



LINHA EDITORIAL INTERNACIONAL DE APOIO AOS SISTEMAS DE SAÚDE



---

**Zulmira Hartz: inovação, humanidade  
e dinamismo na pesquisa, no ensino,  
na gestão e na avaliação em saúde**

---



---

**Zulmira Hartz: inovação, humanidade  
e dinamismo na pesquisa, no ensino,  
na gestão e na avaliação em saúde**

---



**Zulmira Hartz: inovação, humanidade  
e dinamismo na pesquisa, no ensino, na  
gestão e na avaliação em saúde**

© 2021 – 1ª Edição

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde – LEIASS – Volume 7

É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citadas a fonte e a autoria.

Tiragem: 500 exemplares.

Brasília, outubro de 2021.

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)**

Z94      Zulmira Hartz: inovação, humanidade e dinamismo na pesquisa, no ensino, na gestão e na avaliação em saúde / Organizadores Eronildo Felisberto... [et al.]. – Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2021.  
19 x 24,5 cm – (LEIASS; v. 7)

Inclui bibliografia  
ISBN 978-65-88631-18-8

1. Hartz, Zulmira Maria de Araújo. 2. Sistema Único de Saúde – Avaliação. 3. Saúde pública. 4. Política de saúde. I. Felisberto, Eronildo. II. Cupertino, Fernando. III. Cruz, Marly. IV. Ferrinho, Paulo.  
CDD 362.1

**Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422**

---

## SECRETÁRIOS DE ESTADO DA SAÚDE 2021

---

<b>AC</b> Paula Augusta Maia de Faria Mariano	<b>PB</b> Geraldo Antônio de Medeiros
<b>AL</b> Alexandre Ayres	<b>PE</b> André Longo
<b>AM</b> Anoar Samad	<b>PI</b> Florentino Alves Veras Neto
<b>AP</b> Juan Mendes da Silva	<b>PR</b> Beto Preto
<b>BA</b> Tereza Cristina Paim Xavier Carvalho	<b>RJ</b> Alexandre Chiepp
<b>CE</b> Marcos Antônio Gadelha	<b>RN</b> Cipriano Maia
<b>DF</b> Manoel Luiz Narvaz Pafiadache	<b>RO</b> Fernando Rodrigues Máximo
<b>ES</b> Nésio Fernandes de Medeiros Junior	<b>RR</b> Leocádio Vasconcelos
<b>GO</b> Ismael Alexandrino Júnior	<b>RS</b> Arita Gilda Hübner Bergmann
<b>MA</b> Carlos Eduardo de Oliveira Lula	<b>SC</b> André Motta Ribeiro
<b>MG</b> Fábio Baccheretti Vitor	<b>SE</b> Mércia Feitosa
<b>MS</b> Geraldo Resende	<b>SP</b> Jean Gorinchteyn
<b>MT</b> Gilberto Figueiredo	<b>TO</b> Luiz Edgar Leão Tolini
<b>PA</b> Rômulo Rodovalho	

---

## DIRETORIA DO CONASS 2021/2022

---

### **PRESIDENTE**

Carlos Eduardo de Oliveira Lula (MA)

### **VICE-PRESIDENTES**

*Região Centro-Oeste*

Ismael Alexandrino Júnior (GO)

*Região Nordeste*

André Longo (PE)

*Região Norte*

Juan Mendes da Silva (AP)

*Região Sudeste*

Nésio Fernandes de Medeiros Junior (ES)

*Região Sul*

Beto Preto (PR)

---

EQUIPE TÉCNICA DO CONASS

---

**SECRETÁRIO EXECUTIVO**

Jurandi Frutuoso Silva

**ASSESSORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS**

Fernando P. Cupertino de Barros

**ASSESSORIA JURÍDICA**

Alethele de Oliveira Santos

**ASSESSORIA PARLAMENTAR**

Leonardo Moura Vilela

**ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL**

Adriane Cruz

Marcus Carvalho

Tatiana Rosa

**COORDENAÇÃO DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS**

Antônio Carlos Rosa de Oliveira Junior

**COORDENAÇÃO DE DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL**

René José Moreira dos Santos

**COORDENAÇÃO TÉCNICA**

Fernando P. Cupertino de Barros

**ASSESSORIA TÉCNICA**

Carla Ulhoa André

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Fernando Campos Avendanho

Haroldo Jorge de Carvalho Pontes

Heber Dobis Bernarde

Luciana Toledo Lopes

Maria José Evangelista

Nereu Henrique Mansano

Rita de Cássia Bertão Cataneli

Tereza Cristina Amaral

**CONSELHO EDITORIAL**

Alethele de Oliveira Santos

Adriane Cruz

Fernando P. Cupertino de Barros

Jurandi Frutuoso Silva

Marcus Carvalho

René José Moreira dos Santos

Tatiana Rosa

---

INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL – IHMT

---

**CONSELHO DE GESTÃO**

Filomeno Fortes (Diretor)

Miguel Viveiros (Subdiretor)

Filomena Pereira (Subdiretora)

Teresa Pires (Secretária executiva)

**CONSELHO CIENTÍFICO**

Paulo Almeida (Presidente)

**CONSELHO PEDAGÓGICO**

Maria do Rosário Oliveira Martins (Presidente)

**CONSELHO DE ÉTICA**

Claudia Conceição (Presidente)

**GABINETE DE COOPERAÇÃO E RELAÇÕES EXTERNAS**

Deolinda Cruz (Coordenadora)

**GABINETE DE COMUNICAÇÃO E MARKETING**

Ana Sofia Calaça

**UNIDADES DE ENSINO E DE INVESTIGAÇÃO**

*Clínica Tropical*

Jorge Seixas

*Microbiologia Médica*

Celso Cunha

*Parasitologia Médica*

João Pinto

*Saúde Pública Internacional e Bioestatística*

Paulo Ferrinho

**CONSELHO EDITORIAL – LEIASS**

*CONASS*

Fernando Passos Cupertino de Barros

Jurandi Frutuoso Silva

René José Moreira dos Santos

*IHMT*

Isabel Craveiro

Inês Fronteira

Paulo Ferrinho

**ORGANIZAÇÃO**

Eronildo Felisberto

Fernando Cupertino

Marly Cruz

Paulo Ferrinho

**REVISÃO TÉCNICA**

Ana Coelho de Albuquerque

Eronildo Felisberto

Fernando Cupertino

Isabella Chagas Samico

Luciana Santos Dubeux

Marly Cruz

Paulo Ferrinho

Suely Arruda

**REVISÃO ORTOGRÁFICA**

Aurora Verso e Prosa

**PROGRAMAÇÃO VISUAL  
E DIAGRAMAÇÃO**

ALM Apoio à Cultura

Marcus Vinícius de Carvalho

---

# SUMÁRIO

---

Apresentação .....	12
Introdução .....	14
<i>Eronildo Felisberto, Fernando P. Cupertino de Barros, Marly Cruz e Paulo Ferrinho</i>	
Produção científica da Professora Doutora Zulmira Hartz: bibliometria comentada.....	20
<i>Inês Fronteira</i>	
<b>Depoimentos</b>	
A Avaliação em Saúde e os Caminhos Institucionais: a contribuição de Zulmira Hartz ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP .....	44
<i>Eronildo Felisberto</i>	
Obrigado, Zulmira! .....	52
<i>Fernando P. Cupertino de Barros</i>	
Professora Zulmira Hartz: um extraordinário percurso acadêmico e profissional.....	56
<i>Gilles Dussault</i>	
Desafios.....	60
<i>Luiz Claudio Santos Thuler</i>	
Form(ação) em avaliação em saúde: o entrelace de redes de conhecimentos e de afetos .....	66
<i>Marly Marques da Cruz</i>	
Contribuição da Dra. Zulmira Hartz ao desenvolvimento da Conferência Luso-Francófona da Saúde .....	72
<i>Normand Asselin</i>	
Encontros com Zulmira.....	74
<i>Paulo Marchiori Buss</i>	
Querida Zulmira.....	78
<i>Paulo Ferrinho</i>	

## Capítulos

A avaliação não salvará o mundo. Diálogo com Zulmira Hartz sobre os fundamentos da avaliação.....	82
<i>Astrid Brousselle, André-Pierre Contandriopoulos</i>	
Avaliação de impacto de intervenções de saúde e desenvolvimento – dos aspectos teóricos à realidade prática .....	94
<i>Cátia Sá Guerreiro, Mariana Mira Delgado e João Bandeira</i>	
Perspectivas teóricas e práticas atuantes no campo da avaliação participativa em saúde.....	112
<i>José Carlos Suárez-Herrera e Santuzza Arreguy Silva Vitorino</i>	
Contributo da avaliação participativa em saúde na construção do modelo lógico – o exemplo à Covid-19 em um concelho em Portugal.....	136
<i>Dora Vaz e Isabel Craveiro</i>	
Estudo de avaliabilidade da política de organização da atividade médica em Portugal.....	160
<i>Mário Bernardino, Ana Abecasis e Isabel Craveiro</i>	
Programa de atenção pós-parto na atenção primária: elaboração e validação de uma matriz de análise e julgamento.....	186
<i>Tatiane Baratieri, Sonia Natal</i>	
Análise de implantação de uma intervenção intersectorial para promoção da saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde em municípios brasileiros.....	210
<i>Níliá Prado, Rosana Aquino, Zulmira Hartz, Hebert Santos e Guadalupe Medina</i>	
Avaliação da Atenção Primária à Saúde: um olhar para a orientação familiar e comunitária em um município de porte médio do centro-oeste brasileiro.....	238
<i>Lorena Araujo Ribeiro, João Henrique Gurtler Scatena, Simone Andreta dos Santos e Vanessa Guadagnini</i>	
Avaliação da formação dos profissionais de saúde na perspectiva dos gestores de cursos de graduação de oito regiões de saúde brasileiras .....	256
<i>Celia Regina Pierantoni e Carinne Magnago</i>	
O uso da meta-avaliação a partir de estudos publicados na literatura: o caso de programas de promoção de atividade física no Brasil .....	278
<i>Deborah Carvalho Malta, Alanna Gomes da Silva, Cátia Sá Guerreiro e Zulmira Hartz</i>	

Modelo de meta-avaliação da Atenção Primária à Saúde: lições aprendidas com a avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).....	294
---	-----

*Severina Alice da Costa Uchôa, Paulo de Medeiros Rocha, Osvaldo de Goes Bay Júnior, Nadja de Sá Pinto  
Dantas Rocha, Marize Barros de Souza e Themis Xavier de Albuquerque Pinheiro*

Meta-avaliação de experiências inovadoras em saúde: o exemplo do Modelo de Atenção às Condições Crônicas .....	316
---	-----

*Tania Rehem, Cátia Guerreiro e Isabel Craveiro*

Atenção às pessoas com hipertensão e diabetes: resultados de estudos epidemiológicos e avaliativos no estado de Pernambuco no período de 2007 a 2017 .....	340
--	-----

*Eduarda Cesse, Eduardo Freese, Wayner Souza, Ana Claudia Figueiró e Annick Fontbonne*

---

# APRESENTAÇÃO

---

A presente publicação, que se insere no escopo da série Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde do Brasil – CONASS e do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa – IHMT NOVA, é um tributo à trajetória profissional e acadêmica da Professora Doutora Zulmira Hartz.

Seja no Brasil, seja em Portugal, ou ainda nos demais países que compõem a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa, sua atuação foi decisiva para o desenvolvimento de práticas e competências que permitiram, por um lado, avançar na institucionalização da avaliação em saúde e, por outro, gerar impactos positivos sobre o funcionamento dos sistemas de saúde, trazendo benefícios concretos às populações desses países.

Suas relações com pesquisadores de diferentes continentes são outro marco referencial do alcance de seu trabalho, que se irradiou na formação de uma plêiade de profissionais e de estudiosos dos sistemas de saúde.

Assim, aqui estão coletadas diferentes abordagens, que englobam testemunhos de pessoas que com ela conviveram durante seu trabalho no Brasil e no exterior, assim como artigos que abrangem assuntos intimamente relacionados com as atividades de pesquisa, de gestão e de ensino que foram sempre suas paixões. Além disso, poder-se-á compreender, por meio da bibliometria, o vigor de sua produção científica ao longo do tempo.

Por último, ficam consignadas nesta publicação as mais sinceras expressões de nosso reconhecimento, gratidão e especial afeição à pessoa extraordinária que é Zulmira Hartz!

**Carlos Lula**  
Presidente do CONASS

**Filomeno Fortes**  
Diretor do IHMT NOVA

---

# INTRODUÇÃO

---

**Eronildo Felisberto<sup>1</sup>**  
**Fernando P. Cupertino de Barros<sup>2</sup>**  
**Marly Cruz<sup>3</sup>**  
**Paulo Ferrinho<sup>4</sup>**

*1. Felisberto, E. Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde. Programa de Pós-graduação em Avaliação em Saúde. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP. Recife, Brasil. CV disponível em: <http://lattes.cnpq.br/3556797129096810> – E-mail: [eronildo.felisberto@imip.org.br](mailto:eronildo.felisberto@imip.org.br)*

*2. Barros, FPC. MD, MSc, MA, PhD. Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Brasil. Coordenador Técnico do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Brasil. Cofundador da COLUFRAS*

*3. Cruz, MM. Sanitarista. Pesquisadora em Saúde Pública do Departamento de Endemias Samuel Pessoa. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fiocruz (ENSP/Fiocruz)*

*4. Ferrinho, P. MBChB, PhD, DrHC. Professor Catedrático de Saúde Internacional no Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa*

Organizar esta obra em homenagem à Profa. Zulmira Hartz constituiu-se um desafio instigante, pois trata-se do desejo de integrar informações acadêmicas de produções que refletem a influência do conhecimento produzido e compartilhado pela professora, com informações emanadas do afeto gerado pela pessoa que contagiou a tantos e que a muitos fez entender o significado da palavra ‘generosidade’ – a virtude de quem compartilha apenas por bondade.

Esta edição da série LEIASS é publicada 28 anos após a titulação do seu doutorado concluído na Universidade de Montreal, com a tese *Évaluation du Programme de Santé maternelle et infantile dans une région du nord-est du Brésil*, que viria a ser a base de um marco da história da avaliação em saúde no Brasil, e que se constituiu no livro *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*<sup>1</sup>. Organizada por Zulmira Hartz e publicada em 1997, a obra marca, também, a sua trajetória como impulsionadora de uma visão renovada sobre as bases teóricas e metodológicas da avaliação em saúde, na medida em que fomenta a superação dos limites entre a pesquisa e a ação, tendo como pano de fundo a discussão sobre a utilidade das avaliações.

O “livro preto de Zulmira”, como passou a ser conhecido nos meios acadêmicos, inicia uma trilogia da série *Avaliação em Saúde* complementada por duas outras publicações: *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*<sup>2</sup> e *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle de processos endêmicos*<sup>3</sup>. Essas últimas coletâneas, organizadas em períodos distintos, podem ser tomadas como reflexo das experiências de investigação e de formação em saúde coletiva, decorrentes da profícua evolução da produção científica e institucional brasileira no campo da avaliação em saúde, a partir dos anos 2000, permeada por abordagens da epidemiologia e das ciências sociais e norteadas pela busca da articulação das teorias organizacionais com as ações sociais configuradas nas políticas, programas e serviços de saúde.

A publicação, em 2008, do livro *Meta-Avaliação da Atenção Básica à Saúde: teoria e prática*<sup>4</sup> contribuiu de maneira inovadora com esse cenário ao introduzir na literatura nacional sobre avaliação em saúde a preocupação com a qualidade e o potencial formativo de pesquisas avaliativas relacionadas com as políticas públicas de saúde. Além de sua contribuição à institucionalização da avaliação na atenção básica e no Sistema Único de Saúde no Brasil, a publicação destacou a aproximação de centros acadêmicos e grupos de pesquisa às organizações de gestão da Atenção Primária à Saúde.

A contribuição didática de Zulmira consolida-se com a liderança exercida na tradução, para a língua portuguesa, publicada pela Editora Fiocruz em 2011, do livro

*L'évaluation: concepts et méthodes*<sup>5</sup>. Essa obra, fruto das reflexões teóricas e experiências de campo de pesquisadores do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Saúde (GRIS), foi premiada como a melhor obra didática da Universidade de Montreal no ano de seu lançamento (Prix du Recteur de l'Université de Montréal pour un Ouvrage Didactique, 2009). Apresenta um modelo inovador para a avaliação das intervenções em saúde. Interdisciplinar e integrador, o livro articula diferentes concepções teóricas e metodológicas da avaliação. A abrangência e a amplitude do quadro conceitual adotado resultam em uma necessária flexibilidade para a complementariedade de variados métodos, em consonância com a área de atuação de diferentes avaliadores, com o contexto das intervenções e sua natureza e, especialmente, com sistemas e organizações complexas e diversas como observado na área da saúde<sup>6-7</sup>.

