma multiprofissional, como fator essencial para alcançar efeitos positivos no controle da obesidade (Rabelo, et al., 2018; Silva et al., 2018). Revisão sistemática sobre programas de tratamento multiprofissional da obesidade no Brasil, comprovou que os melhores resultados foram encontrados quando a ESF oferece assistência padrão aliada a programas multidisciplinares de promoção de hábitos saudáveis (Mendes, et al., 2016).

Na contramão surge uma preocupação após a homologação da Portaria Nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, sobre o financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS, com possibilidades da ruptura da equipe multiprofissional, pela possível extinção do eNasf, devido à falta de financiamento da gestão federal. Segundo Silva et al. (2018) a presença da eNasf é fundamental nas ações de prevenção e promoção da saúde voltadas para portadores de obesidade, pois as intervenções propostas pela equipe multiprofissional, facilitará o alcance da eficácia das ações.

Dentre as ações realizadas, destaca-se: educação em saúde (grupos e oficinas), promoção de atividades físicas e vigilância alimentar e nutricional, desenvolvidos de forma integral e multiprofissional, corroborando com outros estudos de controle da obesidade (Silva et al., 2018; Silva, et al., 2018b; Souza, et al., 2014). Estes autores comprovaram que o desenvolvimento de intervenções diferenciadas e com abordagem terapêutica ampliada, os quais consideram a complexidade envolvida no manejo do excesso de peso e favorecem a oferta qualificada do cuidado aos indivíduos, alcançam o maior sucesso das ações.

Outro fator importante na operação deste projeto é a participação social, considerada essencial para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde, que requerem para seu sucesso o alinhamento às reais necessidades da população. Ainda, as intervenções planejadas de forma a incentivar a participação ativa dos indivíduos nas decisões sobre a sua saúde, favorecem o autocuidado apoiado e a corresponsabilização pelo alcance das metas do plano terapêutico (Cavalcanti & Oliveira, 2012).

Todas essas ações buscam maior efetividade para projetos de enfrentamento à obesidade, por meio da construção de um cuidado longitudinal e de qualidade. Assim, proposições para projetos como este são elucidados no documento do MS, que traz experiências no país sobre o manejo da obesidade, levantando aspectos positivos e inovadores, além dos desafios apresentados (Brasil, 2014).

Construir o ML de um programa é o primeiro passo no planejamento de uma avaliação, o qual discrimina todas as etapas necessárias à transformação de seus objetivos em metas (Medina, et al., 2005). Além do mais, o ML auxilia a construção de um entendimento comum entre todos os envolvidos na intervenção a respeito do problema, dos objetivos e dos resultados esperados, bem como na elucidação da lógica interna do programa (Bezerra, Cazarin & Alves, 2010).

O projeto Cintura Fina, implementado em território de USF de município da região metropolitana de Recife desde 2012, corrobora com o presente estudo. Comparando-se os ML dos dois projetos em seus aspectos operacionais ambos realizam ações para prevenção e controle da obesidade e de outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como: atividade física, orientação nutricional individual e em grupo e oficinas de promoção da saúde (Silva, et al., 2018b).

Em relação a projetos e/ou programas de controle da obesidade no país, outras pesquisas realizadas sobre o tema dialogam com o PST-EO, por definirem estratégias de intervenção semelhantes, ainda que não explicitem a sua modelização. Esses projetos apostam em estratégias que envolvam a abordagem interdisciplinar e estímulos a mudanças no estilo de vida, como a prática regular de atividades físicas e alimentação saudável dos seus usuários (Poeta, et al., 2013; Quesada, 2015; Bevilaqua, Pelloso & Marcon, 2016).

O ML deste projeto foi elaborado considerando três componentes: Gestão participativa; Atenção integral ao indivíduo com excesso de peso, e; Promoção à saúde. A escolha da gestão participativa como primeiro componente, foi considerada como fundamental para a operacionalização do projeto, pois demanda da pactuação intra e intersetorial e uma série de ações voltadas ao planejamento, acompanhamento de processos, resultados e avaliação de ações, com vistas à tomada de decisão (Bezerra, Cazarin & Alves, 2010).

Para garantir a sustentabilidade, foram citados pelos entrevistados como principais elementos para projetos como este: organização de uma rede de atenção à saúde para esse público; apoio da gestão, por

meio de financiamento e oferta de insumos; a execução e planejamento de ações por uma equipe multi e interprofissional; a articulação entre profissionais do PAC e da ESF; e a realização de monitoramento e avaliação como prática regular pelos envolvidos. Esses fatores, corroboram com a revisão de literatura realizada por Oliveira, Potvin e Medina (2015), que buscaram encontrar fatores que influenciam a sustentabilidade de intervenções de promoção à saúde.

O desenvolvimento da teoria do programa tem-se tornado mais frequente em estudos avaliativos referentes a intervenções de promoção à saúde, favorecendo a sua compreensão quanto ao constructo teórico e a relação com o contexto (Medina, et al., 2005). Pode-se citar como exemplo os estudos sobre o Programa Academia da Saúde de Recife/PE (Silva, et al., 2017); e da Vigilância alimentar e nutricional na APS (Vitorino, Cruz & Barros, 2017).

A TM busca explicitar os meios pelos quais se espera que a intervenção produza os resultados, considerando que essas não agem sozinhas, e os resultados esperados são consequência de uma combinação de fatores, como também condições externas (Cazarin, 2019). Segundo Mayne (2000), os pressupostos (ou suposições) são condições necessárias e fatores de apoio para que a TM funcione. Enquanto os riscos, são fatores contrários a intervenção, que se ocorrerem, podem ter impacto comprometedor ao seu funcionamento.

Segundo Cazarin, Mendes e Albuquerque (2010), a formulação de perguntas avaliativas é fundamental para que a avaliação tenha êxito e será representativa aos potenciais públicos de avaliação, por se tratar de uma fase realizada com muito critério. Assim, a oficina para definição dos procedimentos de avaliação revelou o interesse dos profissionais e residentes em saúde da família da USF de estudo em identificar as contribuições da implantação do projeto local para o enfrentamento à obesidade dentro o território de atuação, analisar se os atores envolvidos estão implicados e se a estrutura planejada está sendo garantida para o desenvolvimento dos processos.

Estas perguntas avaliativas assemelham-se aos Estudos de Avaliabilidade (EA) realizados por Natal et al (2010), ao analisarem a rede de formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde; Silva et al. (2017), o qual avaliou o Programa Academia da Saúde de Recife; e, Padilha, Oliveira e Figueiró (2015), ao avaliarem o Programa Academia Carioca de Saúde no Território de Biomanguihos.

Outro aspecto analisado, é que a maioria dos EA realizados no Brasil nos últimos anos, não formularam as perguntas avaliativas. Isso pode ser explicado, segundo Souza, Guimarães e Silva (2017), pelo fato que grande parte destes estudos não seguem todos os passos recomendados para apreciar a avaliabilidade de uma política ou programa de saúde. Observou-se que a minoria dos EA realizados recentemente no Brasil, formularam as perguntas para avaliações futuras com os interessados (Natal, et al., 2010; Silva, et al., 2017; Silva, et al., 2018a; Padilha, Oliveira & Figueiró, 2015; Rocha & Uchoa, 2013). Outros EA, apesar de não formularem as perguntas avaliativas em oficinas com os interessados, apontaram áreas prioritárias para avaliações futuras, sendo análise da implantação, a escolhida pelos estudos, corroborando com esta pesquisa (Padilha, Oliveira & Figueiró, 2015; Nascimento, et al., 2014).

Com o desenvolvimento do EA, foram levantados alguns aspectos importantes para intervenções de enfrentamento da obesidade no município. Permitirá, ainda, ser instrumento para monitoramento e avaliação da intervenção; bem como, identificar se os resultados do PST-EO estão sendo efetivos, eficazes e eficientes para a população-alvo.

## CONCLUSÃO

O estudo de avaliabilidade do Projeto de Saúde no Território para Enfrentamento da Obesidade mostrou ser uma intervenção avaliável, na medida em que foi possível ampliar o conhecimento acerca do programa, pactuando as necessidades e estratégias para uma pesquisa avaliativa e apontando a viabilidade metodológica e operacional para o desenvolvimento da atividade.

A importância da modelização do programa consistiu no seu potencial para que, tanto os profissionais da ESF quanto a gestão municipal de saúde, compartilhassem um entendimento comum a respeito do problema a ser enfrentado em seu contexto, dos objetivos, operacionalização e resultados esperados, além dos processos necessários para alcançá-los. Com isso espera-se maior facilidade para um acompanhamento mais apropriado e legítimo da intervenção proposta.

O uso da metodologia para discussão e modelização teórica e operacional da intervenção, bem como do interesse e possibilidades

de avaliação, contribuiu para um processo participativo envolvendo os interessados a cada etapa do processo.

A modelagem deste projeto, servirá de subsídio para estudos posteriores a apreciarem o grau de implantação dos seus componentes, seja para verificar a operacionalização dos seus processos, seja para mensurar o alcance dos resultados pretendidos.

Por fim, considerou-se que o estudo de avaliabilidade do PST-EO permitiu analisar a direção das ações realizadas, a partir da teoria da mudança elaborada, com potencial para subsidiar a decisão dos profissionais de saúde em relação a intervenção e a gestão municipal ao apoio institucional; além de contribuir para melhorar o desenvolvimento da intervenção demonstrada, refletir sobre os interesses, limites e possibilidades da avaliação.

## REFERÊNCIAS

BARATIERI, Tatiane et al. Aplicação do Estudo de Avaliabilidade na área da saúde: uma revisão integrativa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 120, p. 240-245, jan./mar. 2019.

BEVILAQUA, Cheila Aparecida; PELLOSO, Sandra Marisa; MARCON, Sonia Silva. Estágio de mudança de comportamento em mulheres de um programa multiprofissional de tratamento da obesidade. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 24 (DOI: 10.1590/1518-8345.0549.2809), 2016.

BEZERRA, Luciana Caroline Albuquerque, CAZARIN, Gisele, ALVES, Cíntia Kalyne de Almeida. Modelagem de Programas: Da Teoria à Operacionalização. In: SAMICO, Isabela; FELISBERT, Eronildo; FIGUEIRÓ, Ana Cláudia; FRIAS, Paulo Germano de. (Orgs). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Editora MedBook, 2010. p. 65-78.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 424, de 19 de março de 2013. **Redefine as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde. 2014a.

Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional - CAISAN. **Estratégia Intersetorial de Prevenção e Controle da Obesidade: orientando sobre modos de vida e alimentação**

**adequada e saudável para a população brasileira**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. 2014b.

Brasil. Ministério da Saúde. **Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde**. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2014c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde. 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2021: **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde. 2022.

CAMPOS, Dalvan Antonio de, CEMBRANEL, Francieli, ZONTA, Ronaldo. **Abordagem do sobrepeso e obesidade na Atenção Primária à Saúde**. 1. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2019.

CAVALCANTI, Ana Maria, OLIVEIRA, Ângela Cristina Lucas de. **Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde**. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012.

CAZARIN, Gisele, MENDES, Marina Ferreira de Medeiros, ALBUQUERQUE, Kátia Medeiros. **Perguntas Avaliativas**. In: SAMICO, Isabela; FELISBERT, Eronildo; FIGUEIRÓ, Ana Cláudia; FRIAS, Paulo Germano de. (Orgs). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Editora MedBook, 2010. p. 79-87.

CAZARIN, Gisele. **Avaliação da contribuição e da sustentabilidade do Programa Academia da Cidade no município do Recife, Pernambuco, Brasil**. Tese de Doutorado. Universidade Nova de Lisboa. 197p. 2019.

CRONBACH, Lee Joseph. **Designing Evaluations of Educacional and Social Programs**. San Francisco: Jossey-Bass, 1982.

DIAS, Maria Socorro de Araújo et al. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.1, p. 103-114, jan. 2018.

FIGUEIREDO, Amanda Tayná Tavares et al. Percepções e práticas profissionais no cuidado da obesidade na estratégia saúde da família. **Revista de Atenção à Saúde**, São Paulo, v. 18, n. 64, p. 85-100, abr./jun. 2020.

HSIEH, Hsiu-Fang; SHANNON, Sarah E. Three approaches to qualitative content analysis. **Qualitative Health Research**, v. 15, n. 9, p. 1277-1288, nov. 2005.

MAYNE, John. Addressing Attribution through contribution analysis: using performance measures sensibly. **Canadian Journal of Program Evaluation**, Canadá, v. 16, n.1, p. 1-124, jan. 2001.

MEDEIROS, Pollyana Fausta Pimentel et al. Um estudo sobre a avaliabilidade do Programa + Vida: política de redução de danos em álcool, fumo e outras drogas do município de Recife, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, n. 1, p. 5209-5217, nov. 2010.

MEDINA, Maria Guadalupe et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo, SILVA, Ligia Maria Vieira da. (Eds). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador: EDUFBA, 2005. p. 41-64.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. 1 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, Anselmo Alexandre et al. Programas de tratamento multiprofissional da obesidade no Brasil: uma revisão sistemática.

**Revista de Nutrição**, Campinas, v. 29, n. 6, p. 867-884, nov./dez. 2016.

NATAL, Sonia et al. Estudo de avaliabilidade da rede de formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 560-571, out./dez. 2010.

NASCIMENTO, Luanda Vasconcelos do et al. Estudo de Avaliabilidade da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no Município de Sobral, Ceará. **Revista Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 38, n. 1, p. 95-114, jan./mar. 2014

OLIVEIRA, Sydia Rosana de Araujo, POTVIN, Louise, MEDINA, Maria Guadalupe. Sustentabilidade de intervenções em promoção da saúde: uma sistematização do conhecimento produzido. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 107, p. 1149-1161, out./dez. 2015.

PADILHA, Monique Alves, OLIVEIRA, Cátia Martins de, FIGUEIRÓ, Ana Cláudia. Estudo de avaliabilidade do Programa Academia Carioca da Saúde: desafios para a promoção da saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 375-386, abr./jun. 2015.

POETA, Lisiane Schilling et al. Interdisciplinary intervention in obese children and impact on health and quality of life. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 89, n. 5, p. 499-504, set./out. 2013.

Prefeitura Municipal de Palmas. **Plano Municipal de Prevenção e Controle da Obesidade**. Tocantins: Secretária de Saúde. 2015.

QUESADA, Alexis Osmani Medina. **Projeto de intervenção: obesidade em adultos atendidos em uma Unidade de Saúde do município de Olho D'água das Flores**. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal de Minas Gerais. 30p. 2015.

RABELO, Raquel Pereira Cota et al. Implantação de um Programa Interdisciplinar para o controle da obesidade infantil na Secretaria de Saúde do Distrito Federal/DF. **Comunicação em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 29, n.1, p. 65-69, ago. 2018

ROCHA, Bianca Nunes Guedes do Amaral, UCHOA, Severina, Aline da Costa. Avaliação da atenção humanizada ao abortamento: um estudo de avaliabilidade. **Revista Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 109-127. 2013.

SCHMIDT, Maria Inês et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, Reino Unido, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, jun. 2011.

SILVA, Delton Manoel dos Santos et al. Projeto Cintura Fina: prevenção e controle da obesidade e demais doenças crônicas não transmissíveis. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, Rio Grande do Sul, v. 19, n. 6, p. 785-790, nov. 2014.

SILVA, Rafaela Niels da et al. Avaliabilidade do Programa Academia da Saúde no Município do Recife, Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 4, p. 1-16. 2017.

SILVA, Brener Santos et al. Estudo de avaliabilidade do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n.1, p. 660-669. 2018a.

SILVA, Sabrina Bezerra da et al. Características de mulheres obesas assistidas pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 26, n. e22565, p. 1-5. 2018b.

SOUZA, Thiago Ferreira de et al. Efeitos de uma intervenção sobre a obesidade geral e abdominal em escolares: Projeto Saúde na Boa. **Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano**, Santa Catarina, v. 16, n.1, p. 46-54. 2014.

SOUZA, Eduardo Carvalho, GUIMARÃES, José Maria Ximenes, SILVA, Maria Rocineide Ferreira da. Estudos de Avaliabilidade de Políticas e Programas de Saúde no Brasil: Revisão Integrativa. **Sanare – Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 16, n. 2, p. 85-92, jul./dez. 2017.

SOUZA, Thís Titon de, CALVO Maria Cristina Marino. Avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família com foco na integração às equipes apoiadas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, n. 41, p. 1-11, abr. 2018.

THURSTON, Wilfreda Enid, RAMALIU, Anila. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. **The Canadian Journal of Program Evaluation**, Canadá, v. 20, n. 2, p. 1-25. 2005.

VILELA, Maria Beatriz Devoti. **Projeto Saúde no Território: ferramenta de integração ensino-serviço-comunidade no curso de medicina**. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Uberlândia. 56p. 2019.

VITORINO, Santuzza Arreguy Silva, CRUZ, Marly Marques da, BARROS, Denise Cavalcante de. Validação do modelo lógico teórico da vigilância alimentar e nutricional na atenção primária em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, p. 1-23. 2017.

World Health Organization. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, Switzerland: WHO, 2000.



## ✓ Avaliação de políticas públicas de saúde no Brasil: panorama e perspectivas

**Leonor Maria Pacheco Santos**

Universidade de Brasília - Faculdade de Ciências da Saúde - Departamento de Saúde Coletiva

**Sindy Maciel Silva**

Fundação Oswaldo Cruz - Escola de Governo Fiocruz Brasília

**Antonia Angulo-Tuesta**

Universidade de Brasília - Faculdade de Ceilândia

**Sandra Maria Chaves dos Santos**

Universidade Federal da Bahia - Escola de Nutrição

**Resumo:** O estudo descreve um panorama sobre a avaliação das Políticas Públicas de Saúde a partir de análise documental de portarias ministeriais e de revisão de escopo recente. Das 47 Políticas vigentes 15 (32%) foram submetidas a avaliações científicas entre 2009 e 2021; algumas foram estudadas diversas vezes (oito, no caso da Política Nacional de Atenção Básica). Em 44% das avaliações, a tipologia foi 'estudo de implementação' (avaliações *ex-post* de percurso), sendo escassos os estudos de avaliação de impacto (um), ou os realizados *ex-ante* (dois). Enquanto perspectivas para o campo da avaliação, discutiu-se a construção de uma episteme decolonial, como sugerido por alguns autores, incluindo abordagens dos direitos humanos e da interseccionalidade de gênero e raça. Importa enfrentar o desafio de abordar o racismo estrutural e outras formas de opressão e exclusão, adotando metodologias avaliativas que incluam mais envolvimento e escuta qualificada daqueles que vivem a opressão.

**Descritores:** Política de saúde/ Avaliação em Saúde/ Colonialismo/ Racismo/ Brasil

**Financiamento:** Esta pesquisa foi desenvolvida com recursos próprios.

**Conflito de interesse:** Não há conflito de interesse a declarar por parte das autoras.

**Pós-graduação:** Parte dos dados integra a Dissertação de Mestrado de Sindy Maciel Silva, apresentada à Fundação Oswaldo Cruz - Escola de Governo Fiocruz Brasília, em fevereiro de 2023.