Em 2020, Zulmira organizou a edição do volume 4 da série LEIASS: *Implementação e Avaliabilidade das Intervenções em Saúde: estudos de caso no Brasil*, que apresentou um conjunto de artigos produzidos como produto final do Curso Internacional de Avaliação das Intervenções em Saúde, ministrado por professores do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa e cujo objetivo foi o de institucionalizar a prática da avaliação com rigor científico no âmbito dos trabalhos desenvolvidos pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS<sup>8 (p. 9)</sup>.

As produções acima são citadas apenas como exemplificação das contribuições essenciais que, de forma generosa, a obra de Zulmira propicia aos profissionais que atuam nos diversos campos do conhecimento, em especial, no da saúde pública e da avaliação na área da saúde, por meio de alternativas de acesso a referenciais teóricos úteis e oportunos ao desenvolvimento de processos avaliativos consistentes. Essa constatação pode ser visualizada na seção Produção Científica da Professora Doutora Zulmira Hartz: bibliometria comentada, integrante da presente publicação, a qual apresenta “[...] a quantificação da produção científica e descreve o impacto e a evolução da obra de Zulmira em termos de áreas de conhecimento e redes de colaboração entre autores e instituições”.

Essa colaboração permanente deu-se de forma ampla e propiciou a articulação entre diversas organizações nacionais e internacionais. Entretanto, Zulmira integrou centros específicos de pesquisa e formação, com os quais contribuiu organicamente no desenvolvimento da área de avaliação em saúde, como: o Grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Saúde da Universidade de Montreal (GRIS/UMontreal); o Grupo de Avaliação de Políticas e Programas de Controle de Processos Endêmicos do Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais do Departamento de Endemias Samuel Pessoa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (LASER/

DENSP/ENSP/Fiocruz); o Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (GEAS/IMIP); o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA); o Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (DSC/UFRN) e o Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (IHMT/UNL). Em especial, atuou com destaque na gestão acadêmica de duas instituições de renome internacional como vice-diretora da ENSP/Fiocruz; coordenadora geral de pós-graduação da Fiocruz e subdiretora do IHMT/UNL por um período de 10 anos consecutivos, em que era encarregada da cooperação internacional e, também, Professora Catedrática Convidada de Avaliação em Saúde e Gestão do Conhecimento e Coordenadora da Unidade Curricular de Avaliação em Saúde no Programa de Doutorado em Saúde Internacional.

Nessas instituições, Zulmira aproximou pessoas, na construção de redes, por meio do conhecimento e do afeto, valores exercitados em toda a sua trajetória e que, em formatos distintos, encontram-se exemplificados e expressos na seção Depoimentos desta Edição da LEIASS, por alguns de seus queridos amigos, escolhidos a representar uma legião deles, que com Zulmira compartilharam momentos de produção do saber científico e momentos de saber produzir afeição.

A produção bibliográfica de Zulmira e sua atuação como docente e gestora influenciaram distintos atores e grupos institucionais. Exímia articuladora, idealizou, coordenou e participou de diversos eventos acadêmicos e científicos, fomentando e intermediando a produção conjunta de inúmeros capítulos de livro e artigos publicados em periódicos na área da saúde. Para a seção de Capítulos desta obra, foram submetidos e aprovados, por meio da avaliação por pares, 13 manuscritos de autores canadenses, portugueses e brasileiros. Todos esses autores, de alguma forma, sofreram influência do trabalho de Zulmira; e as contribuições a este livro refletem suas atividades de pesquisa e de ensino-aprendizagem em avaliação em saúde.

No capítulo 1, os integrantes do GRIS/UMontreal, Astrid Brousselle e André-Pièrre Contandriopoulos, promovem um diálogo com Zulmira Hartz, colocando em perspectiva os avanços que prevaleceram quando escreveram juntos o livro *Avaliação: Conceitos e Métodos* e revisitam “[...] os fundamentos da avaliação que formaram a base de sua prática de avaliação na busca permanente por uma boa saúde social e humana”. Os capítulos 2 a 4 trazem outras abordagens teóricas, focalizando a avaliação de impacto de intervenções de saúde e desenvolvimento e a avaliação participativa em saúde. O capítulo 4 inicia, também, a transição para os textos que abordam a aplicabilidade da avaliação, tratando de aspectos-chave, como a construção do modelo lógico, da matriz de análise e julgamento e da avaliabilidade como parte integrante do processo avalia-

tivo, contidos nos capítulos 5 e 6. O capítulo 7 trata da análise de implantação de uma intervenção – foco de um dos maiores investimentos teóricos de Zulmira. Em seguida, são apresentados dois capítulos (8 e 9) que se utilizam da epidemiologia descritiva para a realização das avaliações a que se propõem e dão continuidade à sequência de avaliações de intervenções. Os três capítulos seguintes (10 a 12) apresentam estudos de meta-avaliação que refletem e valorizam o investimento de Zulmira na formação para a utilização dos padrões internacionais com vistas à apreciação da qualidade dos estudos avaliativos. O último capítulo apresenta uma análise comparativa sobre os resultados de três estudos avaliativos sobre o mesmo objeto, em períodos distintos, tratando especificamente de dois agravos crônicos de impacto na saúde global.

Esta edição especial em homenagem a Zulmira Hartz traz ao leitor, portanto, enfoques diversos – conceituais, metodológicos, operacionais e afetivos – que, nos vários textos apresentados, refletem a influência da obra e da sua autora, Zulmira Maria de Araújo Hartz, na produção científica, na formação em saúde, nas instituições e nas pessoas. A expectativa é que esta publicação, além de constituir-se um marco histórico, possa servir de inspiração para tantos quanto desejarem compreender o quanto a generosidade pode contribuir com a produção de conhecimento e de afeto, na busca “por evitar ou diminuir o sofrimento humano causado pelos problemas de saúde”<sup>1</sup> (p. 17).

## Referências

1. Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. 131 p.
2. Hartz ZMA, Silva LMV, organizadoras. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. 275 p.
3. Santos EM, Cruz, MM, organizadoras. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle de processos endêmicos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. 254 p.
4. Hartz ZMA, Felisberto E, Vieira-da-Silva LM, organizadores. Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. 410 p.
5. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. L'évaluation: concepts et méthodes. Montreal: Les Presses de l'Université de Montreal; 2009. 300 p.

6. Felisberto E. Resenha sobre o livro: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. 292 p. Cien Saude Colet. 2012;17(4):1091-2.
7. Cruz MM. Resenha sobre o livro: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. 292 p. Cad Saúde Pública. 2012;28(7):1414-5.
8. Hartz ZMA, organizadora. Implementação e Avaliabilidade das Intervenções em Saúde: estudos de caso no Brasil. Brasília: CONASS; IHMT; 2019. 160 p.

---

PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA  
PROFESSORA DOUTORA  
ZULMIRA HARTZ: BIBLIOMETRIA  
COMENTADA

---

*Scientific outputs of Professor Zulmira Hartz: commented bibliometry*

**Inês Fronteira<sup>1</sup>**

*1. Fronteira, I. Mestra em Saúde Pública, Doutorada em Saúde Internacional. Global Health and Tropical Medicine, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa – E-mail: ifronteira@ihtmt.unl.pt*

## Resumo

Realizou-se uma análise bibliométrica da autora Zulmira Hartz de modo a quantificar a produção científica e descrever o impacto e a evolução da sua obra em termos de áreas de conhecimento, redes de colaboração entre autores e instituições. A análise bibliométrica compreendeu a análise de desempenho e o mapeamento científico. Pesquisaram-se as plataformas Web of Science, Scopus e Google Scholar. Não foi definido limite temporal para a pesquisa. Na análise de desempenho, utilizaram-se as métricas de cada uma das bases de dados. Para o mapeamento científico da atividade da autora Zulmira Hartz, utilizaram-se a ferramenta SciVal disponibilizada pela base de dados Scopus e o software SciMat para realizar o mapeamento científico longitudinal da estrutura intelectual da totalidade da obra da autora. A análise bibliométrica realizada permitiu ilustrar o impacto da obra de Zulmira Hartz, que se fez majoritariamente de artigos, sobre populações humanas, frequentemente em parceria, majoritariamente dentro do Brasil, com diferentes instituições acadêmicas, e fora do País, principalmente, com Portugal. A saúde pública, a avaliação, os sistemas de saúde, a gestão e organização dos cuidados foram a linha condutora dessa autora, sendo a enorme diversidade dos temas do seu trabalho, explicada pelo trabalho metodológico que desenvolveu ao longo da sua carreira.

**Palavras-chave:** Zulmira Hartz. Produção científica. Bibliometria. Análise de desempenho. Mapeamento científico.

## Abstract

A bibliometric analysis of the author Zulmira Hartz was carried out to quantify the scientific production and describe the impact and evolution of the work of the author in terms of knowledge areas, and collaboration networks between authors and institutions. The bibliometric analysis comprised performance analysis and scientific mapping. Web of Science, Scopus and Google Scholar were searched. No time limit was set for the research. The metrics of each of the databases were used for performance analysis. The scientific mapping was conducted using SciVal tool provided by the Scopus database and the SciMat software to perform the longitudinal scientific mapping of the intellectual structure of the entire work of the author. The analysis illustrated the impact of Zulmira Hartz's work, which was mostly made up of articles, on human populations, often in partnership, mostly within Brazil, with different academic institutions, and outside Brazil, mainly with Portugal. Public health, evaluation, health systems, management and organisation of care were the guiding lines of this author. The diversity of the themes of her work might be explained by the methodological work developed throughout the author's career.

**Keywords:** Zulmira Hartz. Scientific outputs. Bibliometry. Performance analysis. Science mapping.

## Résumé

On a été réalisée une analyse bibliométrique de l'auteur Zulmira Hartz afin de quantifier la production scientifique et de décrire l'impact et l'évolution de son travail en termes de domaines de connaissance et de réseaux de collaboration entre auteurs et d'institutions. L'analyse bibliométrique comprenait l'analyse de performance et la cartographie scientifique. Des recherches ont été effectuées dans Web of Science, Scopus et Google Scholar. Aucune limite de temps n'a été fixée pour la recherche. Dans l'analyse des performances, les métriques de chacune des bases de données ont été utilisées. Pour la cartographie scientifique de l'activité de l'auteur Zulmira Hartz, on a utilisé l'outil SciVal fourni par Scopus et le logiciel SciMat pour réaliser la cartographie scientifique longitudinale de la structure intellectuelle de l'ensemble de l'œuvre de l'auteur. L'analyse bibliométrique réalisée a permis d'illustrer l'impact des travaux de Zulmira Hartz, constitués essentiellement d'articles, sur les populations humaines, souvent en partenariat, principalement au Brésil, avec différentes institutions académiques et hors du Brésil, principalement avec le Portugal. La santé publique, l'évaluation, les systèmes de santé, la gestion et l'organisation des soins ont été les lignes directrices de cette auteure, et l'énorme diversité des thèmes de son ouvrage s'explique par le travail méthodologique qu'elle a développé tout au long de sa carrière.

**Mots-clés:** Zulmira Hartz. Production scientifique. Bibliométrie. Analyse de performance. Cartographie Scientifique.

## INTRODUÇÃO

A análise bibliométrica tem ganhado relevância no panorama científico desde a década de 1950<sup>1</sup>, em particular, em um contexto de produção massiva de literatura científica em que outros métodos de síntese da informação, como as revisões sistemáticas de literatura, têm-se mostrado insuficientes e, acima de tudo, cronologicamente díspares daquilo que pode ser apelidado de uma explosão de informação<sup>2-4</sup>.

O termo bibliometria surgiu pela primeira vez em 1969 referindo-se à aplicação de métodos matemáticos e estatísticos a processos de comunicação escrita, contando e analisando as suas várias facetas<sup>1</sup>.

Muitas vezes utilizada em complementaridade com outros métodos de síntese de informação, particularmente aqueles mais qualitativos<sup>5</sup>, a análise bibliométrica é uma metodologia que compreende a análise quantitativa de unidades de publicação (por exemplo, livros, artigos, capítulos de livros) e de citações<sup>6</sup>. Essa análise pode ser utiliza-

da para um tema ou tópico, para uma publicação (ou seja, revista) ou para um autor ou conjunto de autores<sup>2</sup>.

A sua utilização estende-se da estratégia de negócio ao comércio eletrônico, finanças, recursos humanos, gestão, ciência, entre outros; e inclui não só o estudo das publicações, mas também o estudo das colaborações ou da estrutura intelectual da investigação em uma determinada área<sup>6</sup>.

No presente estudo, realizou-se uma análise bibliométrica da autora Zulmira Hartz de modo a quantificar a sua produção científica e descrever, de forma sistematizada, o impacto da sua obra em termos de áreas de conhecimento, as redes de colaboração que estabeleceu com diferentes autores e entre diferentes instituições.

### **Breve nota biográfica sobre a autora Zulmira Hartz**

Licenciada em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN (1974), graduada em Medicina pela Fundação Educacional Serra dos Órgãos – FESO-Rio de Janeiro (1979), mestra e doutora em Saúde Comunitária pela Université de Montreal (1989 e 1993) e pós-doutorada pela *École Nationale de Santé Publique-France* (1997), Zulmira Hartz foi pesquisadora titular de Epidemiologia da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz – ENSP/Fiocruz (aposentada), onde coordenou os Programas de Mestrado e Doutorado em Saúde Pública (1994-1996), assumindo, posteriormente, a coordenação geral de pós-graduação da Fiocruz (2002-2004) e as funções de professora convidada do Departamento de Medicina Social, da Universidade de Montréal (2004-2007), na qual permaneceu como pesquisadora associada ao *Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (GRIS)*.

Entre os cargos ocupados, destacam-se a direção dos Departamentos de Doenças transmissíveis e de Epidemiologia, da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, e a vice-direção da ENSP/Fiocruz. Consultora independente em avaliação de programas, políticas e sistemas de saúde, integrou, também, os grupos de pesquisa do CNPq – Avaliação da situação de processos endêmicos e programas de controle (ENSP/Fiocruz) e Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde (GEAS/IMIP). Em 2008, iniciou a sua colaboração com o Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, na qual, entre 2010 e 2017, integrou o corpo docente da instituição e exerceu, também, funções de Subdirectora.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Realizou-se uma análise bibliométrica da produção científica da autora Zulmira Hartz que compreendeu a análise de desempenho e o mapeamento científico (*science*

*mapping*)<sup>6</sup>. A análise de desempenho examina as contribuições dos componentes da investigação, reporta às métricas de publicação, às métricas relacionadas com as citações e às métricas da relação entre citações e publicação. Já o mapeamento científico descreve os aspectos estruturais e dinâmicos da investigação<sup>7</sup>, em que são analisadas as citações, as cocitações, a associação bibliográfica e as coautorias<sup>8</sup>.

## Bases de dados e estratégia de recolha dos dados

Foram pesquisadas três bases de dados comumente utilizadas em análises bibliométricas: a Web of Science (WoS) ([www.webofscience.com](http://www.webofscience.com)), a Scopus ([www.scopus.com](http://www.scopus.com)) e o Google Scholar (<https://scholar.google.com/>). Embora com conteúdos sobreponíveis, essas bases de dados não fornecem exatamente a mesma informação<sup>8,9</sup> (Tabela 1). Acresce que a autora em análise possui obra dispersa por publicações indexadas e não indexadas, em continentes díspares e com várias décadas de evolução, pelo que a escolha das três bases serviu ao propósito de identificar o maior número possível de obras da autora, e, dessa forma, aumentar a qualidade da análise bibliométrica.

As bases de dados foram pesquisadas em julho de 2021 (Tabela 1), tendo-se utilizado, preferencialmente, a pesquisa por autor/perfil para Zulmira Hartz, nome abreviado e/ou nome completo. Nos casos em que existia mais do que um perfil (WoS e Scopus), fez-se a pesquisa após junção dos perfis. Durante a pesquisa da base de dados Google Scholar, foram excluídos os documentos que apenas citavam a obra da autora e que não eram da sua autoria.

Não foi definido qualquer limite temporal para a pesquisa, sendo que este foi aquele da própria base de dados.

Tabela 1. Breve descrição das especificidades das bases de dados consultadas, data e estratégia de pesquisa para cada uma das bases de dados

Base de dados	Breve descrição	Atualizações	Data e estratégia de pesquisa
Google Scholar	Inclui artigos de revistas e conferências, teses e dissertações, livros acadêmicos, pré-impressões, resumos, relatórios técnicos e outra literatura acadêmica de todas as grandes áreas de investigação, pareceres e patentes dos tribunais.	Atualizações entre 6 e 12 meses	Pesquisado em 14/07/2021 com “Zulmira Hartz” – identificação do perfil Google Scholar

Base de dados	Breve descrição	Atualizações	Data e estratégia de pesquisa
Web of Science	Inclui artigos de revistas e conferências e livros indexados, desde 1900	Diárias	Pesquisado em 28/07/2021 em WoS core collection, authors, name search Hartz [last name], Zulmira [first name]
Scopus	Inclui artigos, revisões, papers em conferências, papers relativos a dados e capítulos de livros	Atualizações mensais	Pesquisado em 28/07/2021 em authors, last name Hartz, First name Zulmira. Junção dos 3 nomes (AU-ID (“de Araújo Hartz, Zulmira Maria” 57216620923) OR AU-ID (“de Hartz, Zulmira Maria Araújo” 25635235800) OR AU-ID (“Hartz, Zulmira Maria De Araújo” 6507006800)

Após a pesquisa nas três bases de dados, as referências dos documentos encontrados foram exportadas para o *software* Zotero<sup>40</sup>, no qual foi criada uma base de dados única e se procedeu à remoção dos documentos duplicados. Em relação aos documentos com versões em diferentes idiomas, apenas se considerou uma das versões. Foram excluídas apresentações de *slides* e *posters*, assim como pré-impressões. Ao todo, identificaram-se 226 produções da autora Zulmira Hartz que se encontram elencadas no material suplementar 1.

### **Análise de desempenho**

Na análise de desempenho, utilizaram-se as métricas de cada uma das bases de dados, que são apresentadas e descritas separadamente e que devem ser consideradas à data da pesquisa.

Na análise de desempenho relativa à autora na base de dados Scopus, recorreu-se, ainda, à ferramenta *on-line* SciVal ([www.scival.com](http://www.scival.com)) atualizada semanalmente com os dados da Scopus e que oferece um vasto número de métricas bibliométricas para os autores. Contudo, a SciVal apenas permite a análise de 2011 a 2020 (período mais alargado disponível à data da consulta) (Tabela 2). Por esse motivo, os resultados obtidos por meio dessa ferramenta são apresentados separadamente.

Tabela 2. Indicadores e definições dos indicadores de cada base de dados

Base de dados	Indicador	Definição
Google Scholar	Produção Citações Índice h Índice i10	Publicações indexadas Número de citações Número de documentos (h) com pelo menos $\geq h$ citações Número de citações com pelo menos 10 citações
Scopus <sup>11</sup>	Produção Citações Índice h	Publicações indexadas na Scopus Número de citações Número de documentos (h) com pelo menos $\geq h$ citações
Scopus (ferramenta <i>SciVal</i> ), de 2011 a 2020 <sup>11</sup>	Produção acadêmica Citações % em open access Field-Weighted Citation Impact (FWCI) Citações por publicação Índice h Índice h5	Publicações indexadas Número de citações Publicações indexadas na Scopus em open access Comparação entre o número de citações recebidas pelas publicações da autora em relação ao número médio de citações recebidas por todas as outras publicações semelhantes no universo de dados Média de citações por publicação Número de documentos (h) com pelo menos $\geq h$ citações Número de documentos (h) com pelo menos $\geq h$ citações nos últimos 5 anos
Web of Science	Produção acadêmica Citações Índice-h	Publicações indexadas Número de citações Número de documentos (h) com pelo menos $\geq h$ citações

## Mapeamento científico

Para o mapeamento científico da atividade da autora Zulmira Hartz, utilizou-se a ferramenta SciVal disponibilizada pela base de dados Scopus, tendo-se selecionado, também neste caso, o intervalo de tempo mais abrangente disponível (de 2011 a 2020). Nesta análise, utilizaram-se, para além dos indicadores definidos na Tabela 2, afiliações e instituições, CiteScore (número de citação de documentos em um período de quatro anos dividido pelo número do mesmos tipo de documentos indexados na Scopus e publicados nos mesmos quatro anos); áreas de publicação, tópicos agregados (*cluster topics*) mais relevantes das publicações da autora (o conjunto de tópicos com interesses de pesquisa semelhantes agregados em áreas mais abrangentes), posição de autoria (primeira, última ou outra) e colaborações.

Considerando o percurso profissional da autora em análise, mas, principalmente, a baixa cobertura da ferramenta SciVal, usou-se o *software* SciMat – Science Mapping Analysis Tool<sup>12</sup> para realizar o mapeamento científico longitudinal da estrutura intelectu-

al da totalidade da obra da autora. Após a preparação dos dados por meio de técnicas de busca de similitude entre palavras e grupos de palavras tendo como objetivo agrupar palavras semelhantes e, posteriormente, grupos semelhantes, definiram-se seis períodos de análise ([... 2000]; [2001;2005]; [2006;2010]; [2011;2015]; [2016;...]). Proce- deu-se, então, à análise de cocorrência<sup>13</sup>, compreendendo todos os períodos definidos, utilizando as palavras como unidade de análise, normalização através índice de equiva- lência<sup>14</sup> e algoritmo de formação de *clusters simple centers algorithm*<sup>15</sup>.

## RESULTADOS

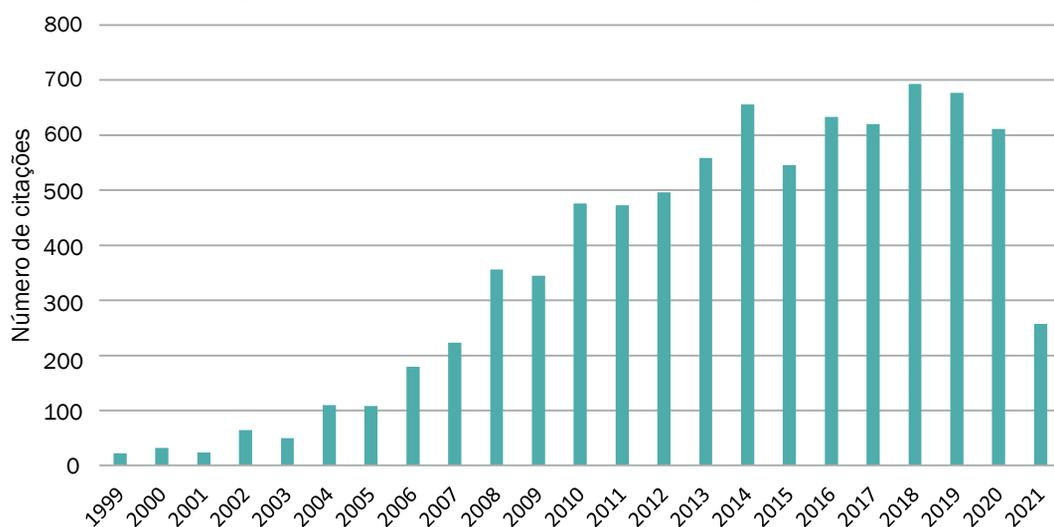
### Análise de Desempenho

#### *Google Scholar*

Na base de dados Google Scholar, encontram-se 349 documentos no perfil da autora Zulmira Hartz que contabilizam 8.428 citações, sendo que 3.529 são posteriores a 2016 (42%)<sup>16</sup>.

Os documentos mais recentes foram publicados já em 2021 (n=13); e o mais an- tigo, em 1990. A autora apresenta 42 publicações com pelo menos 42 citações (índice h); e 88 com pelo menos 10 citações (índice i10). Os dois documentos<sup>17,18</sup> mais citados da autora contabilizam, respectivamente, 2.269 e 481 citações (Figura 1).

Figura 1. Evolução do número de citações por ano

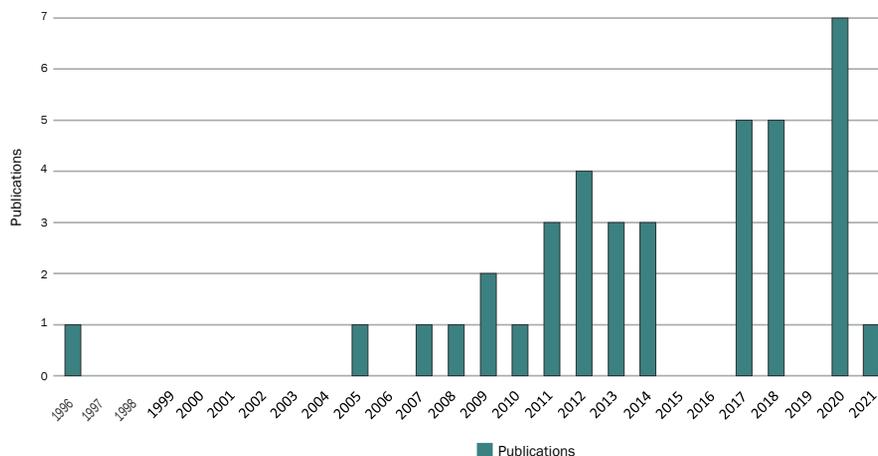


Fonte: elaboração própria com base no Google Scholar.

## Web of Science

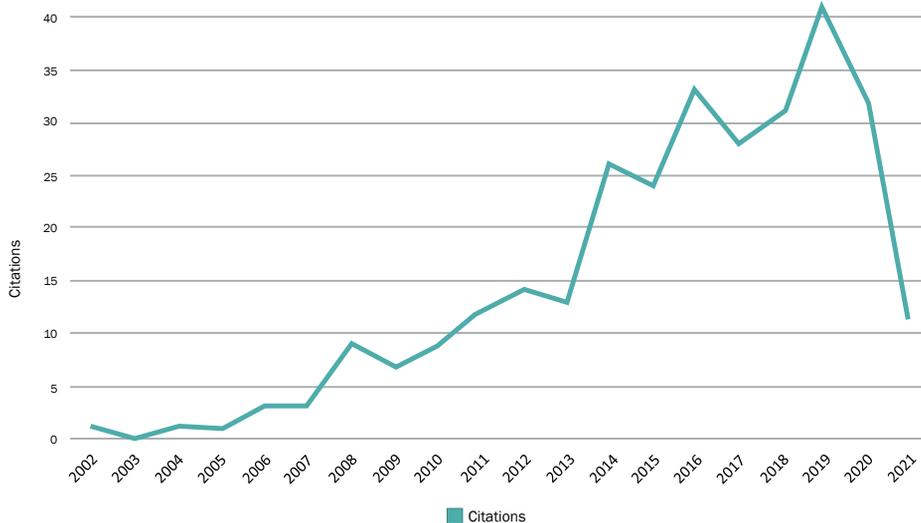
A autora em estudo tinha, à data da pesquisa, e para o período de 1996 a 2021, 38 publicações indexadas na WoS, citadas em 288 publicações, excluindo aquelas da autora, o que equivalia a uma média de 7.87 citações por publicação (Tabela 3, Figura 2 e Figura 3).

Figura 2. Publicações de Zulmira Hartz indexadas na WoS por ano de publicação



Fonte: WoS.

Figura 3. Evolução do número de citações das publicações da autora Zulmira Hartz indexadas na WoS



Fonte: WoS.

## *Scopus*

A autora Zulmira Hartz tem 61 documentos indexados nessa base de dados com um índice h de 12.

O total de citações é de 483 (405 quando excluídas todas as citações dos autores), sendo que o artigo mais citado, de 2004, acumula um total de 74 citações<sup>19</sup>. O artigo mais antigo indexado nessa base de dados remonta a 1996<sup>20</sup>; e o mais recente, a 2021<sup>21</sup>. As primeiras citações da autora ocorreram em 2000, na área da avaliação<sup>22-24</sup>.

No que diz respeito aos documentos que citam o trabalho da autora, destacam-se os artigos de Paim et al., de 2011, publicado na revista *The Lancet* e que acumula 928 citações<sup>25</sup>, e o de Prior et al., de 2012, publicado no *American Journal of Clinical Nutrition* com 271 citações<sup>26</sup>.

O autor que mais cita Zulmira Hartz (15 citações) é Rosa Domingues, afiliada com a Fiocruz, Rio de Janeiro, Brasil, que é, igualmente, a sua coautora mais frequente, com 6 publicações conjuntas. Os 15 documentos nos quais a obra de Zulmira Hartz é citada por essa autora são na área da saúde materna e cuidados pré-natais. Igualmente, em termos de coautorias, encontra-se Maria do Carmo Leal, também da Fiocruz, seguida de Paulo Ferrinho, da Universidade Nova de Lisboa (com 5 coautorias).

Em 42 dos documentos indexados na Scopus, a afiliação da autora é a Universidade Nova de Lisboa; e em 30, a Fiocruz (relembra-se que é possível dupla afiliação).

Os anos com maior produção indexada foram os de 2012 e 2019 (ambos com a publicação de 7 artigos).

No que diz respeito ao tipo de documento, 67% dizem respeito a artigos; 10%, a revisões; 8%, a capítulos de livros; 8%, a notas; 5%, a editoriais; e 2%, a *papers* de conferências.

De acordo com a Scopus, o trabalho de Zulmira Hartz foi financiado, no Brasil, pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e pela Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro; e em Portugal, pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa.

No que concerne ao impacto da obra da autora, indexada na Scopus e disponível, para análise, na ferramenta SciVal, referente, apenas, a documentos publicados entre 2011 e 2020, constatou-se que os 39 documentos indexados nesse intervalo de tempo<sup>27</sup> (dos quais 85% de acesso livre) receberam, ao todo, 232 citações, em uma média de 5,9 citações por publicação. Essas publicações estavam apenas 8% abaixo da média do impacto de publicações semelhantes no contexto global (Tabela 3).

Tabela 3. Resumo da análise de desempenho de Zulmira Hartz por base de dados

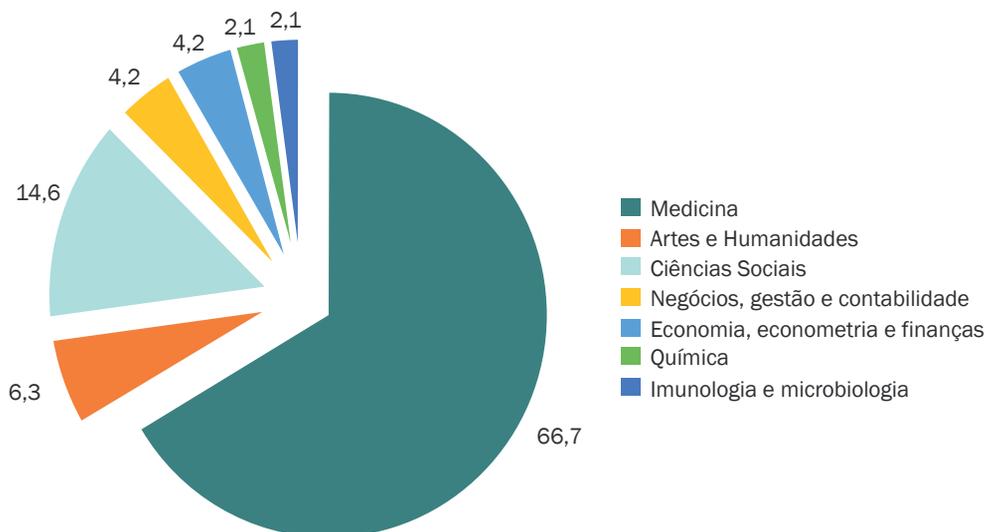
Indicador	Google Scholar	Scopus	Scopus (SciVal)	Web of Science
Intervalo de tempo	... a 2021	1996 a 2021	2011 a 2020	1996 a 2021
Produção	349*	61	39	39
Citações	8.428	483	232	299
Índice h	42	12	12	9
Índice h5	-	-	2	
Índice i10	88	-	-	
FWCI	-	-	0.92	
Citações por publicação	-	-	5.9	7.87

Notas:\* contagem manual

### Mapeamento científico

O mapeamento científico por meio da ferramenta SciVal da Scopus, relativa ao período de 2011 a 2020 (período disponível) e as 39 publicações nesse período<sup>27</sup>, revelou que cerca de um terço das publicações da autora Zulmira Hartz era na área da medicina. Contudo, era na área das ciências sociais que a autora em análise possuía maior impacto com um FWCI de 2,68 (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição do número de produções, citações e impacto por área