### EN Evaluation of public health policies in Brazil: overview and perspectives

**Abstract:** The study describes an overview of the evaluation of Public Health Policies based on a documental analysis of ministerial ordinances and a recent scope review. Of the 47 ongoing policies, 15 (32%) were submitted to scientific evaluations between 2009 and 2021; some from them were studied several times (eight, in the case of the National Primary Care Policy). In 44% of the evaluations, the typology was 'implementation study' (ongoing *ex-post* evaluations), with scarce impact evaluation studies (one), or *ex-ante* studies (two). As far as perspectives for the field of evaluation, the construction of a decolonial episteme was discussed, as suggested by some authors, including approaches to human rights and intersectionality of gender and race. It is important to face the challenge of addressing structural racism and other forms of oppression and exclusion, adopting evaluation methodologies that include more involvement and qualified listening to those who experience oppression.

**Key-words:** Health Policy/ Health Evaluation/ Colonialism/ Racism/ Brazil

### ES Evaluación de las políticas públicas de salud en Brasil: panorama y perspectivas

**Resumen:** El estudio describe un panorama de la evaluación de las Políticas Públicas de Salud, a partir de análisis documental de las ordenanzas ministeriales y una reciente revisión de alcance. De las 47 políticas vigentes, 15 (32%) fueron evaluadas entre 2009 y 2021; algunas de ellas varias veces (ocho, en el caso de la Política Nacional de Atención Primaria). En 44% de las evaluaciones, la tipología fue 'estudio de implementación' (evaluaciones *ex-post*), con escasos estudios de evaluación de impacto (uno), o estudios *ex-ante* (dos). Como perspectivas para el campo de la evaluación, se discutió la construcción de una episteme decolonial, como sugieren algunos autores, incluyendo los enfoques de derechos humanos y la interseccionalidad de género y raza. Es importante enfrentar el desafío de abordar el racismo estructural y otras formas de opresión y exclusión, adoptando metodologías evaluativas que incluyan mayor participación y escucha calificada de quienes experimentan la opresión.

**Palabras-clave:** Política de Salud/ Evaluación en Salud/ Colonialismo/ Racismo/ Brasil.

### FR Évaluation des politiques de santé publique au Brésil: aperçu et perspectives

**Résumé:** L'étude dresse un état des lieux de l'évaluation des politiques de santé publique, sur la base d'une analyse documentaire des ordonnances ministérielles et d'une revue de périmètre récente. Sur les 47 politiques en vigueur, 15 (32%) ont fait l'objet d'évaluations scientifiques entre 2009 et 2021; certaines ont été étudiées plusieurs fois (huit, dans le cas de la Politique nationale de soins primaires). Dans 44% des évaluations, la typologie était une 'étude de mise en œuvre' (évaluations de cours *ex-post*), avec peu d'études d'évaluation d'impact (une) ou d'études *ex-ante* (deux). Comme perspectives pour le champ de l'évaluation, la construction d'une épistémè décoloniale a été discutée, comme suggéré par certains auteurs, incluant les approches des droits de l'homme et l'intersectionnalité du genre et de la race. Il est important de relever le défi de lutter contre le racisme structurel et d'autres formes d'oppression et d'exclusion, en adoptant des méthodologies d'évaluation qui incluent une plus grande implication et une écoute qualifiée de ceux qui subissent l'oppression.

**Mots-clés:** Politique de Santé/ Évaluation de la Santé/ Colonialisme/ Racisme/ Brésil

## Introdução

A política pública conceitua-se de várias perspectivas que dizem respeito à atividade do governo à luz das grandes questões públicas; ao conjunto de ações de governos para produzir efeitos específicos, ou ainda à soma das atividades dos governos, que influenciam a vida dos cidadãos a partir da atuação nas realidades econômica, social e ambiental, segundo a clássica sistematização realizada por Celina Souza (Souza, 2003).

Portanto, a política pública revela o elo entre a teoria e a ação do Estado, no sentido da resolução de problemas da sociedade. Compreende atividades que são interdependentes umas das outras, como o reconhecimento do problema, a formação e formulação, o processo decisório, a implementação, o monitoramento e a avaliação da política (Souza, 2003; Viana & Batista, 2012).

A avaliação de políticas e programas envolve diversos aspectos, como verificar se o desenho do programa está adequado à sua finalidade e aos objetivos pretendidos, se os serviços e ações prestados estão de acordo com as metas definidas no planejamento e com os efeitos (resultados e/ou impactos) mensuráveis, e se os benefícios da política são válidos para compensar os seus custos (Brousselle et al., 2016; Vieira-da-Silva, 2008). Nesse sentido, a avaliação além de uma atividade essencial para o desenvolvimento da política pública, é imprescindível ao planejamento estatal, pela sua capacidade de melhorar a qualidade da tomada de decisão (Tanaka & Tamaki, 2012).

O termo avaliação apresenta diferentes definições e significados que são influenciados pelo campo ou âmbito ao qual está inserido (Vieira-da-Silva et al, 2008). Serra (2004) aponta que, em todas as definições observa-se um ponto em comum: avaliar significa formular um juízo de valor sobre o que está sendo avaliado. No que diz respeito à avaliação de serviços e programas sociais, o autor assinala que a avaliação visa estabelecer juízos de valor através da obtenção de informações expressivas sobre o planejamento, o desenvolvimento e os resultados de determinado programa, e a partir de tais informações, direcionar a tomada de decisões para os ajustes necessários.

Segundo os documentos oficiais da Casa Civil da Presidência República e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Ipea: “Avaliação de Políticas Públicas: Guia Prático de Análise Ex Ante” e

“Avaliação de Políticas Públicas: Guia Prático de Análise Ex Post” de 2018 (Brasil, 2018a, b), a avaliação de políticas públicas constitui-se um processo sistemático, pois baseia-se em procedimentos e indicadores. Segundo Rua (2012), a avaliação permite também examinar a aplicabilidade dos recursos públicos e identificar pontos que necessitam ser aprimorados.

Desde 2005, o Ministério da Saúde (Brasil, 2005), estabelece que o primeiro propósito ao se avaliar é identificar fatores que dificultam ou precarizam determinado serviço ou programa de saúde. A partir disso, os resultados podem ser utilizados para subsidiar a tomada de decisões, como por exemplo, a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, a incorporação de novas práticas na rotina de trabalho e até mesmo ajustes em políticas e programas de saúde.

Ao longo da história, especialmente nas últimas décadas, foram criados diferentes modelos e tipologias de avaliação (Ramos; Schabbach, 2012). Na década de 2000 a 2010, destaca-se o crescimento dos estudos sobre esse tema, que se revela na criação de disciplinas de políticas públicas em programas de pós-graduação, na defesa de dissertações e teses e na existência de linhas de financiamento de pesquisa pelo Ministério da Saúde e agências de fomento nacionais e estaduais.

O crescimento de interesse sobre avaliação neste período dialogava com as mudanças no processo de formulação e implementação de programas governamentais, a partir da descentralização da gestão pública, de programas de reforma do Estado e de iniciativas de inclusão da participação social na implementação das políticas públicas. O debate girava em torno da institucionalização da avaliação (Nogueira; Cavalcante, 2009) da apropriação dos diferentes métodos de avaliação e da globalização da profissão de avaliador (Crompton et al., 2016).

Novas perspectivas da avaliação de políticas públicas, que despontaram mais recentemente, serão abordadas ao final do manuscrito. Discutem-se as tendências de construção de uma episteme decolonial para a avaliação, que converge com a abordagem dos direitos humanos e da interseccionalidade de gênero e raça (Souza Santos, 2007; Boulhosa, 2020, Lima & Gussi, 2021; Ribeiro & Gasparini 2021).

Devido ao reconhecimento do aprimoramento da gestão pública e da utilização de recursos de forma eficiente e equitativa na implementação de políticas e programas de saúde torna-se

necessário conhecer se essas políticas vêm sendo avaliadas e as abordagens metodológicas usadas. Esse artigo busca identificar quais Políticas Públicas de Saúde brasileiras vigentes foram avaliadas até o ano de 2022, os tipos de avaliação realizados, além de discutir fatores que possivelmente justificam porque certas políticas foram, ou não, avaliadas.

## Metodologia

Trata-se de estudo baseado em análise documental sobre a avaliação das políticas públicas de saúde vigentes no Brasil. As fontes de dados utilizadas foram: (a) *Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde Nº 2 e seus anexos*, que consolidou as normas sobre as Políticas Nacionais de Saúde do Brasil (Brasil, 2017) para o levantamento das políticas de saúde vigentes; (b) *Sistema Saúde Legis*, como fonte de informações sobre a criação e/ou alteração de políticas de 2017 a 2022 (Brasil, 2023); e (c) Os resultados da dissertação de mestrado: *Avaliação de políticas e programas nacionais de saúde do Brasil: uma revisão de escopo* (Silva, 2023), para o levantamento das políticas que foram avaliadas e os tipos de metodologias utilizadas.

No Brasil, em conformidade com o art. 59 da Constituição Federal, a Lei Complementar n. 95 de 26 de fevereiro de 1998, determina que os Poderes Executivo e Legislativo realizem o levantamento da legislação federal em vigor e a formulem como projetos de lei de consolidação de normas que tratem da mesma matéria ou de assuntos a ela vinculados (Brasil, 1998).

Em 2017, o Ministério da Saúde realizou o esforço de reestruturação da sua normatização jurídica, que resultou na publicação de seis Portarias de Consolidação. Estas podem ser definidas como portarias normativas resultantes da integração de portarias vigentes sobre determinada matéria, com a revogação formal das normas incorporadas à consolidação, mas sem modificar o alcance nem interromper a força normativa dos dispositivos consolidados (Brasil, 2017).

As Portarias de Consolidação representam marco importante na normatização do SUS e organizam-se da seguinte forma: a Portaria MS/GM Nº 01/2017 consolida as normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde e a organização e o funcionamento do Sistema Único

de Saúde (SUS); a Nº 02/2017 consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS (Brasil, 2017); a Nº 03/2017 consolida as normas sobre as redes do SUS; a Nº 04/2017 consolida as normas sobre os sistemas e os subsistemas do SUS; a Nº 05/2017 consolida as normas sobre as ações e os serviços de saúde do SUS e a Portaria MS/GM Nº 06/2017 consolida as normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do SUS.

No sistema Saúde Legis foi realizada a busca com a palavra-chave “Política” entre 2017 e 2022. Essa busca permitiu verificar a criação e/ou alteração das políticas de saúde, por meio de Portarias oriundas do Gabinete do Ministro (GM), porventura aprovadas após a publicação da Portaria MS/GM Nº 02/2017.

A referida dissertação foi desenvolvida de acordo com a metodologia do *Joanna Briggs Institute* e relatada conforme as recomendações PRISMA-ScR. As buscas foram conduzidas nas bases: MEDLINE, EMBASE, Web of Science, Scopus, 3ie, LILACS, SciELO e, para a literatura cinzenta, o Google Scholar. Incluíram-se estudos que avaliaram políticas e/ou programas nacionais de saúde no Brasil e inicialmente não foram adotados limites de data ou idioma. A busca, realizada em junho de 2022, identificou 9.245 registros nas bases de dados. Para este estudo, foram incluídos os estudos de avaliação de políticas e foram excluídas as avaliações de programas. Após os processos de exclusão e de seleção 136 publicações foram selecionadas e categorizadas conforme as abordagens avaliativas (Silva, 2023).

O estudo dispensa submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, por utilizar dados secundários de acesso público, conforme Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados e Discussão

A Portaria MS/GM de Consolidação Nº 2 identificou 47 Políticas Públicas de Saúde vigentes no SUS em 2017 e organizou-as em sete categorias. Na busca ao Saúde Legis notou-se que no período de 2017 a 2022 algumas políticas sofreram alterações, mas nenhuma nova política foi criada (Quadro 1). Ao contrário, ambas as fontes registraram a revogação de duas Portarias (Nº 2.073 de 28/09/04 e Nº 3.410 de 30/12/13), sendo que os serviços prestados previstos: Saúde

Auditiva e Reestruturação de Hospitais de Ensino e Filantrópicos, respectivamente, foram inseridos em outras políticas já existentes.

O Quadro 1 apresenta o universo das Políticas Públicas de Saúde (objeto desse estudo), o ano de criação, da última alteração e a situação de avaliação de cada uma, com base nas publicações identificadas pela revisão de escopo supracitada. Observa-se que apenas 15 das 47 Políticas Públicas de Saúde foram submetidas aos rigores de alguma avaliação científica.

No total foram identificados 33 estudos avaliativos, sendo que sete políticas foram contempladas por mais de um estudo de avaliação. A saber: Política Nacional de Atenção Básica (avaliada oito vezes); a Política Nacional de Saúde Bucal (quatro vezes), as Políticas Nacional de Promoção da Saúde, de Saúde Mental e de Humanização (três vezes cada) e a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (que atualmente está incluída na Pessoa com Deficiência) e a de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (duas vezes cada). As oito restantes foram avaliadas uma só vez (Quadro 1).

Dentro da categoria “Políticas gerais de promoção, proteção e recuperação da saúde” não foi identificada nenhuma avaliação da “Política Nacional de Vigilância em Saúde” como um todo. No entanto, 13 dos programas que compõem o “Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica de doenças transmissíveis e de agravos e doenças não transmissíveis” foram avaliados (Silva, 2023). Apesar de fugir ao escopo desse estudo, cumpre citar, como exemplos de Programas de Vigilância em Saúde avaliados o Programa Nacional de Imunização; Programa Nacional de Triagem Neonatal de Hemoglobinopatias; Programa Vida no Trânsito; Programa Academia da Saúde; Programa Nacional de Controle da Hanseníase; da Dengue; da Tuberculose; da Raiva; da Doença de Chagas; da Esquistossomose; do Câncer de Colo Uterino e de Mama - Programa Viva Mulher; Programa Nacional de DST/aids e Programa de Tratamento do Tabagismo como exemplos de Programas de Vigilância em Saúde avaliados entre 1990 e 2023 (Silva, 2023).

Chamam atenção duas categorias de políticas muito relevantes pelos altos custos que representam ao SUS e porque produzem sérios impactos sociais e de saúde, seja em nível individual, familiar e comunitários, nas quais nenhuma das políticas foi avaliada. Tratam-se das categorias “Controle de doenças e enfrentamento de agravos de saúde” (que inclui políticas de prevenção de acidentes, violência e do câncer) e a categoria “Atenção a Agravos Específicos”, que diz

respeito a dez políticas de atenção especializada e de alta complexidade (Transtornos do Espectro do Autismo. Reprodução assistida, Cardiologia de Alta Complexidade, Doenças Neurológicas, Renais, Oftalmológicas, Traumatologia-Ortopedia, hemoglobinopatias, doença genéticas e raras). Essa situação significa a ausência de avaliações de 12 políticas que, pelos custos envolvidos e potencial de vidas salvas, justificam os estudos mais sofisticados, como avaliação de impacto, de custo efetividade, custo eficiência e até de custo-benefício.

### Quadro 1. Descrição das Políticas Nacionais de Saúde vigentes, datas de criação, alteração e situação referente à avaliação, Brasil 2022

Políticas Gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde	Data de criação	Última alteração	Citação Portaria N°2	N° da avaliação / Tipologia da avaliação / Ano de realização
1. Política Nacional de Promoção da Saúde	2006	2014	Anexo I	1° / Implantação / 2014 2° / Estratégia / 2016 3° / Avaliação / 2018
2. Política Nacional de Vigilância em Saúde	2018	-	Cap.I, Seção I, Art.2, Inc.II	-
3. Política Nacional de Sangue, Componentes e Hemoderivados	2001	-	Cap.I, Seção I, Art.2, Inc.III	-
4. Política Nacional de Saúde Mental	2001	2010	Anexo II	1° / Implantação / 2009 2° / Resultado / 2012 3° / Implantação / 2014
5. Política Nacional de Alimentação e Nutrição	1972	2011	Anexo III	1° / Implantação / 2021
6. Política Nacional de Humanização	2003	2004	Referência no Anexo III	1° / Resultado / 2010 2° / Eficácia / 2011 3° / Implantação / 2015
7. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos	2006	2010	Anexo IV	1° / Impacto / 2018
8. Política Nacional de Educação Popular em Saúde	2013	2017	Anexo V	-
Políticas de controle de doenças e enfrentamento de agravos de saúde	Data de criação	Última alteração	Citação Portaria N°2	N° da avaliação / tipologia da avaliação / ano de realização
9. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e violência	2001	-	Anexo VII	-
10. Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer	2013	-	Anexo IX	-
Políticas Voltadas à Saúde de Segmentos Populacionais	Data de criação	Última alteração	Citação Portaria N°2	N° da avaliação / Tipologia da avaliação / Ano de realização
11. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança	2015	-	Anexo X	-
12. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	2006	-	Anexo XI	-
13. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres	2004	-	Cap.I, Seção III, Art.4, Inc.IV	-
14. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem	2009	2021	Anexo XII	1° / Resultado / 2012
15. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência	2002	-	Anexo XIII	-
15a. Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (Portaria revogada; inserida na Política Nac. Pessoa com Deficiência).				
Portaria N a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.	2004	2012	Anexo XIII	1° / Cobertura / 2014 2° / Implantação / 2019
Política Nac. Pessoa com Deficiência)				
16. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas	2002	-	Anexo XIV	-
17. Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora	2012	-	Anexo XV	-
18. Política Nacional para a População em Situação de Rua	2009	2014	Anexo XVI	-
19. Política Nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória	2014	-	Anexo XVII	1° / Implantação / 2018
20. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no sistema prisional	2014	2017	Anexo XVIII	-
Políticas de Promoção da Equidade em Saúde	Data de criação	Última alteração	Citação Portaria N°2	N° da avaliação / Tipologia da avaliação / Ano de realização
21. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra	2009	-	Anexo XIX	-
22. Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas	2011	2014	Anexo XX	-
23. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais	2011	-	Anexo XXI	1° / Implantação / 2020 2° / Implantação / 2020
24. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/ Romani	2018	-	Anexo XXI-A	-

Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde	Data de criação	Última alteração	Citação Portaria N°2	N° da avaliação / Tipologia da avaliação / Ano de realização
25. Política Nacional de Atenção Básica	2011	2017	Anexo XXII	1° / Estrutura-Processo / 2013 2° / Qualidade / 2017 3° / Estratégia / 2017 4° / Qualidade / 2017 5° / Qualidade / 2018 6° / Qualidade / 2018 7° / Qualidade / 2018 8° / Qualidade / 2021
26. Política Nacional de Saúde Bucal	2004	2019	Cap.II, Seção I, Art.6, Inc.II	1° / Estrutura / 2014 2° / Implantação / 2015 3° / Resultado / 2018 4° / Implantação / 2021
27. Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte	2004	-	Anexo XXIII	-
28. Política Nacional de Atenção Hospitalar no âmbito do SUS	2013	-	Anexo XXIV	-
28a Política de Reestruturação de Hospitais de Ensino e Filantrópicos (Portaria revogada; tema inserido na Política Nacional de Atenção Hospitalar)	2003	2013	Anexo XXIV	1° / Implantação / 2012
29. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares	2006	2018	Anexo XXV	1° / Implantação / 2020
30. Política Nacional de Regulação do SUS	2008	-	Anexo XXVI	1° / Avaliação / 2019
31. Política Nacional de Medicamentos	1998	2022	Anexo XXVII	-
32. Política Nacional de Assistência Farmacêutica	2004	-	Anexo XXVIII	-
Políticas de Atenção a Agravos Específicos	Data de criação	Última alteração	Citação Portaria N°2	N° da avaliação / Tipologia da avaliação / Ano de realização
33. Política de Atenção à Saúde das Pessoas com TEA - Transtornos do Espectro do Autismo, no âmbito da Política Nacional de Proteção dos Direitos da pessoa com TEA	2013	-	Anexo XXIX	-
34. Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida	2005	-	Anexo XXX	-
35. Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade	2004	2011	Anexo XXXI	-
36. Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Neurológica	2005	-	Anexo XXXII	-
37. Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal	2004	-	Anexo XXXIII	-
38. Política Nacional de Atenção de Alta Complexidade em Traumatologia-Ortopedia	2005	-	Anexo XXXIV	-
39. Política Nacional de Atenção em Oftalmologia	2008	-	Anexo XXXV	-
40. Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras hemoglobinopatias	2005	-	Anexo XXXVI	-
41. Política Nacional de Atenção Integral em Genética Clínica	2009	-	Anexo XXXVII	-
42. Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras	2014	2014	Anexo XXXVIII	-
Políticas de Organização do Sistema Único de Saúde	Data de criação	Última alteração	Citação Portaria N°2	N° da avaliação / Tipologia da avaliação / Ano de realização
43. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa	2007	-	Anexo XXXIX	-
44. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	2004	-	Anexo XL	-
45. Política Nacional Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde	2004	2007	Cap.III, Art.8, Inc.III	1° / Implantação / 2017
46. Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde	2009	-	Anexo XLI	-
47. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde	2015	2021	Anexo XLII	-

Fontes: Elaboração própria baseada em: (a) Portaria MS/GM N°2, 2017. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html#CAPISECI](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#CAPISECI)> Acesso em 18/03/2023; (b) Saúde Legis. Disponível em: <<http://saudelegis.saude.gov.br/saudelegis/secure/norma/listPublic.xhtml>> Acesso em 18/03/2023; (c) Silva, SM. Avaliação de Políticas e Programas Nacionais de Saúde do Brasil: uma revisão de escopo, 2023. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/57695>> Acesso em 18/03/2023.