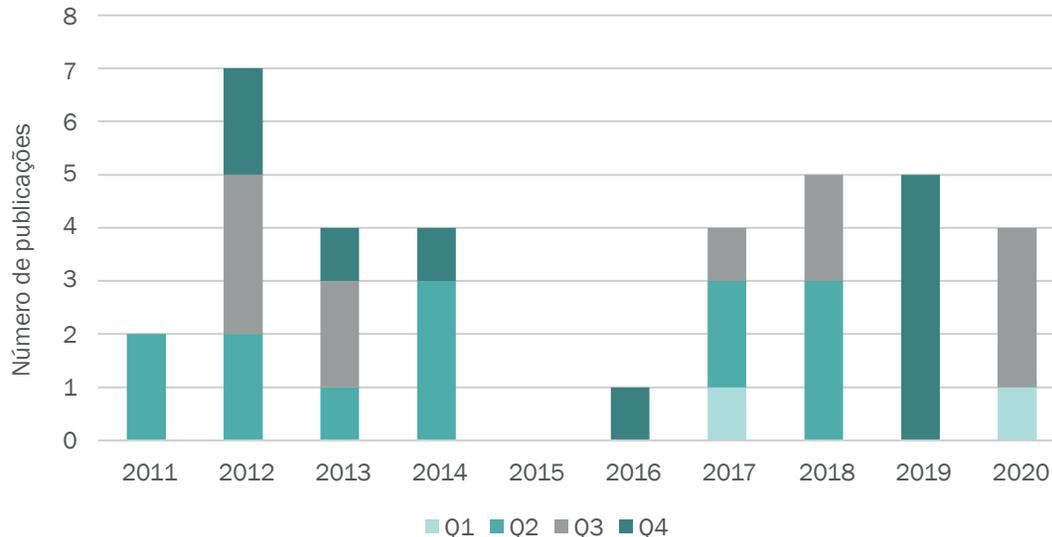


Área	Produção	Citações	Impacto (FWCI)
<b>Medicina</b>	<b>32</b>	<b>226</b>	<b>0.56</b>
Saúde pública, saúde ambiental e saúde ocupacional	26	224	0.68
Política de saúde	13	21	0.46
Medicina geral	4	1	0.02
Obstetrícia e ginecologia	3	22	0.55
Pediatria, perinatologia e saúde da criança	2	21	0.74
Epidemiologia	1	16	0.85
Doenças infecciosas	1	0	0.00
Medicina reprodutiva	1	1	0.15
<b>Ciências sociais</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>2.62</b>
Saúde (ciências sociais)	3	2	0.18
Ciências sociais gerais	2	3	8.68
Ciências de informação e bibliotecárias	2	3	0.24
<b>Artes e Humanidades</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>5.79</b>
Artes e humanidades geral	2	3	8.68
História e filosofia da ciência	1	0	0.00
<b>Negócio, Gestão e Contabilidade</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0.63</b>
Negócio, Gestão e Contabilidade geral	2	1	0.63
<b>Economia, Econometria e Finanças</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0.63</b>
Economia, econometria e finanças geral	2	1	0.63
<b>Química</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>
Química geral	1	0	0.00
<b>Imunologia e Microbiologia</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0.00</b>
Parasitologia	1	0	0.00

Fonte: elaboração própria com base na SciVal.

Das publicações da autora no período em análise, 2 (5%) encontravam-se no *top 10%* das publicações mais citadas em nível mundial<sup>28,29</sup>. Durante o período em análise, a autora publicou maioritariamente em revistas do segundo e terceiro quartil, sendo que até três quartos das suas publicações foram em revistas até ao terceiro quartil de impacto (Figura 4).

Figura 4. Distribuição das publicações da autora Zulmira Hartz, entre 2011 e 2020, indexadas na Scopus, por quartil de impacto (CiteScore) da revista



Fonte: SciVal.

No que diz respeito aos 15 tópicos agregados (*cluster topics*) mais relevantes das publicações da autora, verificou-se que aquele que apresentava maior produção científica era o tópico “Brasil, saúde e enfermagem”, com 13 documentos (apesar do baixo impacto – FWCI=0,64) citados 108 vezes. Já o segundo mais relevante, o tópico “saúde, prestação de cuidados e mulheres”, apresentava uma produção de 4 documentos com elevado impacto (FWCI=4.17). Ainda a destacar que, em termos de relevância global dos tópicos, mais de metade apresentava uma relevância igual ou superior a 69% (Tabela 5).

Tabela 5. Quinze tópicos agregados de pesquisa da autora Zulmira Hartz, produção por tópico, citações do total de produções, score de colaboração internacional, FCWI e percentil de relevância do tópico em nível global

Tópico agregado de pesquisa <sup>1</sup>	Produção <sup>2</sup>	Citações <sup>3</sup>	Colaboração internacional <sup>4</sup>	FWCI	Percentil relevância <sup>5</sup>
Brasil, saúde, enfermagem	13 <sup>28,30-36,36-40</sup>	108	85	0.64	48
Saúde, prestação de cuidados, mulheres	4 <sup>29,41-43</sup>	4	50	4.17	81

Tópico agregado de pesquisa <sup>1</sup>	Produção <sup>2</sup>	Citações <sup>3</sup>	Colaboração internacional <sup>4</sup>	FWCI	Percentil relevância <sup>5</sup>
Saúde pública, características internato, avaliação de estudos como tópico	4 <sup>44,47</sup>	14	75	0.42	38
Criança, adolescente, escolas	2 <sup>48,49</sup>	6	96	0.42	96
Dengue, viroses, vírus dengue	2 <sup>50,51</sup>	13	100	0.34	93
Sífilis, Chlamydia Trachomatis, infecção	2 <sup>52,53</sup>	45	100	1.05	69
Saúde, pesquisa, rendimento	2 <sup>54,55</sup>	1	100	0.04	51
Malária, Plasmodium falciparum, parasitas	1 <sup>56</sup>	0	100	0.00	86
Insuficiência renal crônica, diálise renal, diálise	1 <sup>57</sup>	0	0	0.00	79
Alunos, engenharia, educação	1 <sup>58</sup>	2	0	0.26	50
Pesquisa, meta-análise como tópico, orientações como tópico	1 <sup>59</sup>	1	100	0.27	86
Mulheres, cesarianas, parto	1 <sup>60</sup>	18	100	1.42	70
França, educação, trabalho	1 <sup>61</sup>	5	100	0.32	15
Amamentação, mães, criança	1 <sup>62</sup>	10	100	0.66	64
Aluno, educação, aprendizagem	1 <sup>63</sup>	4	100	2.11	44

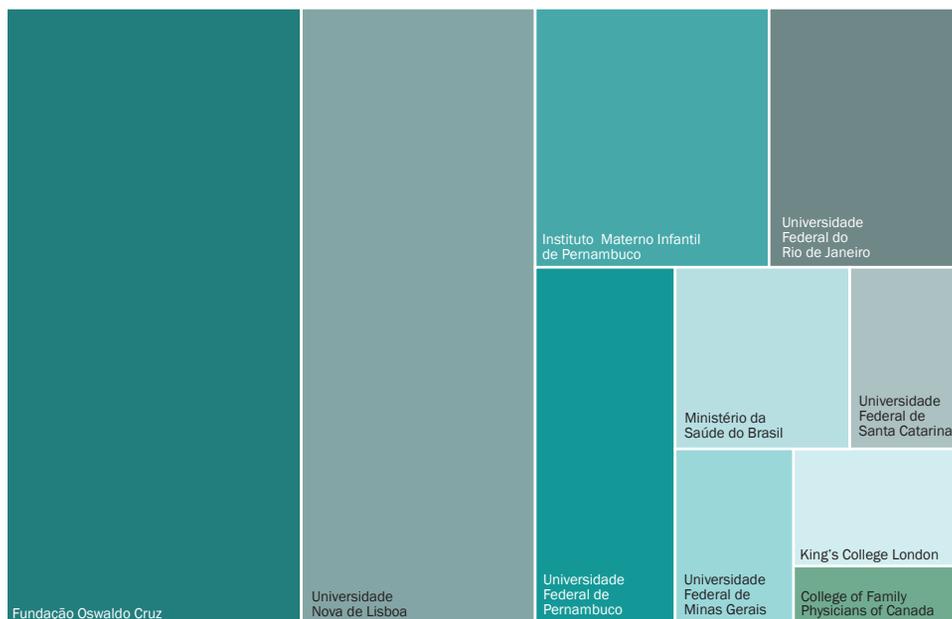
Fonte: SciVal.

Notas: <sup>1</sup>. Quinze principais tópicos de pesquisa; <sup>2</sup>. Entre parênteses, as referências das obras da autora classificadas no tópico; <sup>3</sup>. Citações do conjunto de publicações classificadas no tópico; <sup>4</sup>. Percentagem de publicações no tópico agregado em coautoria com instituições em outros países ou regiões (arredondada à unidade); <sup>5</sup>. Percentil de relevância do tópico a nível mundial. Optou-se por arredondar o valor às unidades.

### Colaborações

Todas as colaborações na produção científica de Zulmira Hartz indexada na Scopus foram de natureza acadêmica, sendo que 77% eram colaborações internacionais, 5% nacionais, 5% institucionais e 13% autorias únicas (isto é, publicações apenas da autora). Entre as dez principais instituições com as quais a autora colaborou, destacam-se a Fiocruz (18 coautorias), a Universidade Nova de Lisboa (14 coautorias) e o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (6 coautorias) (Figura 5).

Figura 5. Top 10 das instituições com as quais a autora Zulmira Hartz publicou



### *Análise longitudinal*

A análise longitudinal da produção científica da autora Zulmira, que compreendeu um total de 225 documentos, revelou uma dinâmica temática acentuada, com renovação praticamente total das palavras-chave entre os períodos em análise.

Na produção anterior a 2000, que totaliza 24 documentos, em que o mais antigo remonta a 1989, foi possível identificar 41 palavras-chave. Foram identificados 9 *clusters*, sendo que aquele com maior relevância em termos de número de documentos era o *cluster* “Artigo” que integrava documentos relativos a eventos sentinela, França, política organizativa e qualidade dos cuidados de saúde.

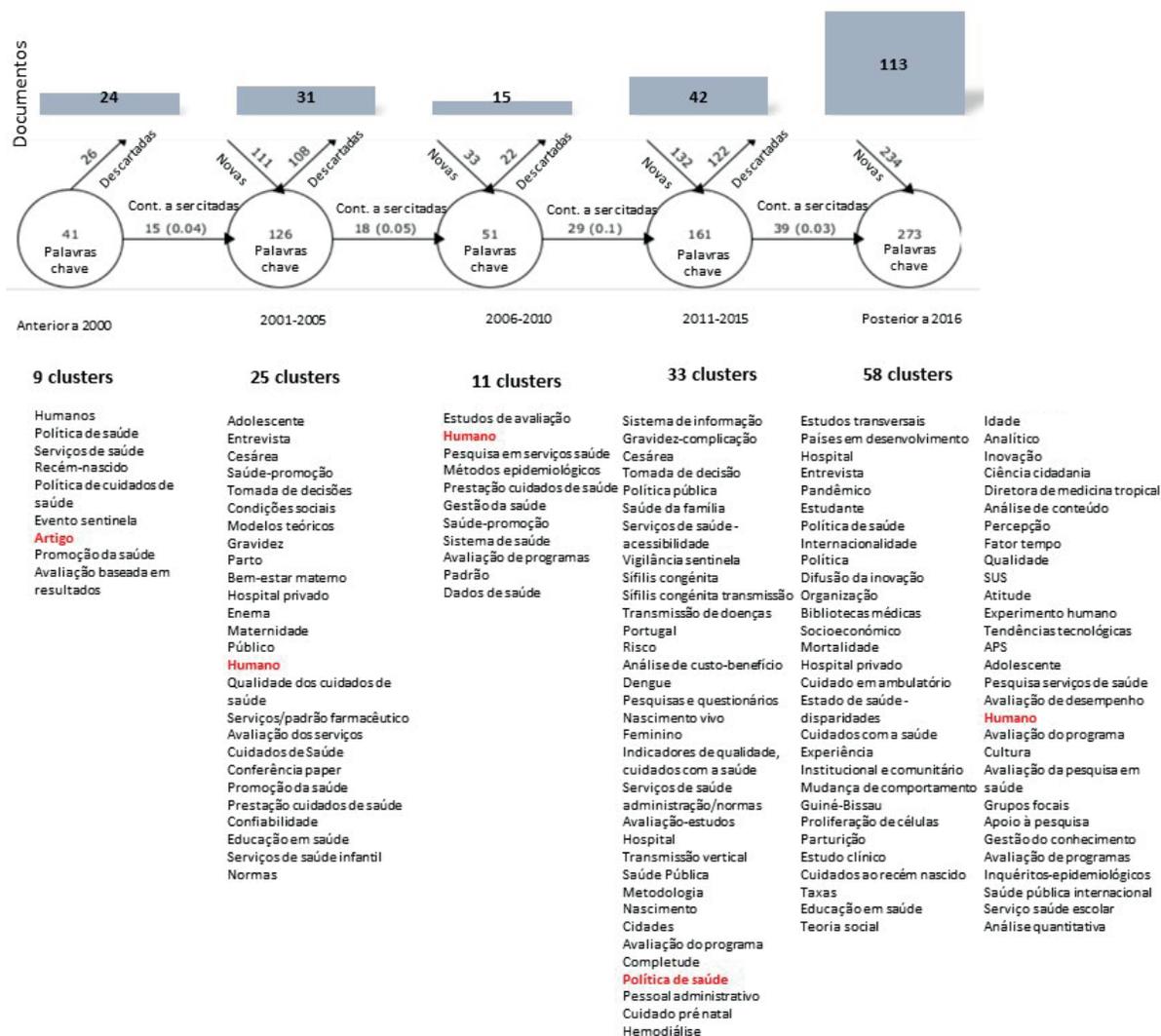
Entre 2001 e 2005, foram identificadas 126 palavras-chave em 31 documentos, 4% das quais se mantinham idênticas às do período anterior, revelando uma forte dinâmica na produção científica da autora. Nesse período, formaram-se 25 *clusters*, com destaque para o *cluster* “Humano” que se caracterizava por padrões, artigos, qualidades dos cuidados e gestão e organização.

No período entre 2006 e 2010, identificaram-se 51 palavras-chave (95% novas) em 15 documentos que foram agrupadas em 11 *clusters*, continuando a se destacar o *cluster* “Humano” agora caracterizado por documentos sobre programas nacionais de saúde, Brasil, saúde pública e artigos.

Entre 2011 e 2015, a autora produziu 42 documentos, dos quais foram destacadas 161 palavras-chave cuja sobreposição com o período anterior era de apenas 1%. Formaram-se 33 *clusters*, sendo o mais relevante em dimensão o *cluster* “Política de saúde” que agregava documentos sobre humano, artigo, seguimento e cuidados a pacientes.

Por último, desde 2016, inclusive, foram identificadas 113 produções, algumas já em 2021, que apresentavam 273 palavras-chave, cuja percentagem de constância em relação ao período anterior era de 3%. Foram formados 58 *clusters*, com destaque para o *cluster* “Humano” que agregou documentos artigos, sobre organização e gestão, Brasil e adultos (Figura 6).

Figura 6. Análise bibliométrica longitudinal (mapa de sobreposições) e por período, com discriminação do número de documentos, identificação dos *clusters* e da rede dentro do *cluster* de maior dimensão (destacado)



Rede de clusters para aquele com maior número de documentos



## CONCLUSÕES

A análise bibliométrica permite uma quantificação do desempenho e da atividade científica, não existindo regras ou consenso sobre as métricas a utilizar, dependendo tal do objetivo e do objeto da análise. No entanto, é consensual que a análise bibliométrica não fornece um retrato completo de um autor. Idealmente, o retrato apenas estaria completo por meio da análise aprofundada da produção científica pelos pares e pela opinião de peritos relativamente ao percurso e desenvolvimento do autor e aos conteúdos da sua obra.

Um dos aspectos cruciais em uma análise bibliométrica é a definição clara da pergunta à qual se pretende encontrar resposta. No presente artigo, pretendeu-se, por um lado, quantificar a produção científica da autora Zulmira Hartz, e, por outro, descrever o impacto da sua obra em termos de áreas de conhecimento, mas, também, as redes de colaboração que estabeleceu com diferentes autores e entre diferentes instituições, objetivos que foram atingidos.

As bases de dados consultadas complementaram-se e permitiram uma ampla cobertura, mas, ainda assim, admite-se que podem não ter sido identificadas todas as produções científicas da autora.