A Tabela 1 apresenta a proporção das Políticas Nacionais de Saúde definidas na Portaria de Consolidação N° 2 de 2017 e que foram avaliadas, segundo a categoria da política. Destaca-se que a maior proporção de avaliações focalizou nas “Políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde” e “Políticas Gerais de organização da atenção à saúde”, cada uma com 62,5% das políticas avaliadas. Nenhuma das duas “Políticas de controle de doenças e enfrentamento de agravos de saúde” e nem das dez “Políticas de Atenção a Agravos Específicos” tem registro de algum estudo de avaliativo.

**Tabela 1 – Proporção das Políticas Nacionais de Saúde definidas na Portaria de Consolidação N° 2 de 2017 e que foram avaliadas, segundo categoria da política. Brasil, 1990-2022**

Categoria da Política Pública de Saúde	Número total de políticas	Número de políticas avaliadas	Proporção avaliada %
Políticas gerais de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde	8	5	62,5
Políticas de controle de doenças e enfrentamento de agravos de saúde	2	0	0
Políticas voltadas à saúde de segmentos populacionais	10	3	30,0
Políticas de Promoção da Equidade em Saúde	4	1	25,0
Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde	8	5	62,5
Políticas de Atenção a Agravos Específicos	10	0	0
Políticas de organização do Sistema Único de Saúde	5	1	20,0
Total de Políticas Públicas de Saúde vigentes	47	15	31,9

A Tabela 2 organiza a apresentação dos estudos avaliativos realizados sobre as Políticas Nacionais de Saúde segundo a Tipologia. A mais frequente consistiu em estudos de implantação (41%), ou seja, avaliações *ex-post* de percurso, estratégicas, realizadas no decorrer da implementação da Política. Foram escassos os estudos realizados *ex-ante*, com a exceção de dois estudos de avaliabilidade. Do mesmo modo houve apenas um relato de Avaliação de Impacto. Cabe ressaltar que não foi realizada uma análise da qualidade técnica de cada um dos estudos.

Fontes: Elaboração própria baseada em: (a) Portaria MS/GM N°2, 2017. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html#CAPISECI](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#CAPISECI)> Acesso em 18/03/2023;\_

(b) Saúde Legis. Disponível em: <<http://saudelegis.saude.gov.br/saudelegis/secure/norma/listPublic.xhtml>> Acesso em 18/03/2023; (c) Silva, SM. Avaliação de Políticas e Programas Nacionais de Saúde do Brasil: uma revisão de escopo, 2023. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/57695>> Acesso em 18/03/2023.

**Tabela 2 – Tipologia dos estudos avaliativos realizados sobre as Políticas Nacionais de Saúde definidas na Portaria de Consolidação nº2 de 2017. Brasil, 1990- 2022**

Tipologia do estudo avaliativo	Número de estudos por tipologia	Proporção de estudos por tipologia (%)
Estudo de implantação	14	41
Avaliação da qualidade	6	18
Avaliação de resultados	4	12
Estudo sobre a estratégia	2	6
Estudo sobre avaliabilidade	2	6
Avaliação de eficácia	1	3
Avaliação de estrutura-processo	1	3
Avaliação de estrutura	1	3
Avaliação de cobertura	1	3
Avaliação de impacto	1	3
Total de estudos avaliativos	33	100

Fonte: Elaboração própria baseado em: [Silva, S.M. Avaliação de Políticas e Programas Nacionais de Saúde do Brasil: uma revisão de escopo. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/57695>>](#) Acesso em 18/03/2023

Quanto ao ano de realização das 33 avaliações, o Quadro 1 mostrou que 2009 marcou o primeiro dos estudos, que foi dedicado à Política Nacional de Saúde Mental. Em seguida as avaliações se sucederam anualmente, com a produção de um a três estudos por ano, até 2016. Em 2017 foram quatro estudos e em 2018 atingiu-se o pico de sete pesquisas avaliativas, declinando para dois e três estudos anuais em 2019, 2020 e 2021.

Os resultados demonstram que as avaliações das políticas foram realizadas independente dos anos de criação das mesmas e se concentraram na década de 2000, o que sugere um movimento junto com a consolidação do campo acadêmico de avaliação de políticas, iniciado na década de 1990, no país (Arretche 2003, Nogueira 2009; Crumpton, 2016).

Entretanto essa consolidação não se viu refletida na avaliação de políticas de saúde na década de 2010, o que pode indicar, por um

lado, que os processos de institucionalização de monitoramento e avaliação nos órgãos públicos, em especial no Ministério de Saúde, enfrentam dificuldades seja de caráter técnico (reconhecimento da importância dos benefícios da avaliação, custos da avaliação, formação de recursos humanos) como político (interesse pela transparência na gestão pública para demonstrar avanços ou retrocessos na implementação de políticas). Por outro lado, remete também aos desafios metodológicos de avaliação de políticas e ao aprimoramento dos sistemas de informação a fim de subsidiar a construção de indicadores de desempenho do sistema de saúde.

Nesse sentido, o fato de se observar maior ocorrência de estudos de implantação pode indicar melhores competências técnicas nesse tipo de avaliação. Esse achado aponta a necessidade de se fortalecer as políticas de monitoramento e avaliação de órgãos públicos para se conhecer o valor global das políticas implementadas, fundamentalmente de estrutura-processo-resultados e impactos nos ambientes organizacionais e institucionais e a influência nas dimensões sociais, econômicas e políticas da gestão dos sistemas e serviços de saúde

### Perspectivas para o campo da avaliação de políticas

Decerto as questões que mobilizaram a criação e o crescimento teórico e metodológico da área de estudos sobre políticas públicas, incluindo a temática da avaliação, seguem sendo relevantes. Portanto, questões sobre o sentido da ação pública (para quem, para que) e sobre eficácia, efetividade e eficiência das políticas, entre outras, permanecem no cenário da avaliação. Porém observa-se que novos focos vêm sendo incorporados. Assume-se neste debate que estes novos focos dialogam com um processo de debate mais democrático que abriu espaço para grupos e movimentos sociais antes silenciados, inclusive na produção do conhecimento e no próprio debate epistemológico (Boullosa, 2020).

Para delinear perspectivas para a avaliação, são então destacados neste manuscrito três eixos que parecem sintetizar alguns dos novos desafios, a saber: a questão dos direitos humanos (Jonsson, 2003; Guendel, 2012), interseccionalidade de raça e gênero (Gonzalez, 1984; Crenshaw, 2002; Silva et al, 2022) e os debates sobre decolonialidade

(Souza Santos, 2007; Souza Santos & Meneses 2010; Lima & Gussi, 2021; Ribeiro & Gasparini 2021).

Além desses eixos, introduziu-se o reconhecimento de uma epistemologia dos povos indígenas, produzida por estudiosas indígenas, que precisa ser considerada em processos avaliativos (Chilisa & Mertens, 2021). As autoras discutem os limites de avaliações fundadas em epistemologias europeias para dar conta dos desafios culturais, éticos e valorativos que envolvem, por exemplo, a avaliação dos alcances dos objetivos do desenvolvimento sustentável entre povos indígenas, desde que os paradigmas adotados nas avaliações são eurocentrados. Propõem este novo paradigma indígena no campo da avaliação, fundado em necessidades e contextos, exatamente como oportunidade de dar voz aos/às interessados/as e superar a proposição de soluções únicas para problemas que têm fortes raízes no contexto, nas culturas e nos valores éticos dos povos. No Brasil, Fonseca (2015) considera que a abordagem de mulheres indígenas em risco de violência deve ter por base uma epistemologia feminista crítica e decolonial, capaz de oportunizar as traduções interculturais.

De modo equivalente, a decolonialidade na perspectiva do pensamento afrodiaspórico, tem sido abordada recentemente por pesquisadores afro-brasileiros, como Nilma Lino Gomes e Joaze Bernardino-Costa. A emergência da decolonialidade enquanto projeto teórico-prático, pode significar para o Brasil e para toda América Latina e Caribe novas condições de poder, saber e ser. A perspectiva negra decolonial brasileira deve ser posicionada enquanto uma agenda epistêmica (Bernardino-Costa, Maldonado-Torres, Grosfoguel, 2019).

Reconhecendo que políticas públicas, especialmente, mas não só, as definidas como políticas sociais como a saúde, são garantidoras, promotoras e provedoras de direitos humanos, Guendel (2012) considera a complexidade da avaliação que pretende abordar direitos humanos, inclusive pelo desafio de conceituar estes direitos no âmbito de estratégias metodológicas para avaliação, na medida em que expressam dimensões subjetivas e políticas. No entanto, afirma o autor, a partir de outros estudiosos, que ao não enfrentar esta temática, estaria o Estado renunciando a uma dimensão essencial de seu papel. Tal abordagem permanece ainda mais relevante em sociedades marcadas por múltiplas desigualdades, como a brasileira.

Jonsson (2003) enfatizou o conceito da abordagem de direitos humanos (*human rights approach*), a partir da qual identifica questões

que emergem tais como: equidade, universalidade, reconhecimento da complexidade das questões de gênero, reconhecimento e respeito pela diversidade étnica e cultural, entre outras, emolduradas por acordos globais sobre acesso de todos ao bem-estar social em várias dimensões. Na medida em que o direito à saúde, a equidade, a universalidade são princípios fundamentais do sistema de saúde brasileiro, garantidos constitucionalmente, está posto o desafio para que a abordagem de direitos seja cada vez mais desenvolvida e aplicada na avaliação das políticas de saúde.

Pode-se destacar das indicações acima o recorte de gênero e raça, orientado pelo conceito de interseccionalidade, como mais um desafio da avaliação de políticas públicas, em especial na saúde. A epidemiologia revela que os modos de adoecer e morrer são diferenciados por gênero, cor/raça, assim como a distribuição da pobreza e da fome. A origem do desafio conceitual e metodológico vem do movimento feminista negro norte-americano ao denunciar que apesar dos estudos apresentarem fatores associados às desigualdades, careciam da condição de desvendar diferenças dentro de um mesmo grupo, por exemplo, famílias de baixa renda e piores condições de saúde, sem destacar que dentro desse grupo algumas famílias são mais vulneráveis que outras e que gênero e raça se acumulam para elucidar o fenômeno (Gonzalez, 1984, Silva et al, 2022).

No Brasil, destaca-se o pioneirismo de Lélia Gonzalez, que já enfatizava a influência mútua de gênero e raça desde a década de 1980 (Gonzalez 1984). Crenshaw (2002) estabeleceu o conceito interseccionalidade com o intuito de alcançar diferentes formas de exclusão de direitos que sujeitos vivenciam por suas identidades de gênero e raça, não como fatores associados, mas como interações. A interseccionalidade, portanto, seria um conceito que, adotado na avaliação das situações de acesso/ violação de direitos, revelaria consequências estruturais da interação entre duas ou mais formas de opressão, no caso racismo e sexismo, formando grupos de segregados na sociedade.

A avaliação de políticas de saúde adotando a perspectiva da interseccionalidade pode desenhar demandas integradoras para a organização da atenção. Em estudo sobre a prevalência da insegurança alimentar domiciliar em Salvador, Bahia, Silva et al (2022) mostrou que quando a pessoa de referência da família é do sexo feminino, de cor parda ou preta, mesmo que pertença ao mesmo grupo de renda

e escolaridade da pessoa de referência do gênero masculino, de cor branca, torna-se mais vulnerável à insegurança alimentar grave.

Em termos epistemológicos reconhece-se que desde as origens, as práticas de avaliação de políticas públicas foram influenciadas pela epistemologia europeia, caracterizando graus de dependência diversos - em termo de áreas de conhecimento - do pensamento anglo-saxão na avaliação, como em outras dimensões do saber e das práticas (Souza Santos, 2007; Souza Santos & Meneses 2010; Lima & Gussi, 2021; Ribeiro & Gasparini 2021) problematizam o campo da avaliação, conceitos e métodos, a partir dos estudos decoloniais, identificados como aqueles que denunciam o exercício de poderes coloniais visando desmistificar o discurso dominante de uma modernidade forjada a partir da Europa do século XV, na medida em que tal discurso é estruturante de relações de poder via colonialismo, que vão além das condições objetivas de vida para avançar sobre as intersubjetividades, gerando também uma forma específica de produção do conhecimento.

Decolonizar a avaliação significa, portanto, valorizar outras epistemes e confrontar-se com o pensamento eurocêntrico. Esse debate é decerto inicial e muito instigante. Os autores citados não se propõem a estabelecer quais enunciados seriam relevantes para uma epistemologia decolonial da avaliação, mas indicam algumas recomendações que, salvo melhor juízo, abrem perspectivas de interesse para avaliação de políticas de saúde.

Destaca-se aqui a chamada para não aplicação de modelos e planos de avaliação pré-formatados, cujas matrizes são produzidas em outros espaços com interesses diversos e entendimento diferenciado sobre desenvolvimento e qualidade, na medida em que estes, sob o mantra de serem instrumentos racionais estariam a serviço de operar “o discurso de um norte civilizado, racional e próspero e um sul caótico, desorganizado e ineficiente em si mesmo” (Ribeiro & Gasparini 2021, pag. 7), portanto mantendo e reproduzindo o colonialismo epistêmico.

Na construção de uma episteme decolonial para a avaliação, como sugerido por Ribeiro e Gasparini (2021), encontram-se os elementos antes sistematizados neste trabalho, como a abordagem dos direitos humanos e a interseccionalidade. Isto porque os autores referem que importa neste processo de decolonizar abordar o racismo estrutural e outras formas de opressão e exclusão, adotando uma metodologia que inclua mais envolvimento e escuta daqueles que vivem a opressão. Como destacado por Lima & Gussi (2021), tal empreendimento demanda um movimento contra-hegemônico, implicando no reconhecimento

cada vez mais amplo da matriz colonial hegemônica no âmbito da ação pública em geral, e na avaliação de políticas públicas em particular.

Uma revisão de escopo recém publicada, abordou a decolonização da avaliação em saúde global, por meio da busca de publicações no idioma inglês, com as palavras-chave: *'decolonising'*, *'global health'*, *'evaluation'*, *'global health evaluation'* (Pant et al 2022). No total foram selecionados 57 registros, publicados de 1994 a 2020 e assim distribuídos, segundo a instituição de filiação do primeiro autor: oito de instituições da África, 25 da América do Norte, quatro da América Latina (incluindo México), quatro da Ásia, seis da Europa e 10 da Oceania. Segundo os autores, o objetivo da revisão foi identificar fatores socioecológicos que influenciam a decolonização da avaliação em saúde, tais como mentes decolonizadoras, reorientação dos financiadores, reforma dos mecanismos de financiamento e investimentos no compartilhamento de capacidades. No processo, os autores refletiram sobre a sua posição e tiveram a preocupação de não reforçar as relações coloniais no processo de relatar os resultados (Pant et al 2022).

No entanto, uma busca que inclui somente documentos no idioma inglês, reforça o viés colonialista das publicações científicas. Assim sendo, foi excluída a expressiva contribuição de intelectuais latino-americanos e lusófonos no campo da decolonização. Mesmo autores europeus, como a alemã Anika Meckesheimer (2013) consideram que a América Latina tem uma “longa tradição de intelectuais que colocaram seu trabalho acadêmico a serviço das camadas da sociedade mais afetadas pelos resquícios do colonialismo”. Cumpre citar, já desde o século passado (décadas de 1960-1970), as contribuições da ‘Filosofia da libertação’ de Enrique Dussel, a ‘Dialética da Dependência’ de Ruy Mauro Marini e a ‘Pedagogia do Oprimido’ de Paulo Freire. Em anos mais recentes citam-se as contribuições dos autores Ramón Grosfoguel, Aníbal Quijano, Nelson Maldonado-Torres, Nilma Lino Gomes e demais, na Coletânea ‘Epistemologias do Sul’ organizada por Boaventura de Sousa Santos e Maria Paula Meneses, da Universidade de Coimbra, Portugal, em 2010. Além dos autores brasileiros que foram citados ao longo deste manuscrito (Boullosa 2010; Lima & Gussi, 2021; Ribeiro & Gasparini 2021).

Decerto este processo de aprendizagem pode nos levar a questionar ao que e a quem tem servido as avaliações, e especialmente, abrir desafios de construir avaliações com mais participação efetiva daqueles para as quais as políticas, a princípio, são dirigidas.



## Referências

ARRETCHE, Marta. Dossiê agenda de pesquisa em políticas públicas Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, vol 18, n. 51, p.7-9, fev, 2003

BERNARDINO-COSTA, Joaze; MALDONADO-TORRES, Nelson, GROSGOUEL, Ramón (orgs.). Decolonialidade e pensamento afrodiaspórico. 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

BOULLOSA, Rosana de Freitas. Por um olhar epistemológico para a avaliação em políticas públicas: história, teoria e método. Revista Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, vol 4, n. 18, p.8-36, dez, 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre a elaboração, a redação, a alteração e a consolidação das leis, conforme determina o parágrafo único do art. 59 da Constituição Federal, e estabelece normas para a consolidação dos atos normativos que menciona. Brasília, 1998. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp95.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp95.htm). Acesso em: 26 mar. 2023

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº2, de 28 de Setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002\\_03\\_10\\_2017.html#CAPISECI](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#CAPISECI). Acesso em: 18 mar. 2023.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Avaliação de Políticas Públicas: Guia Prático de Análise ex Ante. V. 1, 192p. Brasília, 2018a. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8285> Acesso em: 26 mar. 2023.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Avaliação de Políticas Públicas: Guia Prático de Análise ex Post. V. 2, 301p. Brasília, 2018b. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8853> Acesso em: 26 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Legislação em Saúde, 2023. Disponível em: <http://saudelegis.saude.gov.br/saudelegis/secure/norma/listPublic.xhtml>; Acesso em: 18 mar. 2023.

BROUSSELLE, Astrid et al. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 229p.

CHILISA, Bagele; MERTENS, Donna M. Indigenous Made in Africa evaluation frameworks: addressing epistemic violence and contributing to social transformation. American Journal of Evaluation Vol. 42(2) 241-253, jun. 2021.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, vol. 10, p.171-88, 1º semestre, 2002

CRUMPTON, Charles David et al. Avaliação de políticas públicas no Brasil e nos Estados Unidos: Análise da pesquisa nos últimos 10 anos. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 50, n. 6, p. 981-1001, nov/dez, 2016.

FONSECA, Livia Gimenes Dias. A construção intercultural do direito das mulheres indígenas a uma vida sem violência: a experiência brasileira intercultural. Hindu Revista Latino-Americana de Direitos Humanos v. 6 n. 1 p. 88-102, 1º sem., 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/hendu/article/view/2474/2652> Acesso em: 20 mar. 2023.

GONZALES, Lélia. Racismo e sexismo na cultura brasileira. Ciências Sociais Hoje, Anpocs. São Paulo, p. 223-44, 1984. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4584956/mod\\_resource/content/1/06%20-%20GONZALES%2C%20L%2C%A9lia%20-%20](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4584956/mod_resource/content/1/06%20-%20GONZALES%2C%20L%2C%A9lia%20-%20)

[Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira%20%281%29.pdf](#)

Acesso em: 18 mar. 2023.

GUENDEL, Ludwig. Evaluation, public policies and human rights. In: Saville KÜSHNER & Emma ROTONDO (eds.). Evaluation voices form Latina America. New directions for evaluation. Wiley online Library 2012; no.134, p. 29-37. DOI: 10.1002/ev. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ev.20016> Acesso em: 20 abr. 2023.

JONSSON, Urban. Human rights approach to development programming. Nairobi, Kenya: UNICEF, ISBN 9280637908, 2003. 210 p

LIMA, Francisco Anderson Carvalho; GUSSI, Alcides Fernando. Pode o subalterno avaliar? Possibilidades de um giro contra-hegemônico como opção descolonial no campo da avaliação de políticas públicas. Revista Avaliação de Políticas Públicas, Fortaleza, v. 6, n. 20, p.10-35, Julho /Dezembro, 2021.

MECKESHEIMER, Anika. Decolonization of Social Research Practice in Latin America: what can we learn for German Social Sciences? Transcience v. 4, Issue 2. p. 79-98, jul. dez. 2013. Disponível em: [https://www2.hu-berlin.de/transcience/Vol4\\_Issue2\\_2013\\_79\\_98.pdf](https://www2.hu-berlin.de/transcience/Vol4_Issue2_2013_79_98.pdf) Acesso em: 20 abr. 2023.

NOGUEIRA, Ronaldo Alves; CAVALCANTE, Pedro Luiz. Avaliação e monitoramento: duas experiências de institucionalização na gestão das políticas públicas no Poder Executivo Federal brasileiro. p. 27-30, Out. 2009. Disponível em: <http://repositorio.enap.gov.br/handle/1/2168>. Acesso em: 18 mar. 2023.

PANT, Ichhya, et al. Decolonising global health evaluation: Synthesis from a scoping review. PLOS Glob Public Health v. 2 n. 11: e0000306. Nov. 2022. Disponível em: <https://journals.plos.org/globalpublichealth/article?id=10.1371/journal.pgph.0000306> Acesso em: 20 abr. 2023.

RAMOS, Marília Patta; SCHABBACH, Letícia Maria. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: Conceituação e exemplos de

avaliação no Brasil. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 46, n. 5, p. 1271-1294, set/out, 2012.

RIBEIRO, Antonio; GASPARINI, Max Perlipe Vianna. Para decolonizar a avaliação: uma análise crítica a partir da teoria da decolonialidade. Revista Brasileira de Avaliação, Fortaleza, v. 10, n. 1. e100621. jan-jun 2021. Disponível em: <https://www.rbaval.org.br/article/doi/10.4322/rbaval202110006>. Acesso em: 18 mar. 2023.

RUA, Maria das Graças. Políticas Públicas. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, 2009, 130pp.

SANTOS, Boaventura de Souza. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. Novos Estudos Cebrap, São Paulo, vol. 79, p. 71-94, nov. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/nec/a/ytPjkXXYbTRxnJ7THFDBrge/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 18 mar. 2023.

SANTOS, Boaventura de Souza; MENESES, Maria Paula (Orgs.). Epistemologias do Sul. São Paulo: Cortez Editora, 2010. 637 p.

SERRA, Miguel Gómez. Evaluación de los servicios sociales. Barcelona: GEDISA, 2004, 284p. ISBN 978-84-9784-003-3

SILVA, Silvana Oliveira et al. A cor e o sexo da fome: análise da insegurança alimentar sob o olhar da interseccionalidade. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol. 38, n. 7, 2022:e00255621. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT255621> Acesso em: 18 mar. 2023.

SILVA, Sindy Maciel. Avaliação de políticas e programas nacionais de saúde do Brasil: uma revisão de escopo. 2023. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde) – Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas em Saúde, Escola Fiocruz de Governo, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/57695>. Acesso em: 18 mar. 2023.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: questões temáticas e de pesquisa. Caderno CRH, Salvador, Bahia, [S. l.], v. 16, n. 39, p. 11-24, 2006.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAKI, Edson Mamoru. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-828, jan. 2012.

VIEIRA-DA-SILVA, L.M. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.M.A & VIEIRA-DA-SILVA, L.M. orgs. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, pp.15-39. ISBN: 978-85-7541-516-0. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/xzdnf/epub/hartz-9788575415160.epub>  
Acesso em: 18 mar. 2023.

## ✓ Contribuições para o desenvolvimento de estudos e práticas na área de avaliação em saúde

**Alcione Brasileiro Oliveira**

Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva

Federal University of Bahia, Institute of Collective Health

**Mariluce Karla Bomfim de Souza**

Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva

Federal University of Bahia, Institute of Collective Health

**Monique Azevedo Esperidião**

Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva

Federal University of Bahia, Institute of Collective Health

**Resumo:** A pertinência do investimento em formação e qualificação de profissionais na área de avaliação em saúde no Brasil pode favorecer estratégias de formação e aprendizado que contribuam com as instâncias decisórias na produção de informações necessárias, visando melhorar o desempenho geral do sistema, e contribuir para a institucionalização do campo da avaliação no sistema de serviços de saúde. Diante da experiência acumulada pelas docentes na condução de ações voltadas para a qualificação de profissionais de nível superior, este artigo tem por objetivo analisar aspectos teóricos e metodológicos importantes para a proposição e desenvolvimento de ações formativas em monitoramento e avaliação em saúde em nível de graduação e Lato sensu. Conclui-se que há uma forte demanda por formação na área de avaliação em saúde, com necessidade de quadros profissionais para os serviços de saúde, nos diferentes níveis do sistema de saúde.

**Palavras-chave:** Avaliação em Saúde; Capacitação de recursos humanos em saúde; Saúde Pública.

## EN Contributions to the development of studies and practices in the area of health evaluation

**Abstract:** The pertinence of investing in training and qualification of professionals in the area of the health evaluation in Brazil can favor training and learning strategies that contribute to decision-making instances in the production of necessary information, aiming to improve the overall performance of the system, and contribute to the institutionalization field of evaluation in the health service system. In view of the insertion of professors in conducting actions aimed at the qualification of higher education professionals, this article, aims to analyze important theoretical and methodological aspects for the proposition and development of training actions in health monitoring and evaluation at undergraduate and Lato sensu levels. It is concluded that there is a strong demand for training in the area of the health evaluation, with the need for professional staff for health services, at different levels of the health system.

**Key-words:** Health Evaluation; Training of human resources in health; Public health.

## ES Aportes al desarrollo de estudios y prácticas en el área de evaluación de la salud

**Resumen:** La pertinencia de invertir en la formación y calificación de profesionales en el área de evaluación de la salud en Brasil puede favorecer estrategias de formación y aprendizaje que contribuyan a las instancias decisorias en la producción de informaciones necesarias, con el objetivo de mejorar el desempeño global del sistema, y contribuir a la institucionalización del campo de la evaluación en el sistema de servicios de salud. En vista de la experiencia acumulada por los profesores en la realización de acciones dirigidas a la calificación de profesionales de la educación superior, este artículo tiene como objetivo analizar aspectos teóricos y metodológicos importantes para la proposición y desarrollo de acciones de formación en seguimiento y evaluación en salud en los grados y nivel de posgrado Lato sensu. Se concluye que existe una fuerte demanda de formación en el área de evaluación de la salud, con necesidad de personal profesional para los servicios de salud, en los diferentes niveles del sistema de salud.

**Palabras-clave:** Evaluación de la Salud; Formación de recursos humanos en salud; Salud pública.

## FR Contributions au développement des études et des pratiques dans le domaine de l'évaluation de la santé

**Résumé:** La pertinence d'investir dans la formation et la qualification des professionnels dans le domaine de l'évaluation de la santé au Brésil peut favoriser des stratégies de formation et d'apprentissage qui contribuent aux instances décisionnelles dans la production des informations nécessaires, visant à améliorer la performance globale du système, et contribuer au domaine de l'institutionnalisation de l'évaluation dans le système de services de santé. Au vu de l'expérience accumulée par les professeurs dans la réalisation d'actions visant à la qualification des professionnels de l'enseignement supérieur, cet article vise à analyser des aspects théoriques et méthodologiques importants pour la proposition et le développement d'actions de formation en suivi et évaluation en santé aux niveaux universitaire et niveau gradué Lato sensu. Il est conclu qu'il existe une forte demande de formation dans le domaine de l'évaluation de la santé, avec le besoin de personnel professionnel pour les services de santé, à différents niveaux du système de santé.

**Mots-clés:** évaluation de la santé; Formation des ressources humaines en santé; Santé publique.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a formação dos trabalhadores da saúde constitui um dos pilares para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo premissa garantida na Constituição Federal do Brasil de 1988, artigo nº 200, inciso III, que atribuiu a este a competência de ordenar a formação de recursos humanos em saúde. Nesse sentido, é importante retomar que foram feitos investimentos na área de Ciência, tecnologia e inovação, como a Política Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que buscam reunir um conjunto de atores estratégicos, entre a gestão, os serviços, as instituições formadoras e o controle social, tendo em vista a aproximação dos processos formativos às necessidades do SUS além da transformação das práticas no cotidiano do trabalho, almejando entre os efeitos, a reorganização dos serviços de saúde (Brasil 1988; 2004a; 2004b).

Considera-se que as propostas de qualificação de profissionais de saúde devem estar articuladas às necessidades de desenvolvimento e fortalecimento do sistema de saúde, na medida em que estão orientadas para o “trabalho como eixo central”, buscando a promoção de uma reflexão crítica e transformadora das práticas, pela incorporação dos aprendizados à vida cotidiana das organizações e serviços de saúde (Brasil, 2009). Esse se constitui no pressuposto da aprendizagem significativa que promove e produz sentido, sendo também ponto de partida para a educação permanente que propõe estimular práticas profissionais que estejam baseadas na reflexão crítica (Haddad et al., 1994) sobre seus processos de trabalho.

Os modelos de ensino e os projetos político pedagógicos ainda “conservam” um formato que não alcança o desenvolvimento de habilidades e competências para atendimento às necessidades de saúde das populações, desenvolvimento da autonomia e influência na formulação, decisão e avaliação de políticas. Ainda, a maioria das instituições de ensino em saúde privilegia o modelo de saúde disciplinar, prioriza formação especializada, fragmentada e compartimentalizada, organizado sob a égide ‘flexneriana’ não sendo os conhecimentos, habilidades, atitudes e valores suficientes para o adequado desempenho no SUS (Pagliosa e Dal Ros, 2008).

Na contramão, Ceccim e Feuerwerker (2004) referem que a formação deve alcançar para além da atualização técnico-científica,

a produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS. Portanto, a formação para a área da saúde, segundo os autores, deveria buscar a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

Em que pese os desafios presentes no ensino e na formação de quadros de avaliadores para o SUS, diversos autores têm se dedicado em constituir um campo de saberes e abrindo o caminho para a participação de diferentes agentes envolvidos na produção da avaliação, assim como na ampliação das abordagens metodológicas, vislumbrando um processo de avaliação participativa (Guba e Lincoln, 1989; Vieira da Silva, 2005; Vieira-da-Silva e Furtado, 2020).

A avaliação é reconhecida como um espaço social constituído por um conjunto de agentes inseridos em diversos níveis do sistema de serviços de saúde, envolvidos em intervenções de diferentes complexidades que por sua vez determinam o escopo das práticas desenvolvidas (Furtado e Vieira-da-Silva, 2014). Desse modo, a pertinência do investimento em formação e qualificação de profissionais na área de avaliação em saúde pode favorecer estratégias de formação e aprendizado que contribuam com as instâncias decisórias na produção de informações necessárias, visando melhorar o desempenho geral do sistema, e contribuir para a institucionalização do campo da avaliação no sistema de serviços de saúde.

### Contextos formativos em avaliação em saúde e a experiência do ISC/UFBA

No Brasil, a avaliação em saúde ainda encontra limites para sua incorporação às práticas, caracteriza-se pelo caráter mais prescritivo, burocrático e subsidiário ao planejamento e gestão, e seus instrumentos ainda não são fortemente utilizados para o suporte ao processo de decisão. Diante disso, o SUS demanda pela qualificação das práticas avaliativas em todos os seus níveis, o que requer formação de profissionais de saúde, desde a graduação, com perspectiva ampliada sobre o processo de avaliação (Teixeira, 2016).

No ensino, o ISC oferta curso de graduação em Saúde Coletiva, cursos lato sensu (inclusive em formato de Residência

Multiprofissional) e cursos *stricto sensu* (Mestrado e Doutorado, nas modalidades acadêmico e profissional). Sobre a oferta em extensão ou cooperação técnica, integram a lista uma diversidade de ações e atividades - cursos, oficinas, etc. Na pesquisa, os programas integrados estruturam o instituto (ISC, 2023), constituídos pela participação de docentes, discentes, pesquisadores e convidados, gestores e profissionais de diversas instituições, inclusive, nacional e internacional.

Os componentes relacionados ao ensino da avaliação são organizados de modo a propiciar ao estudante a experiência prática de um processo avaliativo, podendo variar a depender do tempo disponível para sua execução.

O curso de graduação e de formação *lato e stricto sensu* fomentam e buscam desenvolver em algum grau a cultura avaliativa no âmbito das organizações públicas nos diferentes níveis, a partir da articulação de um conjunto de saberes oriundos das áreas da Saúde Coletiva e da Avaliação em Saúde. Além dos componentes curriculares, trabalhos de conclusão de curso têm sido produzidos no campo da avaliação, e enquanto produtos elaborados a partir de experiências, produção teórica, modelos lógicos, avaliabilidade e pesquisas avaliativas sobre ações, programas ou projetos.

Diante da experiência acumulada pelas docentes na condução de ações voltadas para a qualificação de profissionais de nível superior, este artigo tem por objetivo analisar aspectos teóricos e metodológicos importantes para a proposição e desenvolvimento de ações formativas em monitoramento e avaliação em saúde.

## ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

O presente artigo consiste em um relato de experiência sobre os diferentes âmbitos e programas formativos no campo de Avaliação em Saúde, desenvolvidos pelas docentes no âmbito do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Este relato aborda a Graduação de Saúde Coletiva e a Pós-graduação *lato sensu*, por meio da Residência com área de concentração em Planejamento e Gestão, e dos cursos de especialização em Saúde Coletiva com concentração em Monitoramento, Avaliação e Informações estratégicas (1ª. e 2ª. Turmas).

Foram sistematizadas informações oriundas de documentos e instrumentos diversos, tais como projetos pedagógicos, relatórios de acompanhamento das ações educativas, reunindo aspectos sobre a perspectiva formativa, a abordagem pedagógica e metodologia de ensino-aprendizagem, os conteúdos trabalhados, aspectos práticos e sobre a elaboração de pesquisas avaliativas e projetos de conclusão de curso, entre outros.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### A avaliação em saúde: Graduação em Saúde Coletiva e Especialização *Lato sensu*

Os cursos de Graduação em Saúde Coletiva (GSC) foram implantados a partir de 2009, com a justificativa de antecipar a formação do sanitarista, trazendo conteúdos à formação dos profissionais de saúde, ainda na graduação (Meneses et al, 2017).

Desse modo, a grade curricular do curso de GSC do ISC, oferta uma disciplina em caráter obrigatório no 6º Semestre do Curso, dentro do eixo teórico prático de Política, Planejamento e Gestão. Neste caso, o componente se desenvolve em articulação com os outros Componentes Curriculares (CC) ofertados no semestre, buscando a integração entre a teoria e a prática, mediante a inserção dos estudantes nos serviços.

Essa experiência também ocorre no âmbito do Curso de Especialização em Saúde Coletiva sob forma de Residência multiprofissional com área de concentração em Planejamento e Gestão, em sua sexta turma, que oferta aos residentes: o componente de Planejamento e Gestão em Saúde, que tem em sua ementa a discussão do monitoramento e a avaliação de políticas, programas e projetos como funções da gestão e do planejamento; o componente Práticas em Gestão e Avaliação de Unidades de Saúde, através da realização de estágio curricular em gestão e avaliação de unidades de saúde de distintas complexidades; o componente Práticas de Avaliação em Saúde com estágio em diversas estruturas dos níveis distritais, municipais ou estaduais do Sistema Único de Saúde; e também os Seminários Temáticos que alcançam temas pertinentes a avaliação de intervenções em saúde.

Essa perspectiva também foi adotada nos Cursos de especialização em Saúde Coletiva com ênfase em Monitoramento e Avaliação, atualmente em sua segunda turma. Por ter uma carga horária de 360 horas, com 200 horas dedicadas ao conteúdo de avaliação, os especializandos desenvolvem atividades avaliativas abordando os principais conceitos, atributos e estratégias metodológicas para o desenvolvimento de trabalhos avaliativos.

Desse modo, as experiências visam contribuir para que os estudantes desenvolvam uma etapa da avaliação ou um projeto de avaliabilidade sobre uma situação problema selecionada. O resultado pode ser a modelização de uma intervenção, a seleção de indicadores para avaliação, ou a avaliabilidade de programas, por exemplo.

Para a GSC e a Residência, o monitoramento e a avaliação de políticas, projetos, programas ou ações podem ser uma opção para o desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), enquanto para a especialização com ênfase em monitoramento e avaliação, os TCC devem ser na área, podendo transitar por temas correlatos ao campo.

### **Avaliação em Saúde como espaço polissêmico e multirreferencial**

A avaliação em saúde se apresenta enquanto um conceito polissêmico, com grande diversidade terminológica e diferentes ênfases teórico-metodológicas (Vieira-da-Silva e Furtado, 2020; Vieira da Silva, 2005). Nesse contexto, ressalta-se a importância da “quarta geração de avaliadores” que tem como base uma avaliação inclusiva e participativa que pode contribuir com o processo de avaliação, visando a capacitação e desenvolvimento de novos atores neste processo (Champagne et al., 2011). Esse movimento tem como fim contribuir para o envolvimento e aproximação dos *stakeholders*, entendidos como os grupos, ou organizações interessadas nos processos de avaliação e na construção e identificação de indicadores de avaliação (Furtado, 2012).