O cálculo dos indicadores bibliométricos a partir da Scopus e da WoS não traduzem, certamente, o impacto das produções de Zulmira Hartz, uma vez que a grande maioria destas é de natureza “cinzenta”. Isso condicionou largamente a análise longitudinal realizada, não tendo sido possível a análise com base no impacto da obra por intermédio de indicadores como o índice h ou o número de citações, mas apenas por meio do número de documentos.

Apesar dessas limitações, a análise bibliométrica ilustra bem o impacto da obra de Zulmira Hartz, que se fez maioritariamente de artigos, sobre populações humanas, frequentemente em parceria, maioritariamente dentro do Brasil, com diferentes instituições académicas e fora do Brasil, principalmente, com Portugal. Os primeiros anos de produção da autora ilustram a sua passagem pelo Canadá; e os últimos anos, a sua forte ligação a Portugal. A saúde pública, a avaliação, os sistemas de saúde, a gestão e organização dos cuidados foram a linha condutora dessa autora, sendo a enorme diversidade dos temas e palavras-chave do seu trabalho, explicada essencialmente pela abrangência desses temas e pelo trabalho metodológico que desenvolveu ao longo da sua carreira.

## AGRADECIMENTOS

Aos editores deste número especial pela honra de analisar uma obra relevante e marcante.

## Referências

1. Lawani SM. Bibliometrics: Its Theoretical Foundations, Methods and Applications. *Libri*. 1981;31(Jahresband):294-315.
2. Thanuskodi S. *Journal of Social Sciences: A Bibliometric Study*. *J Soc Sci*. 2010;24(2):77-80.
3. Kokol P, Vošner HB, Završnik J. Application of bibliometrics in medicine: a historical bibliometrics analysis. *Health Inf Libr J*. 2021;38(2):125-38.
4. Cooper ID. Bibliometrics basics. *J Med Libr Assoc JMLA*. 2015;103(4):217-8.
5. Linnenluecke MK, Marrone M, Singh AK. Conducting systematic literature reviews and bibliometric analyses. *Aust J Manag [Internet]*. 2019 [cited 2021 Jul 16];45(2):175–194. Available from: <https://journals.sagepub.com/eprint/D3JBSVPUJDZSPQPVIEKJ/full>
6. Donthu N, Kumar S, Mukherjee D, Pandey N, Lim WM. How to conduct a bibliometric analysis: An overview and guidelines. *J Bus Res*. 2021;133:285-96.
7. Cobo MJ, López-Herrera AG, Herrera-Viedma E, Herrera F. Science mapping software tools: Review, analysis, and cooperative study among tools. *J Am Soc Inf Sci Technol*. 2011;62(7):1382-402.
8. Bar-Ilan J. Citations to the “Introduction to informetrics” indexed by WOS, Scopus and Google Scholar. *Scientometrics*. 2010;82(3):495-506.
9. Cobo MJ, López-Herrera AG, Herrera-Viedma E, Herrera F. Science mapping software tools: Review, analysis, and cooperative study among tools. *J Am Soc Inf Sci Technol*. 2011;62(7):1382-402.
10. Roy Rosenzweig Center for History and New Media. *Zotero [Internet]*. 2016 [cited 2021 Jun 4]. Available from: <https://www.zotero.org/>
11. Elsevier. *Research Metrics Guidebook*. Research Intelligence. Elsevier [Internet]. 2018 [cited 2021 Jul 30]. Available from: <https://www.elsevier.com/research-intelligence/resource-library/research-metrics-guidebook>
12. University of Granada. *SciMat*; 2016.
13. Su H-N, Lee P-C. Mapping knowledge structure by keyword co-occurrence: a first look at journal papers in *Technology Foresight*. *Scientometrics*. 2010;85(1):65-79.
14. Waltman L, van Eck NJ. Field Normalization of Scientometric Indicators. In: Glänzel W, Moed HF, Schmoch U, Thelwall M, editors. *Springer Handbook of Science and Technology Indicators [Internet]*. Cham: Springer International Publishing; 2019 [cited 2021 Aug 1]. p. 281–300. (Springer Handbooks). Available from: [http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-02511-3\\_11](http://link.springer.com/10.1007/978-3-030-02511-3_11)

15. Cobo MJ, López-Herrera AG, Herrera-Viedma E, Herrera F. An approach for detecting, quantifying, and visualizing the evolution of a research field: A practical application to the Fuzzy Sets Theory field. *J Informetr.* 2011;5(1):146-66.
16. Zulmira Maria de Araújo Hartz [Internet]. [cited 2021 Jul 15]. Available from: [http://scholar.google.com/citations?user=IsR\\_J\\_YAAAAJ&hl=pt-PT](http://scholar.google.com/citations?user=IsR_J_YAAAAJ&hl=pt-PT)
17. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2000;5:7-18.
18. Hartz ZMA, Contandriopoulos A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um 'sistema sem muros'. *Cad Saúde Pública.* 2004;20:S331-6.
19. Hartz ZM, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad Saúde Pública.* 2004;20(Suppl 2):S331-6.
20. Hartz ZMA, Champagne F, Leal MC, Contandriopoulos A-P. Mortalidade infantil 'evitável' em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde. *Rev Saude Pública.* 1996;30:310-8.
21. Sousa Pinto L, Arroz JAH, Martins MRO, Hartz Z, Negrao N, Muchanga V, et al. Malaria prevention knowledge, attitudes, and practices in Zambezia Province, Mozambique. *Malar J.* 2021;20(1):293.
22. Contandriopoulos A-P, Champagne F, Denis J-L, Avargues M-C. L'évaluation dans le domaine de la santé: Concepts et méthodes. *Rev Epidemiol Sante Publique.* 2000;48(6):517-39.
23. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saude Publica.* 2000;34(5):547-59.
24. Barrêto ICHC, Pontes LK, Corrêa L. Vigilância de óbitos infantis em sistemas locais de saúde: Avaliação da autópsia verbal e das informações de agentes de saúde. *Rev Panam Salud Publica, Pan Am J Public Health.* 2000;7(5):303-12.
25. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet.* 2011;377(9779):1778-97.
26. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr.* 2012;95(5):1113-35.
27. SciVal – Published [Internet]. [cited 2021 Jul 30]. Available from: <https://www.scival.com/overview/publications/summary?uri=Customer/328008/Researcher/7560026>

28. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias ABM, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2012;28(3):425-37.
29. Guerreiro CS, Hartz Z, Ferrinho P, Havik PJ. 25 anos de política nacional de saúde na república da guiné-bissau: Memórias do seu planeamento estratégico em saúde. *Cad Estud Afr*. 2019;38:239-64.
30. Domingues RMSM, Leal MC, Hartz ZMA, Dias MAB, Vettore MV. Access to and utilization of prenatal care services in the Unified Health System of the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Bras Epidemiol Braz J Epidemiol*. 2013;16(4):953-65.
31. Guimarães EAA, Hartz ZMA, Loyola Filho AI, Meira AJ, Luz ZMP. Evaluating the implementation of Information System on Live Births in municipalities of Minas Gerais, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2013;29(10):2105-18.
32. Hartz ZM de A. Meta-evaluation of health management: challenges for 'new public health'. *Cienc Saude Coletiva*. 2012;17(4):832-4.
33. Nickel DA, Natal S, Hartz ZMA, Calvo MCM. Use of evaluation by primary healthcare managers: a case study in southern Brazil. *Cad Saude Publica*. 2014;30(12):2619-30.
34. Nickel DA, Calvo MCM, Natal S, Freitas SFT, Hartz ZMA. The development of evaluation capacity in primary healthcare management: a case study in Santa Catarina State, Brazil, 2008-2011. *Cad Saude Publica*. 2014;30(4):839-50.
35. Moreira MR, Ribeiro JM, Motta JJJ, Hartz Z. Adolescence and Youth: an international perspective on public policies on health and living conditions. *Cienc Saude Coletiva*. 2018;23(9):2782.
36. Magalhães JL, Hartz Z, Antunes AMS. An evaluation of partnership for productive development in Brazil's healthcare: Measuring the knowledge translation from implementation to the impact. In: *Handbook of Research on Information Architecture and Management in Modern Organizations* [Internet]. IGI Global; 2015. p. 525-44. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84957696934&doi=10.4018%2f978-1-4666-8637-3.ch024&partnerID=40&md5=5a3ec8ca641ba2e2ec68f12af58774f6>
37. Magalhaes J, Menezes M, Hartz Z, Boechat N, Mendonca J. An overview of the antibiotics in Brazil: A sovereignty been lost of the amoxicillin. *Chim Oggi Chemistry Today*. 2019;37(5):73-8.
38. Pinto LF, Hartz ZMA. Primary care experiences in 25 years of *Journal Ciência & Saúde Coletiva*: a review of the scientific literature. *Cienc Saude Coletiva*. 2020;25(12):4917-32.
39. Oliveira FPSL, Vargas AMD, Hartz Z, Dias S, Ferreira EFE. Elementary and lower secondary school students' perceptions of the Health at School Programme: a case study in Belo Horizonte, Brazil. *Cienc Saude Coletiva*. 2018;23(9):2891-8.

40. Magalhães JL, Carmo MVS, Hartz Z. Knowledge management in biotechnology drugs in Brazil as a case study of the national pharmaceuticals laboratories. In: Handbook of Research on Strategic Innovation Management for Improved Competitive Advantage [Internet]. IGI Global; 2018. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85049543202&doi=10.4018%2f978-1-5225-3012-1.ch033&partnerID=40&md5=81d81c22d70c75128d6bea5cbcd9cf2d>
41. Torres JA, Leal MC, Domingues RMSM, Esteves-Pereira AP, Nakano AR, Gomes ML, et al. Evaluation of a quality improvement intervention for labour and birth care in Brazilian private hospitals: a protocol. *Reprod Health*. 2018;15(1):194.
42. Pinto LF, Soranz D, Ponka D, Pisco LA, Hartz ZM. 40 years of Alma-Ata: Challenges of Primary Health Care in Brazil and in the World. *Cienc Saude Coletiva*. 2020;25(4):1178.
43. Guerreiro CS, Hartz Z, Neves C, Ferrinho P. Training of Human Resources for Health in the Republic of Guinea-Bissau: Evolution of Structures and Processes in a Fragile State. *Acta Med Port*. 2018;31(12):742-53.
44. Figueiredo TA, Angulo-Tuesta A, Hartz Z. Avaliabilidade da política nacional de regulação no SUS: Uma proposta preliminar. *Physis* [Internet]. 2019;29(2). Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85073794126&doi=10.1590%2fs0103-73312019290215&partnerID=40&md5=a1618354939dda67a65cbd8adb3f33e6>
45. Bezerra LCA, Felisberto E, Costa JMBS, Alves CKA, Hartz Z. Challenges to Performance Management: logical analysis of an Evaluation Policy in Health Surveillance. *Cienc Saude Coletiva*. 2020;25(12):5017-28.
46. Hartz Z. Do monitoramento do desempenho ao desempenho do monitoramento: novas oportunidades para a Avaliação na gestão da Vigilância em Saúde. *Cienc Saude Coletiva*. 2013;18(5):1221-2.
47. Figueiró AC, Hartz Z, Samico I, Cesse EAP. Usos e influência da avaliação em saúde em dois estudos sobre o Programa Nacional de Controle da Dengue. *Cad Saude Publica*. 2012;28(11):2095-105.
48. Figueiro AC, Araújo Oliveira SR, Hartz Z, Couturier Y, Bernier J, Freire MSM, et al. A tool for exploring the dynamics of innovative interventions for public health: the critical event card. *Int J Public Health*. 2017;62(2):177-86.
49. Cazarin G, Figueiró AC, Dias SF, Hartz Z. Análise da sustentabilidade de uma intervenção de promoção da saúde no município de Recife, Pernambuco. *Physis* [Internet]. 2019;29(3). Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85077843724&doi=10.1590%2fs0103-73312019290309&partnerID=40&md5=2b0ab37a26f8dad18c3503f49b5cb65c>

50. Figueiró AC, Hartz ZMA, Brito CAA, Samico I, Siqueira Filha NT, Cazarin G, et al. Óbito por dengue como evento sentinela para avaliação da qualidade da assistência: estudo de caso em dois municípios da Região Nordeste, Brasil, 2008. *Cad Saude Publica*. 2011;27(12):2373-85.
51. Magalhães JL, Hartz Z, Menezes MS, Quoniam L. Big data e a saúde negligenciada em dengue, zika e chicungunha: Uma análise translacional da tríplice ameaça no século 21. *Cienc Inf*. 2016;45(3):234-50.
52. Domingues RMSM, Saracen V, Hartz ZMDA, Leal MDC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública*. 2013;47:147-57.
53. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Leal MC. Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Saude Materno Infant*. 2012;12(3):269-80.
54. Guerreiro CS, Hartz Z, Sambo L, Conceição C, Dussault G, Russo G, et al. Política de Investigação Científica para a Saúde em Portugal: I - Enquadramento Europeu e Nacional. *Acta Med Port*. 2017;30(2):141-7.
55. Guerreiro CS, Hartz Z, Sambo L, Conceição C, Dussault G, Russo G, et al. Política de Investigação Científica para a Saúde em Portugal: II – Factos e Sugestões. *Acta Med Port*. 2017;30(3):233-42.
56. Fonseca LSP, Arroz JAH, Martins MRO, Hartz Z. Are we interconnected? A qualitative study on the role and perception of different actors on malaria social behaviour change interventions in rural Mozambique. *Malar J*. 2020;19(1):420.
57. Coelho A, Diniz A, Hartz Z, Dussault G. Gestão integrada da doença renal crónica: análise de uma política inovadora em Portugal. *Rev Port Saude Publica*. 2014;32(1):69-79.
58. Hartz ZMA. Creating a dialogue between the concepts of complexity paradigms and the pragmatic approaches proposed for evaluating complex interventions. *Can J Program Eval*. 2012;26(3):115-8.
59. Bezerra LCA, Felisberto E, Costa JMBDS, Hartz Z. Translação do conhecimento na qualificação da gestão da Vigilância em Saúde: Contribuição dos estudos avaliativos de pós-graduação. *Physis [Internet]*. 2019;29(1):e290112. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85083465630&doi=10.1590%2fS0103-73312019290112&partnerID=40&md5=8fa25989a5bdf999a6979f108e27a87b>
60. Torres JA, Domingues RMSM, Sandall J, Hartz Z, Gama SGN, Theme Filha MM, et al. Caesarean section and neonatal outcomes in private hospitals in Brazil: comparative study of two different perinatal models of care. *Cad Saude Publica*. 2014;30(Suppl 1):S1-12.

61. Vidal SA, Samico IC, Frias PG, Hartz ZMA. An exploratory study of the costs and consequences of prenatal care in the Family Health Program. *Rev Saude Publica*. 2011;45(3):467-74.

62. Oliveira MIC, Hartz ZMA, Nascimento VC, Silva KS. Avaliação da implantação da iniciativa hospital amigo da criança no Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Saude Materno Infant*. 2012;12(3):281-95.

63. Carvalho A, IJsselmuiden C, Kaiser K, Hartz Z, Ferrinho P. Towards equity in global health partnerships: adoption of the Research Fairness Initiative (RFI) by Portuguese-speaking countries. *BMJ Glob Health*. 2018;3(5):e000978.

### **Declaração de conflitos de interesse**

A autora declara que não há conflitos de interesse.

DEPOIMENTO

---

A AVALIAÇÃO EM SAÚDE E OS  
CAMINHOS INSTITUCIONAIS:  
A CONTRIBUIÇÃO DE ZULMIRA  
HARTZ AO INSTITUTO DE  
MEDICINA INTEGRAL PROF.  
FERNANDO FIGUEIRA – IMIP

---

*Health Evaluation and Institutional Pathways: Zulmira Hartz's contribution to  
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP*

**Eronildo Felisberto<sup>1</sup>**

1. Felisberto, E. Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde. Programa de Pós-graduação em Avaliação em Saúde. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP. Recife, Brasil. CV disponível em: <http://lattes.cnpq.br/3556797129096810> – E-mail: [eronildo.felisberto@imip.org.br](mailto:eronildo.felisberto@imip.org.br)

*...nos encontramos um dia  
pra festejar o presente  
em torno de um sonho azul  
no meio de tanta alegria  
só se escutava CADÊ ZUZU?...*

(Zuzu em Folia – Frevo de Bloco – Eronildo Felisberto & Wilson Freire, 2008)

No Editorial da Revista do IMIP, na sua edição especial publicada em dezembro de 1995, o Prof. Fernando Figueira, fundador do Instituto Materno Infantil de Pernambuco, hoje Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), ressaltava a destacada colaboração da Profa. Zulmira Hartz no trabalho realizado na instituição. Ao aceitar o convite para prestar consultoria em Avaliação de Programas e Serviços institucionais, Zulmira Hartz condicionou seu trabalho ao compromisso do IMIP em favorecer “[...] a capacitação de avaliadores internos com a finalidade de formar um núcleo permanente de avaliação”<sup>1(p. 1)</sup>. Assumido o compromisso mútuo, coube ao Prof. Bertoldo Kruse, Vice-Presidente do IMIP, identificar os atores institucionais e articular as ações necessárias para a concretização do objetivo proposto.