Entre as mais diversas definições para o termo avaliação, o que expressa grande polissemia no uso do termo, aquela que estabelece como um julgamento que se faz sobre uma intervenção ou sobre

qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões tem se mostrado relevante para os estudos avaliativos no campo da formação na área de saúde (Contadriopoulos et al., 2000).

Nessa proposição, a noção da existência de intervenção está no centro do processo, correspondendo ao conjunto de meios, recursos e serviços capazes de mudar a situação problema inicial. As intervenções em saúde correspondem, portanto, às políticas, programas, estratégias ou ações em saúde e se constituem no principal objeto da Avaliação em Saúde.

A partir dessa clareza, pode-se conduzir uma avaliação normativa ou de uma pesquisa avaliativa. A avaliação normativa consiste na apreciação dos componentes da intervenção levando em consideração a aplicação de critérios e normas, buscando verificar se os componentes da intervenção estão em conformidade com as referências normativas. Sendo assim, trata-se de fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os efeitos obtidos (resultados), com critérios e normas. A pesquisa avaliativa, por sua vez, depende de um procedimento científico que permita analisar e compreender as relações de causalidade entre os diferentes componentes da intervenção. Demanda, desta forma, um procedimento científico que permite analisar as relações entre os componentes da intervenção, visando à compreensão dos resultados (Champagne et al., 2011).

No âmbito dos diferentes processos formativos, a avaliação normativa tem se mostrado mais factível para se desenvolver no âmbito da graduação e especialização *lato sensu*, pela maior proximidade e inserção no espaço do trabalho, facilitando a identificação de uma intervenção e posterior processo de avaliação, comparando a critérios e padrões normativos.

### **O uso de modelos lógicos e a proposição de estudos de avaliabilidade: ampliando o conhecimento dos atores sobre a intervenção**

O desenvolvimento de qualquer tipo de avaliação em saúde deve compor em uma das suas etapas a modelização de intervenções.

Ao permitir estabelecer e explicitar os vínculos entre uma intervenção, seus recursos e seus efeitos, conduz a um maior domínio dos atores envolvidos.

No âmbito dos processos formativos em curso pode-se dizer que a utilização de modelos lógicos tem sido um instrumento capaz de gerar reflexão nos grupos de profissionais em formação, partindo das seguintes questões: o que é feito com os recursos disponíveis, quais são os efeitos e quem deles se beneficia, quais os objetivos que o programa pretende alcançar e quais fatores podem influenciar o sucesso da intervenção (Champagne et al, 2011). Entre os usos para os cursos e oficinas de monitoramento e avaliação, partiu-se da compreensão da existência de uma situação problemática inicial, para a qual deve haver uma intervenção em curso visando sua resolução. Assim, diante da identificação de uma intervenção e seu componentes, tem-se a proposição do modelo lógico. Em cursos com menor carga horária, uma estratégia importante tem sido a leitura da plausibilidade do modelo, contribuindo para identificar seus elementos.

O Modelo Lógico deve ser compreendido como um diagrama síntese de como uma intervenção/programa deverá funcionar em sua teoria e prática (Medina *et al.*, 2005). Assim, a modelização da intervenção deve ser capaz de revelar a relação entre a intervenção e o que deve ser feito para melhorar a situação problema inicial observada. Esse processo pode ser utilizado inclusive para ampliar o conhecimento da equipe sobre a própria intervenção, ampliando a inteligibilidade sobre a mesma, visto que é feita de modo fundamentado em documentos oficiais, e não com base no que se pensa sobre a mesma.

Uma das formas de ampliar o olhar acerca do Modelo Lógico proposto é percorrer o seguinte *check list* para revisão (McLaughlin e Jordan, 1999).

- 1) Nível de detalhe suficiente para criar entendimento dos elementos e de suas relações;
- 2) Lógica completa do programa, identificando todos os elementos relacionados;
- 3) Pertinência teórica da lógica do programa (plausibilidade do modelo);
- 4) Identificação dos fatores contextuais e suas potenciais influências no modelo.

Essa é uma etapa muito presente no âmbito das atividades da GSC. O formato de inserção do CC no curso, propicia uma articulação com outros CC no mesmo semestre, e a inserção no componente curricular Práticas Integradas em Saúde Coletiva (PISC). Esse CC constitui-se em espaço de exercício nos serviços ou na comunidade com a proposição de modelização da intervenção selecionada pelo grupo. O exercício desse processo pode referir-se ao desenho do modelo causal, teórico ou operacional conforme proposto por Champanhe et al. (2011)

Champanhe et al. (2011) discutem três possibilidades de modelos lógicos: modelo causal, modelo lógico teórico e lógico operacional, que estão inter-relacionados. O primeiro deles refere-se a representação de um conjunto das causas de um problema, que deve ser o foco da intervenção a ser avaliada. No modelo lógico teórico, a proposta é que o diagrama seja capaz de explicitar as relações presentes entre os elementos teóricos que são passíveis de incidir sobre as causas da situação problema inicial. No terceiro, explicita-se as relações entre os elementos da intervenção clarificando como os recursos necessários e os processos implementados conduzem aos resultados esperados para resolver a situação inicial (Champagne et al., 2011).

Mediante esse processo, uma das estratégias de ampliar a participação dos atores no processo avaliativo tem sido a proposição dos estudos de pré-avaliação, também conhecidos como Estudos de Avaliabilidade. Revisão recente realizada com 59 estudos de caso entre 2008 e 2018 apontou que esta ferramenta tem sido cada vez mais usada para o desenvolvimento de programas e planejamento de avaliação, sendo relevante em realidades que exigem uma rápida mudança (Lam, 2021).

A avaliabilidade é definida como o exame sistemático e preliminar de um programa, considerando aspectos relativos a sua teoria e a sua prática, com o propósito de determinar a pertinência para a realização de uma avaliação extensa.

As atividades realizadas nos cursos de especialização propiciam e estimulam a elaboração de propostas de estudos de avaliabilidade. A viabilidade de execução no prazo previsto de 3 a 4 meses, a contribuição desses estudos ao contexto dos serviços e as recomendações geradas pelos seus produtos, justificam o incentivo de serem objeto de TCC. O estímulo à participação dos diferentes atores no processo, tanto



no momento da modelização, quanto na clarificação dos objetivos e atividades relacionadas à intervenção, tende a contribuir para fortalecer a intervenção, ao ampliar o conhecimento dos atores sobre a mesma.

Comumente, a avaliabilidade inclui algumas etapas, e por ser possível realizar em um tempo mais curto, tem se constituído uma estratégia para a realização de trabalho de conclusão de cursos. Suas etapas consistem:

- 1) Clarificação dos objetivos do programa;
- 2) A elaboração do modelo lógico do programa;
- 3) A descrição do funcionamento do programa na prática;
- 4) Elaboração de recomendações.

Para o alcance dessas etapas, tem-se como principais técnicas: análise de documentos (planos e relatórios); entrevistas com informantes-chave e a observação *in loco*. Para examinar a avaliabilidade do programa, considerando a operação do programa (funcionamento na prática), sua estabilidade no tempo e probabilidade de apresentar algum resultado positivo, devem ser identificados:

- a) Pessoas importantes a serem entrevistadas;
- b) Documentos relevantes para análise.

E, por fim, cabe a recomendação de um roteiro de perguntas para os informantes e também para orientar a análise documental, considerando a operação do programa, sua estabilidade no tempo e probabilidade de apresentar algum resultado positivo.

### Explorando a diversidade de atributos e perspectivas avaliativas

O desenvolvimento de estudos avaliativos guarda a relação com uma situação problema e com a identificação de uma intervenção, buscando nesse processo, definir o foco da avaliação. No caso dos componentes de avaliação ofertados nos cursos do ISC, têm-se utilizado uma matriz como forma de sistematizar um volume de informações que os estudantes possuem ou devem buscar sobre a mesma (Quadro 1).

### Quadro 1 - Definindo o foco da avaliação

Problema de saúde priorizado	Principal intervenção	Perguntas avaliativas	Níveis	Atributos	Atores para definição do foco	Perspectiva avaliativa	Usos da avaliação
------------------------------	-----------------------	-----------------------	--------	-----------	-------------------------------	------------------------	-------------------

Fonte: Produção do Componente ISCB85, Avaliação de Sistemas e serviços de saúde.

Para iniciar uma avaliação é preciso definir o foco, tendo em vista elaborar uma pergunta avaliativa que expresse o objeto da avaliação (intervenção em saúde ou um de seus componentes), níveis, abordagens e atributos. Neste processo, será importante identificar o que é relevante saber sobre uma dada intervenção, indagando a respeito dos usos que serão feitos dos resultados da avaliação e quem são os seus interessados.

Com esse processo é possível avançar para ter respostas às seguintes perguntas: qual a situação problema a ser enfrentada? qual a intervenção para resolvê-la? o que se conhece sobre essa intervenção? o que resta conhecer? a quem interessa o resultado dessa intervenção? qual a estimativa de custo-benefício da avaliação a ser feita?

Esse quadro tem sido utilizado em todos os cursos relacionados nesse estudo, sendo importante instrumento para viabilizar uma primeira aproximação do estudante com o espaço da avaliação. Os estudantes normalmente precisam ser orientados a um novo olhar para a intervenção, visto que se situam muito mais no âmbito do planejamento com a proposição de ações, que na avaliação, no julgamento, ou observação da intervenção em curso. As turmas variam em termos de tempo que levam para clarificar alguma intervenção, contudo, a partir desse quadro torna-se possível discutir, inclusive, a articulação entre o Planejamento e a Avaliação em saúde.

Diante da clareza sobre essas questões pode-se definir o foco avaliativo e considerar a proposição de um atributo a ser trabalhado. A outra possibilidade é a realização de estudos de avaliabilidade muito úteis para a gestão, que foi visto no item anterior.

A avaliação de intervenções e programas de saúde requer a adoção de estratégias diversificadas dada a complexidade do objeto,

sendo necessária a delimitação de níveis, atributos e abordagens. A proposição de Vieira-da-Silva e Formigli (1994) e Vieira da Silva (2014) sistematiza os conceitos com certo grau de consenso na literatura e coerência entre si. Para estas autoras, os atributos podem ser agrupados em:

- Relacionados com a apreciação preliminar do programa/intervenção;
- Relacionados com a adequação das ações aos objetivos e problemas de saúde, examinando sua direcionalidade e consistência: análise estratégica;
- Relacionados com a disponibilidade e distribuição social dos recursos: cobertura; acessibilidade; equidade;
- Relacionados com o efeito das ações: eficácia; efetividade; impacto;
- Relacionados com os custos e produtividade das ações: eficiência;
- Relacionados com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente: qualidade técnico-científica;
- Relacionados com o processo de implantação das ações: grau de implantação e (ou) avaliação de processo; análise de implantação;
- Relacionados com as interações relacionais entre os sujeitos envolvidos nas ações: percepção dos usuários; satisfação dos usuários; aceitabilidade social; acolhimento, respeito à privacidade e outros direitos dos cidadãos; relações de trabalho e no trabalho envolvendo profissionais e gestores.

### **Estudos avaliativos como atividades teórico-práticas no âmbito da formação Lato sensu**

Como visto, no âmbito da formação em nível de graduação, avaliação em saúde é componente obrigatório para o curso de Saúde Coletiva, dando ênfase à articulação com atividades de campo realizadas pelos estudantes. No âmbito da especialização, o tema da avaliação está em componentes obrigatórios teóricos e práticos.

Para desenvolvimento das atividades teórico-práticas direcionadas para a formulação dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) de especialização, é proposto aos alunos a identificação de uma situação

de saúde considerada problemática e para a qual é necessário identificar uma intervenção em saúde voltada para sua resolução, seja uma política programa ou ação, que será avaliado pelo aluno.

O emprego de estudos de avaliabilidade tem se revelado como importante oportunidade para desenvolver a competência na definição do foco da avaliação e análise da viabilidade de estudos avaliativos, a partir da definição de atributos de interesse para uma abordagem em profundidade.

Na proposição de uma pesquisa avaliativa, o educando poderá responder se a intervenção examinada por meio da avaliabilidade encontra-se relativamente estável ao longo do tempo e/ou vem sendo implantada como previsto e se apresenta desde já algum resultado positivo. Essa perspectiva estimula a análise crítica sobre a implantação das políticas de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, permitindo refletir que muitas políticas, embora formuladas, não avançam para sua implantação ou encontram muitas dificuldades nesta fase operacional.

Dessa forma, a proposição de estudos de pré-avaliação permite refletir o quanto os objetivos ou finalidades de uma política de saúde encontram-se mal definidos ou não definidos; se há diferentes concepções e pontos de vista sobre o programa, de forma a otimizar esforços para a identificação de perguntas mais pertinentes quando da realização de uma avaliação mais extensa. Em diferentes experiências formativas, os educandos foram capazes de identificar áreas para melhoria da intervenção e mapear lacunas investigativas na proposição de avaliações úteis aos diversos interessados em sua realização.

A experiência acumulada na proposição dos Trabalhos de conclusão de Curso, seja nos cursos de graduação, como na especialização e Residência, aponta para três diferentes perspectivas: pesquisa avaliativa, síntese de pesquisa e relatos de experiência.

Nesse processo, os educandos têm a possibilidade de iniciar um estudo avaliativo, analisando se a intervenção é bem concebida (aspectos da análise lógica de um programa) e consistentemente implementada (análise estratégica e análise da implantação), podendo concluir sobre a possibilidade de realizar uma avaliação sistemática, definida em negociação com atores, sendo capaz de explicitar uma questão avaliativa de interesse.

No trabalho de investigação original, que consiste na elaboração de um texto inédito proveniente de pesquisa avaliativa, prioriza-se:

a realização de estudos de avaliabilidade (pré-avaliação); estudos avaliativos, segundo atributos selecionados (cobertura, acessibilidade, qualidade, implantação, satisfação, estudos econômicos), realizados preferencialmente com dados secundários; e estudos sobre o monitoramento de uma intervenção em saúde, por meio de dados secundários.

A síntese de pesquisas, texto inédito proveniente de revisão de literatura, permite apresentar a síntese do conhecimento científico atual na área de Avaliação, Monitoramento e Informações Estratégicas em Saúde, com análise da importância da incorporação de evidências e informações qualificadas para a tomada de decisão e gestão do SUS. Estimula-se a realização de revisões integrativas de indicadores selecionados.

Cabe ressaltar que os cursos têm carga horária distintas, com o mínimo de 360 horas, o que impõe a necessidade de clareza quanto ao objetivo da avaliação, analisando a factibilidade de realização no tempo disponível. Dessa observação decorre o estímulo à realização de trabalhos com dados secundários, visto que a disponibilidade dos dados para coleta e análise.

Finalmente, o relato de experiência consiste em texto inédito proveniente de reflexão sobre uma experiência avaliativa ligada à prática de trabalho. Trata-se de um estudo descritivo, resultado da implantação de uma prática considerada exitosa no âmbito da Avaliação, Monitoramento ou Informação Estratégica em Saúde, ao interior do Sistema Único de Saúde.

As experiências vêm apontando uma diversidade de trabalhos avaliativos, realizados nos distintos âmbitos, o que se configura como um importante impulso à produção do conhecimento na área. No caso da Especialização, a primeira turma produziu mais de 170 trabalhos, discutindo o tema da Avaliação e Monitoramento em Saúde sobre políticas programas, ações em saúde em todas as regiões do país, com grande variedade temática, diferentes níveis e abordagens, de abrangência municipal, estadual, regional (DSEIS) e nacional e diferentes atributos da avaliação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante das experiências descritas acerca dos processos formativos na área de avaliação em saúde, estas têm se constituído em espaço de grande contribuição para o desenvolvimento de estudos e práticas, inclusive, fazendo uso de elementos teóricos de diversas áreas do conhecimento.

Ainda, diante da perspectiva e das evidências que muitos egressos da Residência, passam a ocupar cargos nas secretarias de saúde do estado e município, e que, parte dos profissionais de saúde dos cursos de especialização são gestores de serviços, objetiva-se, também, que possam além de desenvolver trabalhos avaliativos, tenham, conhecimento do uso que pode ser feito a partir dos resultados de uma avaliação.

A proposição de formação na área de avaliação se ampliou, consideravelmente, no âmbito do ISC. Nessa perspectiva, a avaliabilidade tem sido uma estratégia capaz de viabilizar o aprofundamento teórico dos profissionais sobre a avaliação em saúde, em ofertas em diferentes níveis de formação, além da realização de pesquisas avaliativas em Trabalhos de Conclusão de Curso, em cursos de curta duração (360 horas). A proposição de atividades teórico-práticas e trabalhos de conclusão de curso vêm se apresentando como importante estímulo para produção de pesquisa na área, tendo em vista o fortalecimento da institucionalização das práticas avaliativas ao interior do sistema de saúde, bem como na experiência da pesquisa acadêmica.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

BRASIL. Lei no 10.973, de 2 de dezembro de 2004. Dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 3 dez. 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Política de Educação Permanente e Desenvolvimento para o SUS - Caminhos para Educação Permanente em Saúde. Brasília: MS; 2004b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.

CECCIM, Ricardo, FEUERWERKER, Laura. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/?lang=pt&format=pdf>, acesso em 26 março 2023.

CHAMPAGNE, Francois. *et al.* A avaliação no campo da saúde: Conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* (org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 41-60.

CHAMPAGNE, Francois et al; A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, CHAMPAGNE, CONTANDRIOPOULOS e HARTZ. *Avaliação – conceitos e métodos*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2011.

CONTANDRIOPOULOS, Francois. L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. *Révue d'Epidemiologie et Santé Publique*, v. 48, p. 517-539, 2000.

DONABEDIAN, Avedis. *Garantía y Monitoria de Calidad de la Atención Médica*. Un texto introductorio. Mimeo. 1990.

Dubois, Carl-Ardy, et al. Histórico da avaliação. In BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F; CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* (org.). *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 19-39.

FURTADO, Juarez Pereira; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. 12, p. 2643–2655, 2014.

GUBA, Egon; LINCOLN, Yvonna. *Fourth generation evaluation*. Sage Publications, Inc.1989

HADDAD, Jorge et al. *Educación permanente de personal de salud*. Washington: DC OPASs, 1994, 247p.

ISC. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Conheça o ISC. Disponível em: <http://www.isc.ufba.br/conheca-o-iscufba/>, acesso em 28 março 2023.

LAM, Steven; Skinner, Kelly. “The Use of Evaluability Assessments in Improving Future Evaluations: A Scoping Review of 10 Years of Literature (2008–2018).” *The American Journal of Evaluation* 42.4 (2021): 523-40. Web.

MCLAUGHLIN, John; JORDAN, Gretchen, Logic models: a tool for telling your programs performance story. *Evaluation and Program Planning*, 22, (1), 65-72. 1999

MEDINA, Maria Guadalupe *et al.* Uso de modelos teóricos na Avaliação em Saúde. In: VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.15-39.

MENESES, et al. Panorama dos Cursos de Graduação em Saúde Coletiva no Brasil entre 2008 e 2014. *Trab. educ. saúde* 15 (2). May-Aug 2017 • <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00060>

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PATTON, Michael. Qualitative research and evaluation methods. New Delhi: SAGE Publications, 2002.