Para além do relatório técnico, da sua observância e dos debates internos pelos gestores institucionais, os resultados da consultoria foram publicados em forma de artigo<sup>2</sup> na referida edição, com outros de autores institucionais e com a colaboração de pesquisadores da Universidade de Montreal (UMontreal). Essa edição, intitulada *Avaliação na Assistência Materno-Infantil*, marcou o compromisso da instituição em garantir espaço para publicação em seu periódico científico de artigos referentes à avaliação de programas, políticas e serviços de saúde. Ainda, conforme proposto por Zulmira e sob a liderança do Prof. Bertoldo Kruse, o IMIP deu início à estruturação de um grupo de pesquisas que, submetido ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico em 1999, foi certificado no ano 2000 e integra o Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil como Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde (GEAS).

Além da preparação de avaliadores internos, a idealização do GEAS apoiou-se na necessidade de investir em estudos que refletissem sobre os processos e os resultados das ações e serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A percepção sobre a incipiência das práticas avaliativas desenvolvidas à época, caracterizadas por seu perfil burocrático e fiscalizatório e, ainda, pouco utilizadas como instrumento para tomada de decisão por gestores de saúde, moldou os objetivos do Grupo em desenvolver atividades de pesquisas no campo da gestão e da avaliação, contribuindo para o fortalecimento institucional, as práticas de avaliação e a melhoria do desempenho dos

sistemas de saúde; além de fomentar a institucionalização das práticas avaliativas em saúde, por meio de atividades de formação profissional, assessorias e consultorias no campo da avaliação.

A Revista do IMIP, em comemoração aos 40 anos da instituição, no ano 2000, publicou a edição temática *Avaliação em saúde*, cujo Editorial lembra que o IMIP “[...] evolui buscando a constante revitalização e sempre dinamizando potencialidades”<sup>3(p. 3)</sup>. É nesse contexto que Zulmira, na apresentação dessa edição, destaca a importância do Doutorado Interinstitucional de Saúde Pública em Pernambuco, liderado por ela, e que incluía uma linha de pesquisa em gestão e avaliação para a produção científica na área e formação de docentes e pesquisadores preocupados em contribuir com a qualificação das políticas e programas de saúde. Nesse sentido, afirma que o IMIP

[...] enquanto Centro de Referência nacional para a atenção materno-infantil, se coloca como exemplo da preocupação com a qualidade do atendimento à população, o que passa pela transparência dos processos de trabalho, mas também pelo compromisso de fomentar uma cultura de avaliação como base de desenvolvimento institucional, apoiada na qualificação de recursos humanos especializados e na Revista como veículo de comunicação e atualização permanentes<sup>4(p. 5)</sup>.

Nessa perspectiva, destaca-se um importante papel desempenhado por Zulmira no favorecimento dos processos de articulação para a cooperação institucional, sendo responsável pelo intercâmbio técnico-científico do IMIP em nível internacional com o Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (GRIS) da UMontreal e, mais adiante, com o Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) da Universidade Nova de Lisboa. Em nível nacional, com diversas instituições de ensino e pesquisa que comungavam do mesmo objetivo de fortalecimento do campo da avaliação, tendo como referência a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) que, em âmbito local, amplificou seu apoio por intermédio do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Esse intercâmbio acadêmico-científico se estendeu no campo da gestão, fortalecendo a parceria institucional com o Ministério da Saúde (MS), por intermédio da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Departamento de Atenção Básica e da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa que, por meio de cooperação técnica, viabilizaram a realização de diversos projetos de formação profissional e de pesquisas avaliativas.

Esse processo de cooperação encontra-se refletido na publicação do *Suplemento destinado a estudos sobre avaliação em saúde no Brasil* da Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil (RBSMI), sucedânea da Revista do IMIP. Em seu Editorial, a RBSMI ressalta o aprimoramento técnico-institucional no campo da avaliação decorrente desse cenário de cooperação:

[...] a RBSMI proporciona, desta feita, um espaço para a apresentação de diversas experiências na área, fruto do pensamento e do estudo de pesquisadores com inserção nacional e local [...] mas, também, favorecendo o intercâmbio de teorias e perspectivas enriquecidas pela contribuição de pesquisadores internacionais, estabelecendo assim mais um marco na trajetória que, olhando para o futuro, resgata sua história ao evocar a indispensável participação nos movimentos que constroem a Avaliação em Saúde no Brasil<sup>5(p. S9)</sup>.

A cooperação interinstitucional resultou na efetiva qualificação dos pesquisadores do IMIP que, associada a suas experiências em atividades de gestão no âmbito das três instâncias gestoras do SUS, possibilitou, em 2009, a criação do Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde (MPAS) credenciado com o conceito 4 na Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. O MPAS/IMIP é voltado a formar profissionais para o ensino, a pesquisa e o planejamento e gestão de serviços, no campo da avaliação em saúde.

Zulmira sempre lembra da necessidade de uma comunicação técnico-científica qualificada, oportunizando os marcos históricos institucionais. Nesse sentido, durante as comemorações dos 50 anos do IMIP, em 2010, algumas iniciativas marcaram a trajetória do campo da avaliação em saúde no Instituto. Completavam-se 10 anos de certificação do GEAS e dava-se início ao ano letivo da 1ª Turma do MPAS. Nessa oportunidade, o IMIP promoveu, em parceria com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva, o *Seminário Nacional sobre Institucionalização da Avaliação em Saúde*, cuja abertura se constituiu na aula inaugural do curso: *Institucionalização da avaliação na administração pública*, proferida pelo Prof. Jean-Louis Denis da Escola de Saúde Pública da UMontreal<sup>6</sup>.

Durante o evento, foi lançado o livro *Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais*<sup>7</sup>, cujos autores são todos integrantes do GEAS e sobre o qual Zulmira escreveu:

[...] De forma generosa, bastante didática e linguagem clara, eles nos fazem compartilhar e aprender com suas (in)experiências na formação de avaliadores, [...] bem como nas consultorias e linhas de pesquisa voltadas para a avaliação de programas e institucionalização de práticas avaliativas<sup>7(cap)</sup>.

De fato, a generosidade existiu, mas nas palavras e atitudes de Zulmira, que supervisionou todo o processo de construção dessa obra, adotada como apoio didático em diversos programas de pós-graduação na área da saúde coletiva. Ainda, oportunizando as comemorações dos 50 anos do IMIP, a RBSMI publica outro suplemento temático e afirma em seu Editorial que o IMIP:

[...] continua abrindo espaço em seu periódico científico, colaborando com o compartilhamento e o aprendizado proporcionado nas diversas interlocuções institucionais, em consonância com as linhas de pesquisa, voltadas para a avaliação das intervenções e para a institucionalização de práticas avaliativas [...]<sup>8(p. S11)</sup>.

Em artigo publicado em 2014 Furtado e Viera-da-Silva<sup>10</sup> afirmam:

[...] o livro *Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*<sup>9</sup>, ...constitui marco e ponto de inflexão da avaliação em saúde no Brasil em direção às concepções presentes em torno da chamada Program Evaluation. [...] a inflexão demarcada pela publicação é a de ampliação do objeto da avaliação [...] de extensão do leque de possibilidades metodológicas; o destaque para as análises de implantação dos programas fugindo dos modelos denominados de black box e, finalmente, o propósito em subsidiar a tomada de decisão<sup>10(p. 2651)</sup>.

Organizado por Zulmira, o livro é basilar no processo de conformação do GEAS/IMIP, além de ter norteado as atividades de capacitação e assessoramento em avaliação do Grupo. Os conceitos e métodos trabalhados foram detalhados e ampliados em outra publicação, de 2009, pela Editora UMontreal, a qual teve sua coautoria: *“L'évaluation: concepts et méthodes”*<sup>11</sup>, que foi traduzido para o português, em 2011, a partir de uma parceria entre a UMontreal, o IMIP, o MS e a Fiocruz.

A relação ensino-pesquisa-serviço perpassa toda a história do IMIP. Em especial no campo da avaliação em saúde, a constituição das parcerias, a interlocução e a troca de experiências entre especialistas e consultores com *expertise* na área vêm contribuindo para a implementação de processos de formação e com a instrumentalização e a qualificação técnica do processo de formulação e aperfeiçoamento das políticas públicas na área da saúde. Isso é verificado na participação de profissionais do IMIP em destacados períodos da gestão da saúde pública no Brasil, em nível federal e no estado de Pernambuco. Algumas dessas experiências encontram-se documentadas em, pelo menos, três teses de doutorado já concluídas<sup>12-14</sup>.

Mais recentemente, entre 2011 e 2020, o Protocolo de Cooperação firmado com o IHMT proporcionou atividades de intercâmbio docente, visitas técnico-científicas, orientações conjuntas, participação e organização de eventos científicos e qualificação do corpo docente. Quatro pesquisadoras do IMIP, docentes do MPAS, finalizaram o Curso de Doutorado em Saúde Internacional do IHMT, que contou com orientadores do IHMT, entre os quais Zulmira, e do IMIP. Em 2015, o IMIP publica o livro: *Desafios na Implantação de Programas*, 1º volume da série: *Formação Profissional e Avaliação em Saúde*<sup>15</sup>, idealizado por Zulmira e do qual é coautora juntamente com outros integrantes do GEAS. O 2º volume da série – *Avaliação de Desempenho das Intervenções de Saúde* – encontra-se em fase de editoração com publicação prevista para 2021. Ainda, o IMIP sediou, em 2015, o *I Encontro Luso-brasileiro de Avaliação em Saúde e Gestão do Conhecimento*, também idealizado por Zulmira, iniciativa coordenada pelo IMIP, ENSP/Fiocruz e IHMT e cujas edições posteriores foram realizadas em 2018, no Rio de Janeiro, e em 2019, em Lisboa.

A participação de Zulmira Hartz como pesquisadora associada do GEAS, consultora temática especial da RBSMI e docente permanente do MPAS é um privilégio institucional e respalda o GEAS/IMIP ao assumir compromissos relevantes no campo da pesquisa e das intervenções avaliativas.

Este texto marca o reconhecimento de Zulmira Hartz como desbravadora dos caminhos que o IMIP percorre no campo da Avaliação em Saúde, contribuindo de maneira sustentável para a consolidação de uma *expertise* institucional que atua há 26 anos formando profissionais, produzindo conhecimento e apoiando o aprimoramento das práticas de gestão dos serviços e do sistema de saúde brasileiros.

*...é que meu sonho já virou ciranda  
vai pelo mundo, mas daqui não sai...*

*(Ciranda dos Sonhos de Zuzu – Eronildo Felisberto & Wilson Freire, 2009)*

## Referências

1. Figueira F. Autoavaliação. Editorial. Rev IMIP. 1995;9(2 esp):1.
2. Hartz Z, Samico I, Felisberto E. Avaliação de um Centro de Referência para Atenção Materno-Infantil – IMIP. Rev IMIP. 1995;9(2 esp):3-34.
3. Arruda BKG. IMIP: sonho, símbolo, realidade. Editorial. Rev IMIP. 2000;14(1):3-4.
4. Hartz Z. Focalizando a avaliação em saúde. Apresentação. Rev IMIP. 2000;14(1):5-6.
5. Samico I, Hartz Z. Avaliação em saúde e os caminhos institucionais. Editorial. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2005;5(supl. 1):S9.
6. Denis J-L. Institucionalização da avaliação na administração pública. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2010;10(supl. 1): S229-S237.
7. Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook; 2010.
8. Felisberto E. Avaliação em saúde: pesquisa e formação para aprimoramento dos sistemas de saúde. Editorial. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2010;10(supl. 1):S11.
9. Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997.
10. Furtado JP, Vieira-da-Silva LM. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. Cad Saúde Pública. 2014;30(12):2643-2655.
11. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Hartz Z. L'évaluation: concepts et méthodes. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 2009.

12. Felisberto E. Análise da implantação e da sustentabilidade da política nacional de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil, no período de 2003 a 2008 [tese]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz; 2010.
13. Costa JMBS. Desempenho de intervenções em saúde: descrição dos modelos teóricos na literatura latino-americana e avaliação da vigilância em saúde em Pernambuco [tese]. Recife: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz; 2015.
14. Bezerra LCA. Gestão e avaliação do desempenho com foco nos resultados: estudo de caso da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco [tese]. Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa; 2019.
15. Samico I, Felisberto E, Frias PG, Espírito Santo AC, Hartz Z. Desafios na Implantação de Programas. Rio de Janeiro: Medbook; 2015. Série: Formação Profissional e Avaliação em Saúde.

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação  
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de  
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

[www.conass.org.br/biblioteca](http://www.conass.org.br/biblioteca)



DEPOIMENTO

---

OBRIGADO, ZULMIRA!

---

*Thank you, Zulmira!*

**Fernando P. Cupertino de Barros<sup>1</sup>**

*1. Barros, FPC. MD, MSc, MA, PhD Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Goiás, Brasil. Coordenador Técnico do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Brasil. Cofundador da COLUFRAS – E-mail: fernando.cupertino@conass.org.br*

Conheci Zulmira Hartz mais de perto, em 2005, quando preparávamos o 1º Simpósio Internacional da Conferência Luso-Francófona da Saúde (COLUFRAS), em Montréal. Àquela época, a COLUFRAS estava abrigada na Unidade de Saúde Internacional da Universidade de Montréal, sob a coordenação de Lucien Albert; e Zulmira, por sua vez, era professora convidada do Departamento de Medicina Social daquela universidade, além de integrar o Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (GRIS).

Com seu característico dinamismo e espírito inovador, ela viu a oportunidade oferecida pela COLUFRAS em promover maior diálogo e intercâmbio entre os países de línguas francesa e portuguesa, especialmente em um momento em que o Brasil trabalhava fortemente na implementação de seu Sistema Único de Saúde (SUS).

Sobre a realização desse primeiro simpósio da COLUFRAS, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) assim se manifestou:

[...] a COLUFRAS permitirá resgatar, em idiomas diferentes daquele ‘oficial da ciência’, um rico debate sobre ‘Saúde, Justiça e Cidadania’, trazendo para o mesmo cenário as preocupações, inquietações e produção de pesquisadores canadenses, brasileiros e de países africanos de língua portuguesa.<sup>1</sup>

Os resultados dos debates e trabalhos apresentados foram objeto de um livro publicado por Les Presses de l’Université de Montréal, com o título de *Santé et Citoyenneté: les expériences du Brésil et du Québec*, em que Zulmira foi uma das organizadoras<sup>2</sup>, e que mereceram do editor as seguintes considerações:

Este livro fornece uma ampla visão geral das perguntas que todas as sociedades precisarão saber responder para garantir o acesso a cuidados de saúde adequados para todos. Sabemos que, para serem eficazes, é imprescindível que as políticas públicas sejam informadas por conhecimento comprovado das possíveis configurações dos sistemas de saúde e seus efeitos. Uma maneira de se conseguir isso é compartilhar conhecimentos e experiências nacionais. Em grande parte extraído das intervenções e debates do primeiro simpósio internacional da Conferência Luso-Francófona de Saúde (COLUFRAS), este livro assume a forma de um diálogo estimulante entre especialistas sobre as questões que existem no Quebec e no Brasil. Tanto as convergências, quanto as diferenças são instrutivas.<sup>3</sup>

Assim, para além dos dias em que juntos trabalhamos na preparação do evento e de sua realização, entre 16 e 18 de junho de 2005, nasceu uma estreita relação de parceria, que se transformou, com o tempo, em uma profunda amizade. Participamos, a partir de então, de vários encontros e atividades científicas, especialmente no campo da avaliação dos sistemas e serviços de saúde. Mais tarde, em 2010, quando ela já desempenhava as funções de Subdiretora do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (IHMT), além de ser a coordenadora da Unidade Curricular de Avaliação em Saúde, no programa de doutoramento em Saúde Internacional daquela instituição, nós nos encontramos novamente, de maneira mais regular, em razão de

minhas atividades à frente das Relações Internacionais do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) do Brasil.