ROSSI, Peter et al. Evaluation: a systematic approach. Beverly Hills: Sage Publications, 2004.

TEIXEIRA, Maurício Fernando Nunes. Perspectivas da Institucionalização e Formação em Avaliação no Contexto Atual do Sistema Único de Saúde. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Porto Alegre, 2016. 144 f. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/148245/001001463.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, acesso em: 18 março 2023.

VIEIRA DA SILVA, Ligia Maria; FURTADO, Juarez Pereira. A avaliação de programas de saúde: continuidades e mudanças Cad. Saúde Pública 36 (9), 2020. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00237219>

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. *Avaliação de Políticas e Programas de Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15-39. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/xzdnf/pdf/hartz-9788575415160-03.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2022.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria; FORMIGLI, Vera Lúcia. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cadernos em Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 90-91, 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/G36Dy7mLnQd6WttXQ8Jv5ZQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 abr. 2022.

## ✓ Comparabilidade dos resultados de avaliações presencial e on-line de serviços paulistas de atenção básica<sup>1</sup>

**Luceime Olívia Nunes<sup>1</sup>**

Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu (FMB), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva / São Paulo State University (UNESP), Medical School, Botucatu (FMB), Graduate Program in Public Health

**Elen Rose Lodeiro Castanheira<sup>2</sup>**

Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu (FMB), Departamento de Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva / São Paulo State University (UNESP), Medical School, Botucatu (FMB), Department of Public Health, Graduate Program in Public Health

**Thais Fernanda Tortorelli Zarili<sup>2</sup>**

Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Ciências Biológicas da Saúde (CCBS) Western Paraná State University, Center of Biological and Health Sciences (CCBS)

**Caroline Eliane Couto<sup>2</sup>**

Universidade Estadual Paulista (Unesp), Faculdade de Medicina, Botucatu (FMB), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva / São Paulo State University (UNESP), Medical School, Botucatu (FMB), Graduate Program in Public Health

**Resumo:** O objetivo é comparar os resultados de duas avaliações externas com coleta de dados distintas: AE-PMAQ-AB do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, realizada de modo presencial por instrumento eletrônico, com os da avaliação via web pelo sistema QualiAB. A avaliação da comparabilidade foi realizada por meio de amostra não probabilística do tipo intencional extraída do pareamento dos bancos de dados dos dois inquéritos no estado de São Paulo, entre 2017/2018. Foram pareados 709 serviços com uma equipe de saúde da família de 286 municípios. Os escores médios foram comparados e ajustados modelos de regressão linear com resposta normal para o escore geral e por domínio. Observou-se comparabilidade entre os resultados, embora os escores da AE-PMAQ-AB tenham sido maiores que os do QualiAB. Inquéritos autoadministrados via web oferecem resultados mais rápidos, com menor custo. Representam uma alternativa para avaliações de serviços de atenção básica.

**Palavras-chave:** Atenção Básica, Atenção Primária à Saúde, Pesquisa sobre Serviços de Saúde, Avaliação em Saúde, Inquéritos e Questionários.

<sup>1</sup> Artigo referente à Tese de Doutorado: NUNES, L. O. (2021). Avaliação externa do PMAQ-AB e avaliação autoaplicável pelo sistema QualiAB: uma análise entre instrumentos de avaliação de serviços de Atenção Básica no Brasil, 272 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina – Campus Botucatu, UNESP, Botucatu. Desenvolvido com Bolsa da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior). <sup>2</sup> GRUPO DE PESQUISA CNPQ: QUALIAB: avaliação de serviços e tecnologias de atenção básica em sistemas regionalizados de saúde (dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/5933163047018811)

## EN Comparability of results of in-person and online assessments of primary care facilities in São Paulo state

**Abstract:** The aim is to compare the results of two external assessments with distinct data collection methods: the AE-PMAQ-AB, from the National Program for Access and Quality Improvement in Primary Care, conducted through in-person interviews using electronic tools, and the QualiAB, a web-based self-response survey. The comparability between these two assessments, which were carried out in the state of São Paulo between 2017 and 2018, was verified through an intentional non-probabilistic sample extracted from the pairing of their databases. A total of 709 facilities that have one family health team were paired from 286 municipalities. The average scores were compared, and linear regression models were adjusted with normal response for overall and domain-specific scores. The comparability between the results was ascertained, although the AE-PMAQ-AB scores were higher than the QualiAB ones. Web-based self-response surveys provide results faster and at a lower cost, being an alternative for evaluating primary care services.

**Key-words:** Primary Health Care. Health Services Research. Health Evaluation; Surveys and Questionnaires

## ES Comparabilidad de los resultados de las evaluaciones presenciales y en línea de los servicios de atención primaria en São Paulo

**Resumen:** El objetivo es comparar los resultados de dos evaluaciones externas con diferente recolección de datos: AE-PMAQ-AB del Programa Nacional para la Mejora del Acceso y Calidad de la Atención Primaria, realizadas de manera presencial por instrumento electrónico, con los de la evaluación vía web por el sistema QualiAB. La evaluación de la comparabilidad se realizó utilizando una muestra no probabilística intencional extraída del emparejamiento de las bases de datos de las dos encuestas en el estado de São Paulo, entre 2017/2018. Se emparejaron 709 servicios con un equipo de salud de la familia de 286 municipios. Se compararon las puntuaciones medias y se ajustaron modelos de regresión lineal con respuesta normal para la puntuación global y por dominio. Se observó comparabilidad entre los resultados, aunque las puntuaciones de AE-PMAQ-AB fueron superiores a las de QualiAB. Las encuestas web autoadministradas ofrecen resultados más rápidos a un costo menor. Representan una alternativa para evaluar los servicios de atención primaria.

**Palabras-clave:** Atención Primaria de Salud. Investigación sobre Servicios de Salud. Evaluación en Salud; Encuestas y Cuestionarios

## FR Évaluation des services de soins primaires: comparabilité des résultats des évaluations en face à face et en ligne

**Résumé:** L'objectif est de comparer les résultats de deux évaluations externes avec des collectes de données différentes : AE-PMAQ-AB du Programme National d'Amélioration de l'Accès et de la Qualité des Soins Primaires, réalisées en personne par instrument électronique, avec ceux de l'évaluation via web par le système QualiAB. L'évaluation de la comparabilité a été réalisée à partir d'un échantillon intentionnel non probabiliste extrait du couplage des bases de données des deux enquêtes dans l'État de São Paulo, entre 2017/2018. 709 services ont été jumelés à une équipe de santé familiale de 286 municipalités. Les scores moyens ont été comparés et ajustés des modèles de régression linéaire avec une réponse normale pour le score global et par domaine. Une comparabilité entre les résultats a été observée, même si les scores AE-PMAQ-AB étaient supérieurs à ceux de QualiAB. Les sondages en ligne auto-administrés offrent des résultats plus rapides à moindre coût. Ils représentent une alternative pour l'évaluation des services de soins primaires.

**Mots-clés:** Soins de santé primaires. Recherche sur les services de santé. Évaluation de la Santé; Enquêtes et questionnaires

## Introdução

Pesquisas avaliativas sobre serviços de Atenção Básica (AB) ganham destaque nos processos de qualificação da AB, especialmente como parte de investimentos para fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS). Enfrentam o desafio de agregar produção de conhecimentos e qualificação de práticas de saúde de modo coerente com compromissos éticos e políticos de contribuir com mudanças que efetivem uma atenção universal, integral e equânime.

A escolha do instrumento para a avaliação depende da finalidade e das perguntas avaliativas que se quer responder, assim como das especificidades dos serviços e sistemas de saúde em cada diferente contexto. Nesse sentido, pode-se afirmar que não há um instrumento que avalie simultaneamente toda complexidade de ações e dimensões da atenção à saúde sob responsabilidade dos serviços de AB. As avaliações requerem focos definidos e a eleição de estratégias de promoção da qualidade que contemplem necessidades de aprimoramento dos serviços, o que pode ser visto com uso de variados instrumentos e a partir de diferentes ângulos e perspectivas teórico metodológicas (Castanheira, et al., 2015; Fracolli et al, 2014 Medina et al, 2018; Souza Oliveira et al., 2023).

Há diversos instrumentos de avaliação de serviços de AB conhecidos e validados internacionalmente, com diferentes focos e escopo avaliativo (Janamian, et al. 2016; Brennan et al, 2012). Entre os que têm uma versão validada em português e vem sendo utilizado no Brasil, destaca-se o PCATool - *Primary Care Assessment Tool*, que avalia os quatro atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, integralidade e gestão do cuidado) e os três atributos derivados (competência cultural, orientação familiar e orientação comunitária) da Atenção Primária à Saúde (APS), de acordo com usuários e profissionais (Prates et al., 2017; Starfield, 2002). Este instrumento foi atualizado e proposto como base da avaliação nacional de serviços de AB pelo Ministério da Saúde em 2020 (Brasil, 2020), mas não chegou a ser implementado como política de estado neste último período.

Ainda que seja interessante que avaliações de serviços de AB sejam feitas com instrumentos validados internacionalmente, pois permitem análises comparativas e ampliação do diálogo com a experiência de outros países, a elaboração de instrumentos e estratégias de avaliação que contemplem especificidades da AB brasileira pode orientar ações

de planejamento e educação permanente alinhados com os princípios e diretrizes do SUS e da AB, conforme previsto na Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2017a). Entretanto, a adequação do instrumento ao contexto não prescinde que o mesmo possua embasamento científico e tenha confiabilidade, validade e viabilidade (Campbell et al., 2003; Souza; Alexandre; Guirardello, 2017).

O presente trabalho compara resultados de duas avaliações externas, ou seja, realizadas por avaliadores sem vinculação direta com os serviços avaliados (Aguilar, Ander-Egg, 1994; Novaes, 2000), desenvolvidas no Brasil: a Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AE-PMAQ-AB) realizada por meio de instrumentos informatizados aplicados presencialmente por entrevistadores treinados (Bay Júnior et al, 2022; Macinko; Harris; Rocha, 2017), e a Avaliação da Qualidade de Serviços de Atenção Básica - QualiAB, realizada por instrumento de auto resposta via *web* (Castanheira et al., 2016). A finalidade é verificar a similaridade dos resultados destas duas experiências de avaliação de serviços de AB que têm em comum um mesmo foco avaliativo – a estrutura e organização dos serviços de AB – e baseiam-se em critérios e padrões definidos por políticas, consensos e experiências nacionais. Diferenciam-se em relação aos instrumentos e estratégias de coleta de informações, além de possuírem distintos graus de institucionalização e de abrangência territorial.

Embora o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) tenha sido descontinuado, foram realizados três ciclos avaliativos em nível nacional (entre 2011 e 2018), representou a estratégia política e institucional de avaliação de serviços de AB de maior abrangência e relevância ocorrida no Brasil. Enquanto mecanismo de gestão e remuneração por desempenho, foi objeto de revisão desde a formulação de seu desenho e implementação, com a participação de parceiros como o Banco Interamericano de Desenvolvimento e a Organização Pan-Americana da Saúde, especialistas nacionais, universidades e governos federal e locais (Brasil, 2017b; Macinko; Harris; Rocha, 2017). O processo e os resultados do PMAQ, possibilitaram a produção de diversos trabalhos no campo da avaliação em saúde, contribuindo para a produção científica nessa área (Brum et al., 2023; Lopes et al., 2022; Piffer; Matos, 2020; Soares; Ramos, 2020).

O PMAQ-AB, era constituído por três fases com dois momentos avaliativos direcionados aos serviços, o primeiro composto por um

instrumento de autoavaliação (AMQ ou outro de escolha municipal) e um segundo realizado por meio de avaliação externa (AE-PMAQ-AB) composta por 6 módulos: dois relacionados à estrutura e à organização do processo de trabalho, um direcionado aos usuários, um ao NASF e dois relativos à estrutura e organização da Saúde Buca, disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento\\_amaq\\_ab\\_sb\\_3ciclo.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_amaq_ab_sb_3ciclo.pdf) (Brasil, 2017c).

A coleta de dados da AE-PMAQ-AB foi realizada por meio de um questionário eletrônico instalado em tablets, aplicado por entrevistadores *in loco* e enviado de forma on-line a um sistema de validação do banco de dados do Ministério da Saúde (Bay Júnior et al, 2022). Seus resultados impactaram diretamente na certificação e no repasse do incentivo financeiro às equipes de Atenção Básica, pois representavam 60% da nota final atribuída para avaliação de desempenho realizada pelo PMAQ-AB (Brasil, 2017b).

No estado de São Paulo, além de avaliações pelo PMAQ e das realizadas com uso do PCATool também têm destaque os inquéritos realizados com o QualiAB (Souza Oliveira et al, 2023). Esse último instrumento, validado por processos iterativos de pesquisa (Castanheira et al., 2011; Zarili et al, 2021) foi utilizado em inquéritos municipais e regionais (em 2006, 2007, 2014) e em avaliações que abrangeram o estado como um todo (em 2010, 2017 e 2022) com apoio dos municípios, por meio do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de São Paulo (COSEMS/SP) e da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES/SP) (Castanheira et al., 2020).

O Sistema de Avaliação QualiAB (<https://abasica.fmb.unesp.br>), é composto por um questionário estruturado de autoaplicação via *web*, composto por 115 questões que geram 101 indicadores, um manual com os critérios e padrões utilizados e relatórios disponibilizados ao final do processo. É respondido por profissionais de serviços de AB, sob responsabilidade do gerente local a partir de adesão voluntária do gestor municipal. Não está vinculado a nenhum incentivo financeiro. Logo após a finalização os resultados são disponibilizados para os serviços e gestores municipais por meio de relatórios e orientações sobre cada indicador, e para o gestor estadual ao final do processo no estado (Castanheira et al., 2016; 2020). Os resultados dos inquéritos realizados têm sido alvo de estudos com diferentes recortes em relação ao desempenho dos serviços de AB (Nunes et al., 2018; Placideli et al., 2020; Sanine et al., 2018).

Embora o questionário eletrônico QualiAB não seja um instrumento de autoavaliação, no qual os participantes julgam o quanto suas práticas se aproximam do padrão avaliado (Bousquat et al., 2017), foi utilizado com essa finalidade como uma das alternativas de instrumento na primeira etapa do PMAQ-AB, em 2017, em alguns municípios do estado de São Paulo. Esse uso foi possível por se tratar de um instrumento autoaplicável, com resultados que explicitam os indicadores e orientações relativos à estrutura e organização do processo de trabalho e que são imediatamente disponibilizados, via *web*, para cada unidade ao final do envio do questionário. Nesse sentido, pode permitir a construção de matrizes de intervenção com base nas necessidades de reorganização identificadas nos resultados, conforme previsto no PMAQ-AB como exigência para participação dos serviços da etapa de avaliação externa (AE-PMAQ-AB).

Em seu último ciclo, o PMAQ ampliou o uso de tecnologias informatizadas que permitiram o acompanhamento da coleta de dados durante a AE-PMAQ-AB pelos supervisores de campo, que checavam a consistência dos dados antes de enviá-los ao Ministério da Saúde. Entretanto, a abordagem *in loco* de aproximadamente 43.000 equipes de saúde da família (eSF) e de atenção básica parametrizadas, com a coordenação de instituições de ensino superior em todos os estados brasileiros, ainda requisitou um processo centralizado de consolidação dos bancos de dados, o que retardou o acesso dos serviços e municípios a seus resultados (Medeiros, 2019).

A necessidade de investir na qualificação das unidades básicas por meio de mudanças na organização dos processos de trabalho, continua presente (Brum et al., 2023; Lopes et al., 2022; Nunes et al., 2018, Piffer; Matos, 2020; Sanine et al., 2018; Soares; Ramos, 2020) mantendo e renovando questões que se colocam para novos processos avaliativos com esse foco. Nesse sentido, a finalização dos ciclos avaliativos do PMAQ-AB, definido pelo Ministério da Saúde a partir do Programa Previne Brasil (Rodrigues et al, 2021), amplia a importância de instrumentos de avaliação que abordem a estrutura e processos em curso na AB, e valoriza a proposta de verificar a comparabilidade entre essas duas diferentes estratégias de avaliação - AE-PMAQ-AB e QualiAB.

Deve-se ponderar que entre as diferenças das duas avaliações analisadas, está o fato da AE-PMAQ-AB compor uma das etapas de um amplo programa de avaliação de qualidade da AB, ao contrário do sistema QualiAB, mais diretamente voltado à organização do



trabalho e gerenciamento local dos serviços de AB, realizado numa única etapa. Em que pese as diferenças de amplitude, e considerando as mudanças de contexto desde a última avaliação pelo PMAQ-AB, coloca-se a seguinte questão – um inquérito realizado on-line por meio de questionário de autorresposta, como o QualiAB, tem resultados equivalentes a avaliações de estrutura e processo realizadas por instrumento eletrônico aplicado de modo presencial?

## Método

Trata-se de pesquisa avaliativa sobre a comparabilidade dos resultados de duas avaliações de serviços de AB que contam com diferentes metodologias de aplicação e que utilizam instrumentos com mesmo foco e conjunto de valores que orientam os padrões e critérios utilizados. Foi realizado por meio de abordagem quantitativa, tendo por objeto duas formas distintas de coleta de dados.

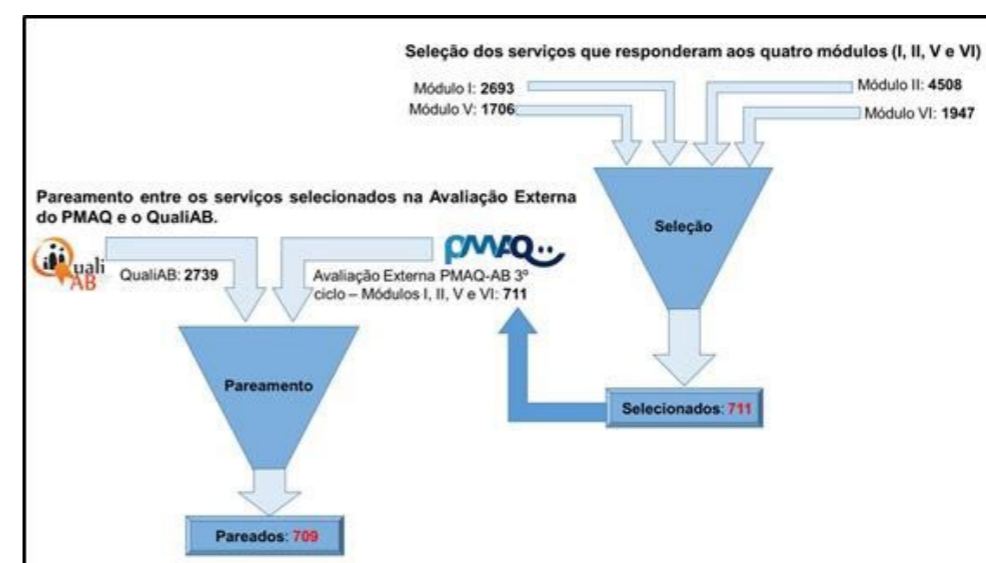
O estudo foi constituído por uma amostra não probabilística do tipo intencional, extraída dos bancos de dados dos inquéritos do QualiAB e da AE-PMAQ-AB 3º Ciclo, ocorridos no período de maio a novembro de 2017 e de maio a agosto de 2018 no estado de São Paulo (SP), respectivamente. Participaram do QualiAB 2739 unidades de 514 municípios (Nunes et al., 2023, 2021), e da AE-PMAQ-AB 2693 unidades de 564 municípios (Brasil, 2022).