Foi daí que nasceu, com o apoio do então diretor do Instituto, o Professor Dr. Paulo Ferrinho, a iniciativa de criar uma linha editorial voltada aos atores implicados tanto na gestão quanto no trabalho dos sistemas universais de saúde, especialmente direcionada ao público da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP): a série Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS), em uma parceria formalmente estabelecida entre o IHMT e o CONASS. Iniciadas em 2014, as publicações se sucederam e estão disponíveis para *download* gratuito no sítio web do CONASS (<https://www.conass.org.br/biblioteca/>). A propósito das mais recentes publicações dessa linha editorial, o Secretariado Executivo da CPLP assim se manifestou:

O acesso gratuito e livre a estas importantes obras sobre temas de saúde e combate à pandemia representa um importante contributo para a valorização da língua portuguesa enquanto língua de ciência e de conhecimento e não deixarão, por isso mesmo, de ser realçadas pela CPLP no âmbito das celebrações do dia 5 de maio, Dia Mundial da Língua Portuguesa e Dia da Língua Portuguesa e da Cultura.<sup>i</sup>

Zulmira e eu estivemos juntos, também, nas várias reuniões da Comissão Temática da Saúde e Segurança Alimentar e Nutricional dos Observadores Consultivos da CPLP, em Lisboa, assim como em eventos, cursos e seminários em diferentes países da CPLP.

Por fim, sinto-me especialmente privilegiado por poder deixar, nestas poucas linhas, o reconhecimento de todos nós pelo trabalho devotado e entusiástico de nossa colega Zulmira Hartz em benefício dos sistemas de saúde, assim como por sua contribuição à valorização e ao uso da língua portuguesa e da língua francesa como veículos de produção e difusão de conhecimentos. Uma palavra de saudade cabe, ainda, a Hugo Hartz, seu amado esposo, cuja dor da partida nos fez sofrer tanto junto com ela.

Obrigado, Zulmira!

## Referências

1. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Violência contra ambientalistas. Informativo da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Internet]. 2005 [citado 2021 jul 19];21(93):2. Disponível em [https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi988uXhO\\_xAhVnrJUCHahmBEo4ChAWMAV6BAGPEAM&url=http%3A%2F%2Fwww.abrasco.org.br%2Fpublicacoes%2FArquivos%2F20060630112145.pdf&usg=AOvVaw1CKtun8YioZUMtQJ6R4tpB](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi988uXhO_xAhVnrJUCHahmBEo4ChAWMAV6BAGPEAM&url=http%3A%2F%2Fwww.abrasco.org.br%2Fpublicacoes%2FArquivos%2F20060630112145.pdf&usg=AOvVaw1CKtun8YioZUMtQJ6R4tpB).

---

i. CPLP. Ref 143/GSE/CPLP 2021. Ofício de 9 de março de 2021.

2. André-Pierre Contandriopoulos A-P, Zulmira Maria De Araujo Hartz ZMA, Gerbier M, Nguyen A. Santé et citoyenneté: Les expériences du Brésil et du Québec [Internet]. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 2011 [citado 2021 jul 19]. Disponible em: <https://www.quebecloisirsnumerique.com/fr/products/sante-et-citoyennete-les-experiences-du-bresil-et-du-quebec>.

3. Contandriopoulos A-P, Hatz ZMA, Gerbier M, Nguyen A. Santé et Citoyenneté. Les expériences du Brésil et du Québec [Internet]. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 2009 [citado 2021 jul 19]. Disponible em : <https://www.gallimardmontreal.com/catalogue/livre/sante-et-citoyennete-les-experiences-du-bresil-et-du-quebec-gerbier-marion-9782760621589>.

DEPOIMENTO

---

PROFESSORA ZULMIRA HARTZ:  
UM EXTRAORDINÁRIO PERCURSO  
ACADÊMICO E PROFISSIONAL

---

*Professor Zulmira Hartz: an extraordinary academic and professional path*

**Gilles Dussault<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>. Dussault, G. *Global Health and Tropical Medicine*. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Universidade NOVA de Lisboa  
– E-mail: gillesdussault@ihmt.unl.pt

A professora Zulmira Hartz, a quem me liga uma amizade de 35 anos, tem um extraordinário percurso acadêmico e profissional sob vários aspectos. Ao longo de sua carreira, ela ilustrou-se em pesquisa e ensino, em gestão acadêmica e serviço público, bem como em consultorias prestadas a organismos internacionais.

Após uma formação inicial em Educação, ela fez seus estudos de Medicina para, logo depois, especializar-se em Epidemiologia e, mais tarde, em Saúde Pública, sucessivamente, no Brasil, no Québec e na França. Sua experiência de dois universos linguísticos e de três culturas científicas diferentes permitiu-lhe exercer uma influência singular em seu país de origem e naqueles que a acolheram, entre os quais, Portugal, a partir de 2009.

No Brasil, foi pioneira nos estudos de avaliação em saúde, tanto por suas atividades docentes quanto por suas pesquisas e publicações. Essa área de pesquisa, ainda relativamente recente no início dos anos 1990, foi e permanece como um dos pontos fortes dos pesquisadores da Escola de Saúde Pública da Universidade de Montréal, onde ela fez seu doutorado, à época. Ali, ela não apenas se formou nos métodos de pesquisa avaliativa, mas construiu um círculo de amizades e colaborações duradouras que possibilitaram numerosos trabalhos conjuntos, tanto no Brasil quanto no Québec. Em seu país de origem, ela permitiu que inúmeros pesquisadores quebequenses conhecessem o terreno vivo e dinâmico da pesquisa e intervenção em saúde pública do Brasil, construindo uma rede de contatos acadêmicos que gerou colaborações muito frutíferas. Ela fez o mesmo em Portugal, no Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), colocando em contato pesquisadores portugueses e brasileiros, que, por sua vez, desenvolveram atividades de ensino e pesquisa mutuamente benéficas. No IHMT, ela introduziu o tema da avaliação nos programas de mestrado e doutorado e fez disso uma marca de prestígio, o que, entre outras coisas, suscitou a vinda de vários estudantes e pesquisadores brasileiros, contribuindo, assim, à expansão do Instituto em nível internacional.

Em seus trabalhos e intervenções públicas, ela defendeu a integração da avaliação e mesmo sua institucionalização nos processos de formulação e de implementação das políticas e das intervenções em saúde. Para ela, a avaliação não se trata de uma atividade que interesse tão somente os meios acadêmicos, mas, sim, um instrumento de ajuda à decisão e à melhoria da qualidade dos programas e ações de saúde pública. Dessa forma, pesquisadores devem assumir a responsabilidade de fazer, de sorte que os que têm a responsabilidade da tomada de decisões, em todos os níveis do sistema de saúde, sejam informados sobre os resultados de seus trabalhos e que estes possam ser levados em conta nas atividades de planejamento e de gestão. Por isso mesmo, ela investiu-se do papel de advogada em favor de uma abordagem mais participativa da pesquisa avaliativa, defendendo a associação dos futuros utilizadores de seus resulta-

dos na própria concepção da pesquisa e na definição de seus objetivos. Essa “filosofia” da pesquisa questiona as práticas e a cultura acadêmica tradicionais, o que pode suscitar resistências por parte dos pesquisadores habituados ao relativo conforto da vida universitária. No Brasil, sua expertise foi solicitada por diversas universidades, de norte a sul do País. Por sua docência, a Professora Zulmira contribuiu para formar uma nova geração de pesquisadores e de intervenientes em saúde pública, que aderiram a essa nova abordagem da pesquisa e que atestam sua pertinência.

Se bem que, antes de tudo – pesquisadora e professora –, a Professora Zulmira também atuou na área da gestão de programas de saúde pública, no interior da Secretaria de Estado da Saúde do Rio de Janeiro. Em seguida, ela brilhou, sobretudo, na gestão acadêmica como diretora de programas e vice-diretora da Escola Nacional de Saúde Pública do Brasil (ENSP-Fiocruz), uma instituição de referência em toda a América do Sul e mesmo para além dela. Em Lisboa, ela ocupou as funções de vice-diretora do IHMT, encarregada da cooperação internacional, onde, além de assegurar a visibilidade da instituição na lusofonia, deu vida nova aos Anais e ao museu do IHMT.

Finalmente, a experiência multicultural da Professora Zulmira levou-a a promover, ativamente, o estabelecimento de pontes entre a francofonia e a lusofonia, notadamente como membro ativo da Conferência Luso-Francófona da Saúde (COLUFRAS) e, mais recentemente, como sua presidente. É, pois, a mais de um título, que esta homenagem, prestada por seus colegas e amigos por meio de um número especial da série Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS), é por demais merecida.

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação  
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de  
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

[www.conass.org.br/biblioteca](http://www.conass.org.br/biblioteca)



DEPOIMENTO

---

DESAFIOS...

---

*Challenges...*

**Luiz Claudio Santos Thuler<sup>1</sup>**

*1. Thuler, LCS, MD, PhD - Pesquisador do Instituto Nacional de Câncer – INCA e Professor Associado da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO – E-mail: lthuler@gmail.com*

Zulmira,  
Zu,  
Zuzu,  
Zull,  
Zuhga,  
Zulmirrá (em francês),  
Ou simplesmente querida,  
Minha eterna mestra!

Que honra ser escolhido (mais uma vez) para compartilhar este testemunho!

Tudo começou em 1980, quando eu estava no primeiro ano da Faculdade de Medicina de Teresópolis – Teresópolis – Rio de Janeiro. Era intervalo entre aulas, e formou-se um movimento atípico na cantina. Vários estudantes se aglomeraram em torno de uma jovem recém-graduada e muito falante (em uma das raras ocasiões em que a vi vestida de branco, em seu uniforme de médica). Todos queriam saber como estava sendo a sua Residência em Medicina Preventiva e Social / Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) / Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Embora a nossa Faculdade dispusesse do Hospital das Clínicas para treinamento durante a graduação, grande parte dos discentes almejava fazer o internato e a residência médica em centros maiores, como Rio de Janeiro e São Paulo. Curioso, perguntei a alguém por perto quem era, e fiquei sabendo que era você, Zulmira.

Só viemos a nos encontrar formalmente enquanto professor/discente em 1982, quando você ministrou a Disciplina de Medicina Preventiva. Eu, muito calado e introvertido, só descobri que você sabia meu nome quando, durante uma prova, ao tentar “compartilhar” conhecimentos, ouvi em alto e bom som: “Luiz Claudio, se colar perde a prova”. Fiquei seduzido pelo universo da Epidemiologia!

O encantamento se deu! Logo me tornei monitor da Disciplina. A monitoria funcionava como uma espécie de Iniciação Científica – inexistente naquela época na Faculdade –, na qual tínhamos como funções desenvolver um projeto de pesquisa científica e ministrar exercícios e seminários para os discentes da graduação a fim de contribuir para um melhor aproveitamento da Disciplina. Fui desafiado por você a produzir meu primeiro trabalho científico; e, sob sua orientação, apresentamos *Um estudo de casos de parasitoses intestinais em crianças de 2 a 10 anos no município de Teresópolis – RJ* no XV Encontro de Estudantes de Medicina, em 1983<sup>1</sup>.

Meu internato, em 1984, foi na cidade do Rio de Janeiro, onde você dirigia o Departamento de Doenças Transmissíveis, da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ). O meu primeiro artigo científico, que começamos a produzir ainda na

graduação, estava em fase de revisão final: *Doença diarreica: um estudo de casos em 75 crianças de 0 a 6 anos de idade*<sup>2</sup>. Com o pretexto de discutir o texto, tive a oportunidade de, ao visitá-la na Secretaria de Saúde, conhecer a gestora Zulmira: íntegra, sólida, porém extremamente humana e justa.

Os desafios não pararam por aí. Quando você decidiu se ausentar do País para cursar seu mestrado e doutorado na Université de Montreal, Canadá, fui indicado para substituí-la como docente na Faculdade de Medicina de Teresópolis. Como eu não tinha experiência prévia, trabalhamos juntos por um semestre, em uma espécie de “treinamento”, quando você me ensinou como preparar as aulas, elaborar as avaliações, e até a como não permitir que os estudantes trocassem informações durante as provas. Nesse quesito, você era muito rigorosa. Nessa época, tivemos maior aproximação, e não faltaram conversas densas nas noites frias de Teresópolis, muito importantes para meu crescimento. O ponto alto era a sopa de cebola cuidadosamente preparada por Hugo, acompanhada sempre de um bom vinho das Serras Gaúchas. Noites inesquecíveis! Quanta generosidade!

Você despertara definitivamente em mim a paixão pela Epidemiologia, pela pesquisa e pelo ensino.

Tempos depois, de Montreal, recebo uma carta sua me desafiando mais uma vez. Você identificara como adequado ao meu perfil o Mestrado em Epidemiologia Clínica, com o Professor Milos Jenicek. Lá fui eu para o Canadá. Os dois anos que lá passei coincidiram com os anos finais do seu doutorado. Tempos de muito estudo e aprendizado. Quanto estresse. No entanto, também aprendi com você a adicionar café solúvel ao café americano, que comprávamos em máquinas de autoatendimento e que nos davam a energia necessária para suportar as baixas temperaturas no inverno e afugentar o sono. Nesse período, você também despertou em mim o interesse pelos autores de língua francesa. Quantas boas leituras! E muitas conversas...

Esse período fora do País mudaria minha vida para sempre!

No retorno ao Brasil, muitas novas ideias... Fizemos juntos a revisão técnica da versão em português do livro *Saber Preparar uma Pesquisa*, de autoria dos nossos professores do Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, da Université de Montréal, Canadá<sup>3</sup>.

Alguns anos mais tarde, durante seu Pós-doutorado em avaliação econômica, na École Nationale de Santé Publique, ENSP, França, você me apresenta mais um desafio, ao abrir as portas para que eu fizesse um doutorado sanduíche no Instituto Pasteur. Nos seis meses que estive em Paris, tínhamos encontros regulares, por conta da sua coorientação do meu doutorado<sup>4,5</sup>. Foram muitos encontros nas manhãs de sábado, com um bom café e *croissant aux amandes* quentinhos. Isso aquecia o coração e eternizava os laços de amizade!

Tive a honra de ser iniciado na área de avaliação em saúde por você. Fizemos juntos a revisão técnica do capítulo “A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos”, do livro *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas*<sup>6</sup>. Pude ainda colaborar em textos que foram marcos na disseminação do conceito de meta-avaliação no País<sup>7,8</sup>.

Os anos passaram, e você, reconhecidamente, torna-se subdirectora do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (IHMT/UNL). Era chegada a hora de, mais uma vez, seguir os passos da mestra! E durante um estágio pós-doutoral no IHMT, fui mais uma vez por você desafiado. Meu plano de trabalho original foi virado de ponta-cabeça. Dessa feita, entrei no mundo dos *big data*. Juntos, produzimos dois artigos científicos nesse período<sup>9,10</sup>.

Nos meses que estive no IHMT sob sua supervisão, fiquei impressionado com tamanha erudição. Pude admirar a leveza e a sabedoria com que você transitava entre temas tão diversos e modernos, como a institucionalização da avaliação, a gestão do desempenho, a avaliação econômica, a formação de recursos humanos em saúde, as sindemias, além das suas importantes contribuições aos países de língua portuguesa e ao Sistema Único de Saúde brasileiro, entre tantos outros. O convívio foi inesquecível. Coexisti com pessoas incríveis.

Desse período, lembro com alegria dos finais de tarde em que nos divertíamos ouvindo a radiola (apelido dado ao seu Ipad). Assistimos muitos vídeos de música popular brasileira, entre outras. Quantas letras memoráveis.

E a barraca do beijo? Um ponto alto num *happy hour* durante o 3º Encontro Luso-Brasileiro de Avaliação em Saúde e Gestão de Conhecimento. Mais uma ideia genial sua, para aproximação dos participantes.

Não faltaram os encontros gastronômicos. Quanta boa conversa acompanhada dos quitutes e petiscos portugueses e regada a bons vinhos e espumantes. Nesse quesito, você se mostrou também grande conhecedora, apontando os locais que tínhamos que experimentar. E não nos deixamos intimidar diante de mais esse desafio... sempre em boa companhia.