## O processo de pareamento e pontuação

A AE-PMAQ-AB é composta por seis instrumentos, dos quais foram utilizados para comparação apenas os que se referem às mesmas temáticas abordadas pelo QualiAB, presentes nos módulos I, II, V e VI. O número de respostas a cada módulo variava conforme o instrumento referia-se à Unidade Básica de Saúde (UBS) ou a cada eSF que integra a UBS. No estado de São Paulo o Módulo I foi respondido por 2693 serviços, contendo variáveis em relação à estrutura física, materiais, insumos e medicamentos; o Módulo II foi respondido por 4508 eSF ou UBS parametrizadas, referindo-se ao processo de trabalho e à organização do serviço; o Módulo V relativo aos 1706 serviços participantes que possuem equipe de Saúde Bucal, trazia informações com relação às condições de

infraestrutura, materiais e insumos de atenção odontológica; e o Módulo VI, respondido por 1947 equipes de Saúde Bucal (eBS) dessas unidades (Dados selecionados a partir dos microdados da Avaliação Externa disponíveis em: <http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>). Os módulos III (respondido pelos usuários) e IV (equipes do NASF – Núcleo de Atenção à Saúde da Família) não foram selecionados por se referirem a dimensões não abordadas pelo QualiAB (Nunes, 2021).

O primeiro critério de inclusão no estudo foi selecionar os serviços participantes da AE-PMAQ-AB, que responderam aos quatro módulos (I, II, V e VI) e que possuíssem apenas uma eSF, resultando em 711 UBS. Esse recorte foi necessário para permitir o pareamento dos serviços que participaram dos dois inquéritos, uma vez que a unidade de avaliação do QualiAB é o serviço de AB enquanto a do PMAQ-AB é a equipe, dificultando o pareamento com serviços com mais de uma equipe. A seguir, foram pareados os municípios e unidades que também responderam ao inquérito QualiAB, resultando em 709 UBS (Figura1). A identificação dos serviços foi conferida pelo CNES e dúvidas foram verificadas por meio de ligações telefônicas.



**Figura 1: Quantidade de serviços pareados participantes das avaliações: Sistema QualiAB e da AE-PMAQ-AB selecionados e pareados. Estado de São Paulo. 2017/2018**

A AE-PMAQ-AB não possui uma pontuação própria, uma vez que esta etapa da avaliação do PMAQ é utilizada para classificar ou desclassificar o serviço, de acordo com o percentual de respostas às

questões classificadas com os padrões: obrigatório, geral, essencial e estratégico.

Para viabilizar a comparação dos resultados entre as avaliações, foram selecionadas todas as questões utilizadas para classificação dos serviços em um dos padrões citados e as questões de comprovação documental. Também foram incluídas as questões numéricas, como por exemplo, o número de esfigmomanômetros, passando-se a considerar apenas a presença ou ausência do equipamento. Foram excluídas as consideradas descritivas, como o perfil do entrevistado e vínculo dos profissionais; e detalhamentos de uma mesma questão, como, por exemplo, cada item que compõe o carrinho de emergência.

Com estes critérios foram selecionadas 699 questões atribuindo-se uma pontuação baseada no percentual de respostas “sim” sobre o total, a partir de uma pontuação binária – sim (1) e não (0), de modo a definir um escore entre 0 e 100% para cada serviço participante da AE-PMAQ-AB.

Para os resultados do QualiAB foram mantidos os critérios de pontuação utilizados pelo sistema, do mesmo modo considerando-se escores entre 0 e 100%. Os escores finais de cada instrumento foram agrupados em 11 domínios, que reúnem questões que se referem a uma mesma temática. (Tabela 2 e 3).

Foi realizada análise descritiva dos resultados obtidos em ambas as avaliações, por desempenho geral e domínios, composta pela distribuição de frequências e medidas de tendência central, assim como, pela significância da diferença das médias entre as pontuações (Tabela 2 e 3).

Para a análise da relação entre os escores das avaliações AE-PMAQ-AB e QualiAB, foram ajustados no modelo de regressão linear com resposta normal como forma de explicar a variação do desempenho das unidades avaliadas pelo QualiAB, em função do desempenho alcançado por meio da AE-PMAQ-AB, para os resultados obtidos no escore geral e em cada domínio.

O banco gerado para este estudo, a partir da agregação dos dados das duas avaliações, foi organizado no Microsoft Excel® e encontra-se disponível em [https://figshare.com/articles/dataset/S1\\_Data\\_-\\_/21998430](https://figshare.com/articles/dataset/S1_Data_-_/21998430). Todas as análises deste estudo foram realizadas com o software SPSS 21®. A pesquisa segue a Resolução nº 446/2012 e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FMB/UNESP, Parecer nº 2.532.658, CAAE: 83479417.7.0000.5411 em 8/3/2018.

## Resultados

Participaram da análise serviços localizados em 286 municípios com diferentes portes populacionais. Pode-se observar que a proporção dos municípios do estudo é análoga à proporção dos municípios de SP por porte populacional; e que 80% dos serviços participantes estão localizados em municípios com até 50 mil habitantes, conforme a Tabela 1 (IBGE, 2022).

**Tabela 1 - Distribuição dos municípios com serviços de atenção básica selecionados e pareados nas avaliações AE-PMAQ-AB e QualiAB, segundo tamanho populacional. Estado de São Paulo, 2017-2018**

População	Pareados		Estado de São Paulo	
	N	%	N	%
até 5.000 habitantes	104	24,0	145	22,5
de 5.001 até 10.000	74	17,1	123	19,1
de 10.001 até 20.000	89	20,5	120	18,6
de 20.001 até 50.000	79	18,2	120	18,6
de 50.001 até 100.000	42	9,7	59	9,1
de 100.001 até 500.000	41	9,4	69	10,7
mais de 500.000	5	1,2	9	1,4
<b>Total</b>	<b>434</b>	<b>100,0</b>	<b>645</b>	<b>100,0</b>

Fonte: IBGE, 2022  
(<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6579>)

Na Tabela 2 pode-se observar o desempenho dos serviços segundo as respostas aos dois instrumentos. A média geral dos 709 serviços segundo a AE-PMAQ-AB foi de 13,7 pontos a mais que a média geral do QualiAB. As menores medianas em ambos os instrumentos foram no domínio de oportunidades de qualificação profissional, enquanto as maiores foram para a AE-PMAQ-AB na Saúde da Criança e do Adolescente e para o QualiAB na Saúde Bucal (Tabela 2).

**Tabela 2 – Desempenho geral e por domínios segundo os instrumentos AE-PMAQ-AB e QualiAB, estado de São Paulo, 2017/2018.**

W	AE-PMAQ-AB						QualiAB					
	Média	Md	Máx	Mín	1° Q	3° Q	Média	Md	Máx	Mín	1° Q	3° Q
<b>GERAL</b>	<b>71,7</b>	<b>71,8</b>	<b>92,3</b>	<b>45,8</b>	<b>66,7</b>	<b>77,5</b>	<b>58,0</b>	<b>59,4</b>	<b>89,6</b>	<b>16,8</b>	<b>47,5</b>	<b>67,8</b>
Recursos Materiais e Procedimentos Básicos	61,7	60,9	91,6	27,4	50,0	74,1	58,8	58,3	100,0	8,3	37,5	83,3
Informação, Planejamento e Avaliação	73,6	76,9	92,3	23,1	69,2	84,6	63,1	66,7	100,0	16,7	50,0	75,0
Gerência da Unidade	<b>85,0</b>	84,6	100,0	23,1	76,9	100,0	62,3	66,7	100,0	8,3	50,0	75,0
Oportunidades de qualificação profissional	66,6	50,0	100,0	0,0	50,0	100,0	24,0	22,2	77,8	0,0	5,6	38,9
Organização do Fluxo Assistencial	<b>93,1</b>	95,0	100,0	30,0	90,0	100,0	59,4	60,0	100,0	10,0	50,0	70,0
Educação em Saúde	<b>84,6</b>	86,4	100,0	0,0	77,3	95,5	54,5	50,0	100,0	0,0	37,5	75,0
Atenção a Agravos de Relevância Epidemiológica e Social	68,4	71,4	100,0	7,1	47,6	90,5	62,9	63,3	100,0	16,7	50,0	76,7
Saúde da Mulher	88,4	92,9	100,0	28,6	83,3	97,6	63,6	66,7	94,4	11,1	55,6	75,0
Saúde da Criança e do Adolescente	<b>90,0</b>	95,2	100,0	9,5	85,7	100,0	51,3	50,0	100,0	0,0	35,0	65,0
Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa	75,7	80,0	100,0	6,7	63,3	90,0	65,8	69,2	100,0	7,7	50,0	80,8
Saúde Bucal	74,8	75,0	96,8	44,1	69,1	80,0	72,2	83,3	100,0	0,0	66,7	83,3

Fonte: próprio autor

Uma outra aproximação para comparação dos resultados pode ser feita pela média da diferença geral e em cada domínio, considerando-se o escore obtido em cada unidade pelo QualiAB e pela AE-PMAQ-AB. Pode-se observar que existe uma diferença significativa entre as duas pontuações, indicando que as maiores diferenças são encontradas no domínio *Oportunidades de qualificação profissional*

seguida pela *Saúde da Criança e do Adolescente*, e a menor diferença está no domínio *Saúde Bucal* (Tabela 3).

**Tabela 3 - Média da diferença entre as pontuações do QualiAB e da AE-PMAQ-AB, geral e por domínios, de 709 UBS segundo escores, Estado de São Paulo, 2017/2018.**

Domínios	Média	Dp	Inferior	Superior	p
GERAL	-13,67	13,52	-14,67	-12,68	<0,001
Recursos Materiais e Procedimentos Básicos	-2,87	18,01	-4,20	-1,54	<0,001
Informação, Planejamento e Avaliação	-10,47	23,61	-12,21	-8,72	<0,001
Gestão da Unidade	-22,70	18,35	-24,06	-21,35	<0,001
Oportunidades de qualificação profissional	-42,67	28,77	-44,79	-40,54	<0,001
Organização do Fluxo Assistencial	-33,78	20,96	-35,33	-32,23	<0,001
Educação em Saúde	-30,18	27,90	-32,24	-28,13	<0,001
Atenção a Agravos de Relevância Epidemiológica e Social	-5,47	24,95	-7,31	-3,63	<0,001
Saúde da Mulher	-24,86	14,82	-25,95	-23,77	<0,001
Saúde da Criança e do Adolescente	-38,69	21,61	-40,28	-37,09	<0,001
Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa	-9,87	23,14	-11,58	-8,16	<0,001
Saúde Bucal	-2,60	21,32	-4,17	-1,03	,001

Fonte: próprio autor

Na Tabela 4 pode-se observar a magnitude da relação entre as pontuações QualiAB e AE-PMAQ-AB, ou seja, o efeito da pontuação PMAQ sobre a pontuação QualiAB. No escore geral, a cada 1 ponto a mais na AE-PMAQ-AB, a pontuação QualiAB aumenta em média 0,51 pontos ( $b = 0,51$ ), variando entre 0,23 (Atenção a Agravos de Relevância Epidemiológica e Social) a 0,69 (Saúde Bucal) nos domínios com significância estatística.

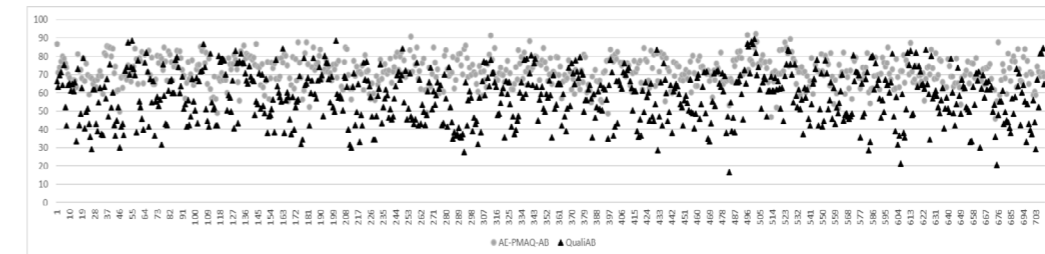
**Tabela 4- Modelos de regressão linear com resposta normal para a pontuação geral e por domínios do QualiAB em função da pontuação da AE-PMAQ-AB**

Variável	b	IC95%		P
(Constante)	21,57	12,77	30,36	,000
Geral_AE-PMAQ-AB	0,51	0,39	0,63	,000
(Constante)	18,81	24,61	13,02	,000
Recursos Materiais e Procedimentos Básicos _ AE-PMAQ-AB	1,26	1,17	1,35	,000
(Constante)	61,11	53,90	68,33	,000
Informação, Planejamento e Avaliação _ AE-PMAQ-AB	0,03	-0,07	0,12	,581
(Constante)	23,33	15,42	31,24	,000
Gestão da Unidade _ AE-PMAQ-AB	0,46	0,37	0,55	,000
(Constante)	16,27	12,85	19,69	,000
Oportunidades de qualificação profissional _ AE-PMAQ-AB	0,12	0,07	0,16	,000
(Constante)	32,55	17,51	47,60	,000
Organização do Fluxo Assistencial _ AE-PMAQ-AB	0,29	0,13	0,45	,000
(Constante)	11,90	0,81	22,98	,035
Educação em Saúde _ AE-PMAQ-AB	0,50	0,37	0,63	,000
(Constante)	46,83	42,94	50,72	,000
Atenção a Agravos de Relevância Epidemiológica e Social _ AE-PMAQ-AB	0,23	0,18	0,29	,000
(Constante)	23,87	17,85	29,90	,000
Saúde da Mulher _ AE-PMAQ-AB	0,45	0,38	0,52	,000
(Constante)	16,35	7,47	25,24	,000
Saúde da Criança e do Adolescente _ AE-PMAQ-AB	0,39	0,29	0,49	,000
(Constante)	42,39	36,75	48,04	,000
Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa _ AE-PMAQ-AB	0,31	0,24	0,38	,000
(Constante)	20,26	6,02	34,50	,005
Saúde Bucal _ AE-PMAQ-AB	0,69	0,51	0,88	,000

Fica claro que, de um modo geral, o desempenho segundo os escores atribuídos pela avaliação AE-PMAQ-AB são maiores que os alcançados na avaliação pelo QualiAB. Entretanto, embora haja uma dispersão do escore geral, existe uma relação positiva entre as

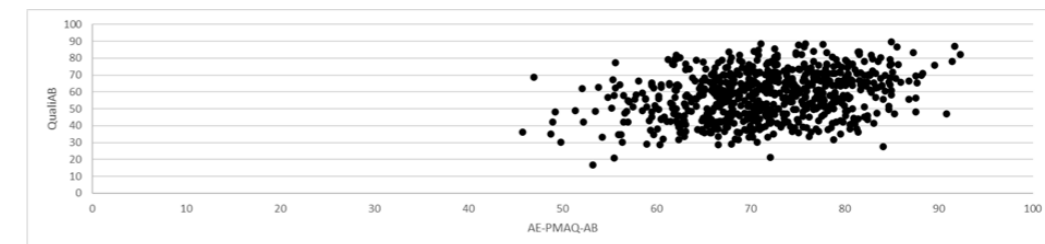
duas pontuações, ou seja, o aumento dos escores da AE-PMAQ-AB é acompanhado pelo aumento dos escores do QualiAB.

As figuras 2 e 3 apresentam duas imagens complementares, com a dispersão dos escores médios obtidos em cada serviço e com o cruzamento da dispersão do escore geral obtido em cada avaliação.



**Figura 2. Gráfico de dispersão segundo escore geral médio por UBS obtidos nos inquéritos AE-PMAQ-AB e QualiAB, segundo as avaliações AE-PMAQ-AB e QualiAB, Estado de São Paulo, 2017/2018.**

**FIGURA 3**



**Figura 3. Gráfico de dispersão segundo o cruzamento dos escores médios, segundo as avaliações AE-PMAQ-AB e QualiAB, Estado de São Paulo, 2017/2018.**

Apesar da diferença observada entre as médias, as unidades avaliadas com melhor e pior desempenho pela AE-PMAQ-AB correspondem àquelas avaliadas com esses desempenhos equivalentes pelo QualiAB, indicando que há uma relação positiva entre as avaliações QualiAB e a AE-PMAQ-AB.

## Discussão

Os resultados apontam que há equivalência entre os resultados das duas abordagens avaliativas. As avaliações utilizaram critérios e padrões comuns, chegando a resultados análogos mesmo com metodologias distintas de coleta de dados e de pontuação. Ainda que apresentem diferenças nas médias obtidas, os desempenhos variam num mesmo sentido, ou seja, as unidades com os maiores e menores escores são correspondentes nas duas avaliações, como pode ser visualizado na Figura 2.

Ambas já demonstravam boa capacidade de discriminação das diferenças existentes na organização do processo de trabalho entre os serviços de AB (Brum et al., 2023; Lopes et al., 2022; Nunes, et al, 2018; 2023; Placideli et al., 2020; Soares; Ramos, 2020), mas mantiveram uma tendência de melhor escore pela pontuação atribuída à AE-PMAQ-AB em relação ao QualiAB, o que pode estar relacionado a diferentes fatores.

Um aspecto a considerar é a própria capacidade de indução de melhorias pelas fases iniciais do PMAQ. Como os inquéritos foram realizados com algum intervalo de tempo, com antecedência do QualiAB em relação à AE-PMAQ-AB, pode ter havido melhorias e adequações induzidas pela etapa de autoavaliação e pela matriz de planejamento dela decorrente, resultando em escores mais elevados na avaliação externa.

De fato, a literatura aponta a melhoria na infraestrutura, recursos materiais e na organização do processo de trabalho em serviços participantes de avaliações realizadas pelo PMAQ-AB, reafirmando a importância da avaliação no incremento da qualidade dos serviços (Brum et al., 2023; Feitosa et al., 2016; Lopes et al., 2022; Sampaio et al., 2016; Silva et al., 2017; Soares, Ramos, 2020). Estudos internacionais confirmam a ocorrência de uma maior tendência em respostas socialmente desejáveis em abordagens presenciais quando comparadas com inquéritos via *web* (Kocjan; Lavtar; Sočan, 2023; Berzelak; Vehovar, 2018). Entretanto, pode-se levantar a possibilidade de respostas que superestimem a qualidade das ações de fato desenvolvidas também nos inquéritos via *web*. Isso não se confirmou, observando-se que, comparado à AE-PMAQ-AB, a metodologia adotada pelo Sistema QualiAB não induziu a busca da melhor resposta por parte dos participantes.

Outro fator que pode ter influenciado no maior escore obtido pela AE-PMAQ-AB, foi um efeito indesejável relatado por alguns entrevistadores: a adaptação momentânea de algumas UBS de modo a atender aos critérios da avaliação externa e assim evitar penalizações relativas a repasses financeiros. Esse efeito foi nominado negativamente de “PMAQuiagem”, uma junção de PMAQ com maquiagem, e foi difundido entre os envolvidos no trabalho de campo (Carvalho; Andrade, 2022; Rodrigues, et al, 2021; Siqueira, et al. 2019).

Por outro lado, o tipo de pontuação utilizada pelo QualiAB estabelece uma gradação entre o que é insuficiente, aceitável e esperado para cada indicador (disponível em [www.abasica.fmb.unesp.br](http://www.abasica.fmb.unesp.br)), definindo um patamar de exigência mais elevado do que tende a ser estabelecido por uma pontuação binária (sim/não), como foi atribuída à AE-PMAQ-AB. Além disso, o QualiAB utiliza muitos indicadores “compostos”, ou seja, que definem a pontuação com base na exigência de realização de várias ações sobre um mesmo quesito, o que também estabelece um grau de exigência maior quando comparado à ocorrência ou não de cada ação isolada.

Por exemplo, no domínio “Saúde da Mulher” a questão sobre os exames realizados durante a gestação não avalia somente a solicitação de cada exame, mas qualifica o serviço pelo cumprimento do protocolo de atenção ao Pré-natal de baixo risco, ou seja, somente a solicitação do conjunto dos exames previstos de rotina em cada trimestre, durante todo período gestacional, é considerado como atingindo o esperado (Castanheira et al., 2016).

Um outro exemplo é a definição da área de abrangência. A AE-PMAQ-AB questiona sobre a existência ou não da área de abrangência delimitada (Brasil, 2017c). O QualiAB apresenta diferentes alternativas que procuram discriminar a forma como a área foi delimitada, arguindo se a definição do território foi feita por meio de planejamento participativo, considerando a realidade local e a facilidade de acesso; se foi feita administrativamente pela instância municipal responsável pela saúde; ou ainda, se é a equipe que define uma área para realizar ações na comunidade (Castanheira et al., 2016). A abordagem mais detalhada do modo como as ações são realizadas possibilita níveis mais elevados de exigência.

As avaliações externas, como a realizada como parte do PMAQ, têm sido criticadas por alguns autores principalmente nos seguintes aspectos: a presença de entrevistador externo, pode ser vista por

muitos participantes como “auditores”, o que tensiona os respondentes prejudicando a avaliação (Albuquerque et al., 2013; Fausto; Fonseca, 2013; Melo, et al, 2018; Melo, et al, 2017; Riquieri et al., 2019); a aplicação dos módulos diretamente para um único profissional, pode ser uma limitação em relação ao interesse de participação de outros profissionais, particularmente dos agentes comunitários de saúde (Garcia et al., 2018) e dos profissionais médicos (Albuquerque et al., 2013); e a dificuldade com deslocamentos devido a grandes distâncias entre os serviços avaliados. Pode-se agregar a esses limites, o custo envolvido com a estrutura necessária a uma avaliação externa de abrangência nacional.

Por outro lado, as avaliações via *web* podem ter respostas influenciadas pela dificuldade de acesso à internet e a equipamentos informatizados, o que ainda ocorre em muitos serviços de AB; por dificuldades dos participantes em interpretar corretamente o que está sendo questionado, ou mesmo, em lidar com o sistema utilizado pelo inquérito, e ainda, por falhas do programa e instabilidades do provedor. A literatura também aponta que inquéritos via *web* abrem a possibilidade dos participantes reverem as respostas já dadas durante o processo, de modo a adequá-las ao esperado (Heiervang, 2011; Nayak, 2019; Wyatt, 2000). Soma-se a isso ou, em parte decorrente dessas dificuldades, alguns relatos de participantes do inquérito QualiAB sobre a centralização das respostas pelo gerente local, realizada muitas vezes fora da unidade e sem a participação e compartilhamento com a equipe, conforme é orientado.

De um modo geral, os estudos referem que os inquéritos via *web* enfrentam desafios como a amostragem, a taxa de resposta, as características dos não respondentes, a manutenção da confidencialidade e as questões éticas, embora assinalem as vantagens quanto ao custo e rapidez da devolutiva dos resultados aos participantes (Heiervang, 2011; Nayak, 2019; Wyatt, 2000)

### Limites do estudo

Apesar da similaridade de critérios avaliativos, a heterogeneidade dos dois modelos de avaliação também pode ser considerada como um limite, já que não diferem apenas na forma de coleta de informações. Outro limite a assinalar é o fato do universo de serviços

utilizados na comparação ser composto por UBS com apenas uma eSF, o que não representa o universo que integrou nenhum dos dois inquéritos e pode ter inserido um viés de análise. Um terceiro aspecto diz respeito a não simultaneidade da realização dos dois inquéritos, e o processo de atribuição de pontuações em escala binária para as questões da AE-PMAQ-AB.

### Considerações finais

A AB brasileira é desenvolvida por equipes que assistem a territórios com uma grande diversidade de cenários, como aglomerados urbanos, muitas vezes isolados com difícil acesso; população ribeirinha; comunidades rurais; regiões com alto grau de violência; regiões centrais e áreas nobres, como nas capitais do país, entre outras. Nesse contexto, e considerando as diretrizes do SUS, torna-se mais produtivo contar com diferentes estratégias de avaliação, já que um único instrumento não abordará todas as dimensões que podem qualificar os serviços para obtenção de melhores resultados.

A utilização de inquéritos eletrônicos de autorresposta facilita a execução, pois supera dificuldades de acesso aos territórios e proporciona uma maior rapidez de acesso aos resultados por parte das unidades e dos gestores, o que permite um mais amplo uso dos resultados no planejamento de mudanças. Neste trabalho, a comparabilidade entre os resultados dos dois inquéritos demonstrou a possibilidade de uso de avaliações de serviços de AB via *web*, autoadministradas pelos responsáveis locais pelas unidades básicas, dando maior autonomia à construção de intervenções adequadas à realidade local.

Além disso, a elaboração e manutenção de plataformas informatizadas possuem um menor custo e constituem-se numa importante estratégia para continuidade das avaliações de serviços, especialmente com as mudanças ocorridos no contexto mundial, a partir da pandemia por covid-19, que colocou as abordagens remotas como estratégias de trabalho e parte integrante da reorganização dos serviços de AB.

Entretanto, a eleição das estratégias de coleta de dados não deve ser orientada apenas pelo custo. A complementariedade entre diferentes formas de coleta de dados deve ser avaliada e pode ser uma

alternativa que amplie a capacidade de uso dos resultados tanto para a pesquisa como para a gestão e planejamento. Avaliações via *web* podem, por exemplo, ser complementadas por avaliações externas por amostragem, de acordo com a finalidade da avaliação.

Investir em modelos alternativos de avaliação contribui com o debate sobre qual a AB deve ser efetivada no país. As avaliações analisadas partem de um mesmo horizonte ético normativo, em outras palavras, partem de um mesmo conjunto de valores para organização das práticas na AB, que podem ser fortalecidos e revisitados num processo de investimento no SUS enquanto um sistema universal de saúde e parte de um projeto civilizatório.

## REFERÊNCIAS

AGUILAR, Maria José; ANDER-EGG, Ezequiel. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Ed. Vozes, 1994.

ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso de et al. Reflexões sobre o processo de realização da PMAQ-AB no contexto da regionalização no Estado de Pernambuco. In: FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; FONSECA, Helena Maria Seidl. **Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB**. Rio de Janeiro: Saberes. p. 88-113, 2013.

BAY JÚNIOR Osvaldo de Goes, et. al. Using the PMAQ-AB Mobile App and Management System to Evaluate the Quality of Primary Health Care in Brazil: Qualitative Case Study. **JMIR Form Res**. 2022 Jul 29;6(7):e35996. doi: 10.2196/35996. PMID: 35904848; PMCID: PMC9377477

BERZELAK, Nejc., VEHOVAR, Vasja. Mode effects on socially desirable responding in web surveys compared to face-to-face and telephone surveys. **Metodoloski zvezki**, 15(2), 21-43, 2018.

BOUSQUAT, Aylene Emilia Moraes, et al. Avaliação da atenção primária à Saúde. In: TANAKA, Oswaldo Yoshimi; RIBEIRO, Edith Lauridsen; ALMEIDA, Cristiane Andrea Locatelli de. **Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Microdados Terceiro Ciclo PMAQ**. Disponível: <https://aps.saude.gov.br/ape/pmaq/ciclo3/>. Acesso: 12 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde : PCATool-Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica,

estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 – 2016)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Manual para o Trabalho de Campo PMAQ - 3º Ciclo (Avaliação Externa) Orientações Gerais Brasília/DF 2017 Versão Preliminar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017c.

BRENNAN, Sue, et al. Measuring organizational and individual factors thought to influence the success of quality improvement in primary care: a systematic review of instruments. *Implementation Sci* 7, 121, 2012. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-121>

BRUM, Letícia Willrich et al. Qualidade da atenção a crianças menores de dois anos na rede básica do Brasil em 2018: indicadores e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 26, e230005, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/rz6LTyvs57bnZ7mHmV9GQCG/>. Acesso: 12 mar. 2023.

CAMPBELL Stephen et al. Improving the quality of health care. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. **The BMJ**; 326:816-19, . 2003 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1125721/pdf/816.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2023.

CARVALHO, Mailson Fontes de, ANDRADE, Cristina Setenta. A implementação de mecanismos gerenciais na atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Avaliação**, v. 11, n. 2, p. e114122, 2022. Disponível: <https://doi.org/10.4322/rbaval202211041>. Acesso em: 29 abr. 2023

CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro et. al. Avaliação de serviços de atenção básica pelo sistema QUALIAB: desenvolvimento e análise (2006-2018). In: AKERMAN, Marcos et al. (orgs.). **Atenção**



**básica é o caminho! Desmontes, resistências e compromissos: contribuições das Universidades Brasileiras para a avaliação.** v. 2. 1ª edição. Editora Hucitec, 2020.

\_\_\_\_\_ et. al. **Caderno de Boas Práticas para organização dos serviços de Atenção Básica: Critérios e padrões de avaliação utilizados pelo Sistema QualiAB.** 1. ed. Botucatu: UNESP/FMB, v. 1. 181p, 2016.

\_\_\_\_\_ et. al. Desafios para a avaliação na atenção básica no Brasil: a diversidade de instrumentos contribui para a instituição de uma cultura avaliativa? In: AKERMAN, Marco; FURTADO, Juarez Pereira. (Org.). **Práticas de avaliação em saúde no Brasil - diálogos.** 1ed. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, v. 1, p. 189-231, 2015.

\_\_\_\_\_ et. al QualiAB: desenvolvimento e validação de uma metodologia de avaliação de serviços de atenção básica. **Revista Saúde e Sociedade** (USP. Impresso), v. 20, p. 935-947, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/wLzQQ9KxTjjVvtsZzmPhYDR/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 27 mar. 2023

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; FONSECA, Helena Maria Seidl. **Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ-AB.** Rio de Janeiro: Saberes, 2013.

FEITOSA, Rúbia Mara Maia; et al. Mudanças ofertadas pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Revista Saúde e Sociedade** v. 25, n. 3, pp. 821-829, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902016151514>>. Acesso em: 27 mar. 2023

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; et al. Primary health care assessment tools: a literature review and metasynthesis. **Revista Ciência & Saúde Coletiva.** V, 19, n. 12, p. 4851-60, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/cKrs5thPNMj6sPCdq9S4hsM/?lang=en>. Acesso em: 28 abr. 2023

GARCIA, Ana Claudia Pinheiro et al. Melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: perspectiva dos Agentes Comunitários

de Saúde. **Revista Saúde em Debate.** v. 42, n. 118, p. 606-617, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811805>. Acesso em: 27 mar. 2023

HEIERVANG Einar, GOODMAN Robert. Advantages and limitations of web-based surveys: evidence from a child mental health survey. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.** 2011 Jan;46(1):69-76. doi: 10.1007/s00127-009-0171-9. Epub 2009 Nov 18. PMID: 19921078.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Portal do IBGE [Internet]. **São Paulo: Cidades e Estados.** Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp.html>. Acesso em: 27 mar. 2023

JANAMIAN, Tina et. al. Quality tools and resources to support organisational improvement integral to high-quality primary care: a systematic review of published and grey literature. **The Medical Journal of Australia.** V. 204, 7 Suppl: S22-8, 2016. Disponível em: 10.5694/mja16.00113. PMID: 27078788. Acesso em: 28 abr. 2023

KOCJAN, Gaja Zager, LAVTAR Darja, SOČAN Gregor. The effects of survey mode on self-reported psychological functioning: Measurement invariance and latent mean comparison across face-to-face and web modes. **Behav Res Methods.** Apr;55(3):1226-1243, 2023. doi: 10.3758/s13428-022-01867-8. Epub 2022 May 26. PMID: 35618987

LOPES, Clarissa Galvão da Silva et al. Desigualdades macrorregionais na atenção primária ao Diabetes Mellitus: comparação dos três ciclos do PMAQ-AB. **Revista Saúde em Debate,** v. 46, n. 133, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/JJ4gjfhMXK3DChhsY6FVQYs/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 abr. 2023

MACINKO, James, HARRIS, Matthew; ROCHA, Marcia Gomes.. Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ): Fulfilling the Potential of the World's Largest Payment for Performance System in Primary Care". **The Journal of Ambulatory Care Management.** v. 40, Suppl 2 Supplement, S4-S11, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/JAC.000000000000189>. Acesso em: 28 abr. 2023

MEDEIROS, Gabriella de Almeida Raschke. **Avaliação do uso do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB) em municípios de Santa Catarina.**

Orientador: Maria Cristina Marino Calvo. 2019. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/198987/PGSC0234-T.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>. Acesso em: 28 abr. 2023

MEDINA, Maria Guadalupe et al. A pesquisa em Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de et al. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.** Ed Fiocruz, RJ, 2018.

MELO, Eduardo Alves et al. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Revista Saúde em Debate** [online], v. 42, n. spe1, pp. 38-51, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>>. Acesso em: 28 abr. 2023

MELO, Daiane Celestino; ROCHA, Ana Angélica Ribeiro de Meneses; ALELUIA, Ítalo Ricardo Santos. Avaliação externa do PMAQ-AB: elementos facilitadores e restritivos em capital do nordeste brasileiro. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde.** v. 8, n. 1, p. 3, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.18673/gsv8i1.23916>. Acesso em: 28 abr. 2023

MONTEIRO, Gina Torres Rego; HORA, Henrique Rego Monteiro da. **Pesquisa em saúde pública: como desenvolver e validar instrumentos de coleta de dados.** 1ª edição. Curitiba, Appris, 2014.

NAYAK, Mudavath Siva Durga Prasad, NARAYAN K A. Strengths and Weakness of On-line Surveys. **IOSR Journal of Humanities and Social Sciences (IOSR-JHSS)**, 24(5): 31-38, 2019. DOI: 10.9790/0837-2405053138

NOVAES, Hillegonda Maria de. Avaliação de Programas, Serviços e Tecnologias em Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v.34 n.5 p. 547-59. São Paulo out. 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/6bwNKdzy7QdbsFvnmzy93y/abstract/?lang=pt>. Acesso em:

28 abr. 2023

NUNES, Luceime Olivia, et al. Importância do gerenciamento local para uma atenção primária à saúde nos moldes de Alma-Ata. **Revista Panamericana de Salud Publica.** n.42, p. e 175, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.175>. Acesso em: 28 abr. 2023

NUNES, Luceime. Olivia. (2021). **Avaliação externa do PMAQ-AB e avaliação autoaplicável pelo sistema QualiAB: uma análise entre instrumentos de avaliação de serviços de Atenção Básica no Brasil**, 272 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina – Campus Botucatu, UNESP, Botucatu.

\_\_\_\_\_, et. al. Performance assessment of primary health care facilities in Brazil: Concordance between web-based questionnaire and in-person interviews with health personnel. **PLoS One**, v. 18, p. e0281085, 2023. Disponível em <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0281085>. Acesso em: 28 abr. 2023

PIFFER, Douglas Moro; MATOS, Gleimira Batista da Costa. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e a Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB): avaliação sob o escopo teórico das políticas públicas. **Brazilian Journal of Development** v. 6, n. 11, p. 91729-49, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n11-545>. Acesso em: 28 abr. 2023

PLACIDELI, Nadia et al. Evaluation of comprehensive care for older adults in primary care services. **Revista de saúde pública.** v. 540, p.6, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/165861>. Acesso em: 28 abr. 2023

PRATES, Mariana Louzada et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, pp. 1881-1893, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.14282016>>. Acesso em: 28 abr. 2023

RIQUIERI, Manuella Ribeiro Lira. Entre dados, passos e relatos: a

experiência da coleta de dados do PMAQ no Espírito Santo. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**. v. 10, n. 2, p. 246-60, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.26512/ges.v10i2.22488>. Acesso em: 28 abr. 2023

RODRIGUES, Andre Wagner Dantas, et al. Pagamento por desempenho às Equipes da Atenção Básica: análise a partir dos ciclos do PMAQ-AB. *Saúde Em Debate*, v. 45, n. 131, p. 1060–1074, 2021. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113109>. Acesso em: 29 abr. 2023

SAMPAIO, Juliana et al. PMAQ-AB: a experiência local para a qualificação do programa nacional. **Revista de Enfermagem UFPE On line**. v. 10, supl. 5, p.4318-28, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11179/12720>. Acesso em: 28 abr. 2023

SANINE, Patricia Rodrigues et al. Do preconizado à prática: oito anos de desafios para a saúde da criança em serviços de atenção primária no interior de São Paulo, Brasil. **Revista Cadernos de Saúde Pública**. v. 34, n. 6, p. e00094417, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Qpzxqy35qNhZ3QBMrGFwD/?lang=pt>. Acesso em: 28 abr. 2023

SILVA, Lais Marques Coelho e et al. Implementação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade segundo gestores da Atenção Básica de São Paulo. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 30, n. 4, pp. 397-403, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0194201700059>>. Acesso em: 28 abr. 2023

SIQUEIRA, Josiane Aleixo da Silva; et. al. Gestão na estratégia de Saúde da Família: avaliação das equipes participantes do 3º ciclo do PMAQ-AB em município de médio porte. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*. *Brazilian Journal of Health Research*, v. 21, n.3, p. 49–59, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/28206> Acesso em: 29 abr. 2023

SOARES, César; RAMOS, Marília. Uma avaliação dos efeitos do PMAQ-AB nas internações por condições sensíveis à Atenção Básica. **Revista Saúde em Debate**. v. 44, n. 126, pp. 708-724, 2020.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202012609>>. Acesso em: 28 abr. 2023

SOUZA, Ana Cláudia de; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; GUIARDELLO, Edinêis de Brito. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Revista de Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 3, p. 649-659, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/v5hs6c54VrhmjyN7yGcYb7b/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 abr. 2023

SOUZA OLIVEIRA, Kaline Nyanne de et al. Instrumentos para avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Revista Meta: Avaliação**, [S.l.], v. 15, n. 46, p. 194-213, mar. 2023. Disponível em: <<https://revistas.cesgranrio.org.br/index.php/metaavaliacao/article/view/3875>>. Acesso em: 28 abr. 2023

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Wyatt JC. When to use web-based surveys. *J Am Med Inform Assoc*. 2000;7(4):426-429. doi:10.1136/jamia.2000.0070426

ZARILI, Thais Fernanda Tortorelli, et. Al. Técnica Delphi no processo de validação do Questionário de Avaliação da Atenção Básica (QualiAB) para aplicação nacional. **Saúde e Sociedade (Online)**, v. 30, p. e190505, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/qHycQhxWyPnNhdC5LLYjKpk/>. Acesso em: 28 abr. 2023

AV<sup>✓</sup>AL

Revista Avaliação de Políticas Públicas