Como investigador que sou, incentivado desde cedo a ter curiosidade, fui verificar o seu *Curriculum Lattes*. Não bastassem os mais de 100 artigos publicados, somam-se 12 livros e 32 capítulos de livros. Só um de seus artigos, *Qualidade de vida e saúde: um debate necessário*, em coautoria com Maria Cecília Minayo e Paulo Buss, foi citado 2.261 vezes, de acordo com o Google Scholar. Ainda segundo essa fonte, você foi citada 8.396 vezes e tem o Índice H = 42 (quantifica a produtividade e o impacto de cientistas baseando-se nos seus artigos mais citados). Ou seja, 42 artigos seus tiveram 42 cita-

ções ou mais – métrica atingida por poucos investigadores brasileiros. Quanto ensino! Quanto conhecimento compartilhado!

Por fim, mas não menos importante, em algum momento nesta trajetória, fui escolhido como “seu filho mais velho”. Isso me enche de alegria e muito me honra.

Confesso que, em todo esse tempo, talvez este tenha sido o maior dos desafios: testemunhar em 1.500 palavras mais de 40 anos de histórias bem vividas!

Muito obrigado por tudo, querida!

E que venham novos desafios!

*Um bom amigo conhece suas melhores histórias;  
O melhor amigo viveu todas elas ao seu lado.  
autor desconhecido*

## Referências

1. Thuler LCS, Hartz ZMA. Um estudo de casos de parasitoses intestinais em crianças de 2 a 10 anos no município de Teresópolis – RJ. In: Anais do XV Encontro de Estudantes de Medicina (ECEM) [Book of Abstracts]; 1983.
2. Thuler LCS, Hartz ZMA. Doença diarreica: um estudo de casos em 75 crianças de 0 a 6 anos de idade. *Clinica Pediatrica (Bologna)*. 1984;8:38-48.
3. Contandriopoulos AP, Champagne F, Potvin L, Denis JL, Boyle P. Saber preparar uma pesquisa (revisão técnica). Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1995.
4. Thuler LCS, Hartz ZMA, Nogueira SA. Adequação das intervenções dirigidas aos pacientes com infecção pelo HIV: um estudo de caso. *Rev Soc Bras Med Trop*. 1998;31(Suppl 1):157.
5. Thuler LCS, Nogueira SA, Hartz ZMA. Características clínico-epidemiológicas de uma coorte de pessoas acometidas pelo HIV. In: 50a Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, 1998, Natal. SBPC 50 anos [Abstract]; 1998.
6. Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
7. Figueiro AC, Thuler LCS, DIAS ALF. Padrões Internacionais dos Estudos da Linha de Base. In: Hartz Z, Felisberto E, Silva LV, organizadores. Meta-avaliação da atenção básica à saúde – teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 47-70.

8. Figueiró AC, Hartz ZMA, Thuler LCS, Dias ALF. Meta-evaluation of baseline studies of the Brazilian Family Health Strategy Expansion Project: a participatory and formative approach. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(12):2270-78.
9. Thuler LCS, Hartz ZMA. Os desafios do uso de big data na avaliação em saúde. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*. 2019;S1:S121-S126.
10. Thuler LCS, Hartz ZMA. Big Data em Pesquisas Populacionais sobre Câncer: Desafios e Oportunidades. *Rev Bras Cancerol*. 2019;65:e-03718.

DEPOIMENTO

---

FORM(AÇÃO) EM AVALIAÇÃO  
EM SAÚDE: O ENTRELACE DE  
REDES DE CONHECIMENTOS E  
DE AFETOS

---

*Formation(action) in health assessment:  
the interweaving of knowledge and affection networks*

**Marly Marques da Cruz<sup>1</sup>**

1. Cruz, MM. Sanitarista. Pesquisadora em Saúde Pública do Departamento de Endemias Samuel Pessoa. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fiocruz (ENSP/Fiocruz) – E-mail: marly@ensp.fiocruz.br

Este texto foi escrito e lido para Zulmira como agradecimento no final de estágio de pós-doutoramento realizado no Instituto de Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (IHMT/UNL) em 2018. E agora o seu desejo se concretizou porque queria que eu o publicasse, pois, naquela altura, falei que o texto era para ela. Como surgiu essa oportunidade, não tive como resistir. Ele começa assim...

Minha querida Zu. Hoje é assim que me dirijo a você, seja por e-mail, nas conversas, em nossas reuniões, em sala de aula, no IHMT ou na Fiocruz, enfim, em qualquer lugar. Só que para chegar a esse estágio levou muito tempo: ele já foi um estágio pós-doutoral. Isso porque chegar mais perto dessas duas letras e pronunciar-las com sonoridade e leveza parecia ser algo de muita profundidade, por se tratar de minha referência de formação como avaliadora<sup>1</sup>. E como hoje é dia de festa, e não de despedida, preciso deixar registrado todo o significado e a importância, como se diz aqui na terrinha, de partilha com você, Zu. Isso para mim é muito bom, visto que em outros tempos ainda estaria pensando se deveria ou não realizar tal façanha... Imagine!

Há um ano, chegava com a mala cheia de expectativas e esperança de que tudo desse certo nesse pós-doutorado com Zulmira, que já havia ocasionalmente se transformado em Zuzu, a que só se dirigia a mim por e-mail como “querida”. Procurei a melhor roupa para ir ao nosso encontro com o coração repleto de alegria, como se fosse a primeira vez de encontro, e não queria atrasar de maneira nenhuma. A recepção foi demais: você com aquele sorriso largo e, como sempre, muito receptiva, porque estava preparada para receber uma bela homenagem no IHMT. Claro que participei desse momento ímpar de sua vida, afinal, foram anos até ali de dedicação à instituição; e todos tem aplaudiram e emanaram aquele carinho como verdadeiros companheiros de jornada.

Assim, os trabalhos iniciaram. E, não tinha jeito... você sempre muito sábia se dava sempre sem limite, envolvia-me no que era possível, reconhecia e valorizava tudo o que eu fazia. Olhando para trás, foi muito trabalho sério, como aulas, congresso, escrita de artigo, organização dos Anais do IHMT, bancas, visitas técnicas, mas tudo recheado de muitas risadas, descontração e alegria. Por sinal, esta é uma de suas marcas: falar de coisas sérias com tranquilidade, sabedoria e sorriso estampado no rosto. Só muito depois é que descobri que isso não será nunca diferente, pois sendo você afilhada oficial de Nossa Senhora dos Aflitos, tendo casado às 5h30 da manhã, sendo bordadeira e cozinheira de mão cheia, poetisa e tendo sido quase uma sexóloga, não podia ser diferente mesmo!

Não teve jeito... mesmo no meio de tantos risos e momentos de satisfação, acompanhadas dos espumantes, as tristezas chegaram. Chorei muito e com vontade ao seu lado e, em alguns momentos, pensei que não conseguiria ir adiante. Um filho sempre

perguntando: mamãe, ainda demora muito para você chegar? Enquanto isso, mais uma escola ficava para trás. O que fazer? Continuar? Voltar? Como a decisão foi não voltar, resolvi falar, acalmar o coração, e foi com você que as ideias foram tomando forma e definindo decisões mais sólidas. E nesses encontros, fui entrando em contato com sua história de vida e profissional que se misturam; e, ao mesmo tempo, com seu lado mais que sensível de pessoa apaixonada e decidida de que fez as melhores escolhas, sem drama, sem culpa, sem trauma... O curioso era que eu ali dividindo minhas fraquezas, e você já resistindo bravamente a momentos de muita dor com a doença, e, posteriormente, com a perda de seu maior Amor. Isso me fez levantar a cabeça e ver que você precisava muito, apesar de não aceitar bem, de pessoas ao seu lado para ajudar, amparar e acolher o seu sofrimento.

Nessa hora, o jeito foi mesmo estar perto, apoiar, caminhar junto. A dor era muito profunda ainda que não quisesse deixar transparecer. Nesse momento, o sentimento era mesmo de muita cumplicidade e admiração pela força. Nunca havia entrado em contato com uma história de paixão como a sua e a de Hugo. Era muito cuidado, preocupação, zelo um pelo outro... E mesmo que tudo estivesse bastante pesado, o sorriso e a alegria de Hugo encobriam qualquer nuvem que se pronunciasse. Isso era incrível! E com ou sem dor, a grande preocupação dele sempre era Você. Ainda assim, ele partiu com a mesma serenidade e alegria de sempre.

Pude acompanhar de perto o que depois se concretizou com o livro *Zugho ́s<sup>2</sup>* (De Zuhgo para Zuhga), que foi a construção de uma obra de arte para elaboração de seu luto. Ao mesmo tempo, pude comprovar que você não se entrega à dor fácil. Reage, luta, encara. Cada dia chegava com uma novidade do que lia à noite, sonhava, pensava sem parar. Era nas noites e nas madrugadas que os pensamentos brotavam e se tornavam mais potentes. Foi assim que o livro surgiu como ideia e se transformou em realidade. Lembro bem quando, em uma manhã no Instituto, você me contava sobre um recorte de jornal do Hugo, já com as mãos trêmulas, que dizia algo “Só morro uma vez. Por isso, quero morrer bem...”. Um tanto impressionada com o tom da escrita da autora naquele recorte, não me contive e fui atrás do texto. E como lido-o com atenção porque transmitia uma mensagem que não era sobre a morte, e, sim, sobre a vida, sobretudo quando a autora enfatizava: “Quero morrer bem. Porque isso significa que vivi melhor. Quero morrer com a certeza de que vivi em amor, em humor, em plenitude, em concordância com a criança que quero continuar a ser até ao último dia que me for permitido viver”<sup>3</sup>. O mais inquietante é que quando eu vim com o texto, você já trazia tantos outros recortes, cartas e a ideia pronta do livro. Você me dizia assim: – a produção é assim... tem que ter uma finalidade.

Zu, posso depois me dedicar a preparar com cuidado o meu relatório de estágio pós-doutoral, ou mesmo apoiá-la no livro que quer que eu ajude a organizar, contudo, antecipo-me com a escrita deste agradecimento pela vivência de uma experiência muito além das expectativas que trazia. Mesmo sabendo que não conseguirei expressar toda intensidade e densidade de tudo que vivi aqui nesses tempos, deixo registrado que os conhecimentos adquiridos repletos de afeto ultrapassaram e foram além do “previsível”. Sei que neste momento posso fazer uma avaliação, mas não conseguirei, de imediato, fazer a gestão desse conhecimento. Por sinal, essa é a linha de investigação em que temos investido!

Não tem como não reconhecer que foram momentos de muito prazer, de muita vivacidade, de desejos realizados com tamanha simplicidade. Aqui desmistifiquei mais e descompliquei com os amigos (Luiz Claudio Thuler, Tania Rehem, Alethele Santos, Maria Guadalupe, Inácio Cano, Elen Castanheira, Deborah Malta, Tatiana Figueiredo, Elisabeth Duarte e outros) dessa experiência sua de vida acadêmica comprometida e com muito sorriso no olhar, daquilo que Freud chamou de “Pulsão de Vida”. Você é assim... vida que pulsa, vida inquieta, vida criativa... E eu vivia falando: você, Zu, sempre esteve e continua muito à frente de seu tempo. Por isso preferi, no aprendizado, ficar atenta a esse tom, a esse toque da “mãe” que cuida, que se doa recebendo, que exige se exigindo.

Você não quer crescer só, você quer crescer com a gente, vibrar com a gente, sorrir com a gente, brindar com a gente com “*Loucos*” e “*Vadios*”, nossos vinhos preferidos do Estado d’alma<sup>i</sup>. Foi lá que fizemos a confraternização após o III Encontro Luso-Brasileiro de Avaliação em Saúde e Gestão do Conhecimento e que lhe preparei uma surpresa que te deixou para lá de intrigada durante alguns dias. Sempre muito cautelosa e ética, perguntava-me: o que está preparando? Olha lá o que vai fazer? Eu apenas disse que prepararia uma “Barraca do Beijo”. E você queria saber o que eu aprontava a partir do texto em francês que me apresentou que falava sobre a importância do beijo para a saúde<sup>4</sup>. Dessa belezura, tivemos queijos, vinhos, poesias sobre beijo e mimos intrigantes. Foi uma confraternização para lá de agradável e inusitada!

E aí vem você mais uma vez me perguntar – por que levamos tanto tempo para nos encontrar assim? Sempre me enrolo toda para te responder porque já nos conhecemos há muito tempo; embora sempre na pressa do trabalho, da agenda apertada, dos muitos compromissos... E aí eu dizia, o que muitos também repetiam: Cadê Zuzu?<sup>ii</sup> No fundo, não sei exatamente o que, de fato, impediu uma proximidade dessa ordem, nem sei se quero saber um dia. No entanto, isso me faz lembrar que foram muitas as tentati-

---

i. Restaurante localizado em frente ao IHMT.

ii. Cadê Zuzu? foi o bloco lançado por Eronildo Felisberto no carnaval de Recife.

vas para eu vir fazer o pós-doutorado; e toda hora te respondia com uma nova dificuldade e impedimento. Só que uma hora, não sei se lembra, você me disse: estou cansada e devo me aposentar no próximo ano. Caramba! Não pensei duas vezes e falei: tem que ser agora! O quase que impossível se tornou o possível, e organizei tudo para vir.

Hoje, estou aqui finalizando essa longa e prazerosa jornada e digo: Zu, não se aposenta agora, não! O trabalho faz todo sentido em sua vida, porque você não é escrava dele; e para nós que passamos por aqui, esse aprendizado é fundamental e transformador. O trabalho te liberta, te engrandece, abre seus caminhos, e nele parece sempre encontrar inspiração para viver melhor, fazer acontecer, viver ao lado de quem gosta... Com o trabalho, você se recria a cada instante, você se renova, e tudo parece ficar ainda mais leve. Ufa! Tudo isso agrega mais valor e traz mais elementos para a linha do tempo que me comprometi a construir para você. Nem sei se darei conta, mas vou ousar.

É, vou partir daqui a alguns dias, e ficando mais próxima ou distante, continuaremos nessa relação de muito respeito, carinho e consideração – e pode deixar que compreendo você me ver onde ainda não me imagino... Enfim, nem preciso dizer que podes contar comigo para o que der e vier sempre. Isso porque a gratidão é imensa por você que me fez sentir sempre tão bem acolhida, amparada e encorajada a seguir, a dar outros voos, a crescer com dignidade e doçura. Vivi muitas durezas e brutalidades, sim... lutei e continuarei lutando para combater as cicatrizes profundas que ficaram; e, com a cabeça erguida, quero transmitir, como um aprendizado de quem ensina com afeto a construção de redes, o melhor de mim em tudo que faço. E por isso sigo levando esse aprendizado primoroso, minha Mestra.

Por ora, vou me despedir com um até breve. Porém, tenho que dizer: depois dessa, nunca mais serei a mesma. Vou continuar minha trajetória e beber sempre da sua fonte, e deliciar mais dos prazeres da vida. Volto com bagagem cheia de novos saberes e com muitas incertezas sobre a insustentável leveza do ser.

Obrigada por tudo, Zu. Vida longa e plena de sonhos! Te amo muito.

Um forte abraço, minha querida. Da sua “filha”, como costumava me chamar carinhosamente, Marly.

## Referências

1. Cruz MM. Tecendo redes e conexões no campo da avaliação em saúde: a construção de uma trajetória. Revista Aval. 2020;3(17)31-53.

2. Antunes M. Só Morro uma vez. Por isso quero morrer bem. Sapo [Internet]. 25 ago. 2016 [citado 2018 ago 25]. Disponível em: <https://ionline.sapo.pt/521588?source=social>.
3. Hartz Z. Zuhgo´s. [S. l.: s. n]; 1979-1980; 2019.
4. C´est vrai que faire l´amour est bon pour la sant´e? Science et Vie Questions e R´eponses. 2018;(31).

DEPOIMENTO

---

CONTRIBUIÇÃO DA DRA. ZULMIRA  
HARTZ AO DESENVOLVIMENTO  
DA CONFERÊNCIA LUSO-  
FRANCÓFONA DA SAÚDE

---

*Dr. Zulmira Hartz's contribution to the development of the Luso-Francophone  
Health Conference*

**Normand Asselin'**

Antes de ser eleita presidente da Conferência Luso-Francófona da Saúde (COLUFRAS), em 2019, a Profa. Dra. Zulmira Hartz, médica brasileira, acompanhou os passos da Conferência durante mais de 15 anos, com paixão e generosidade, tendo participado de seu Conselho de Administração.

Seu apoio constante, sua confiança e seus conselhos permitiram que a COLUFRAS atravessasse anos difíceis e ajudaram-na a reorganizar-se e a reorientar-se. Em inúmeras ocasiões, e em diferentes países, essa importante cientista e servidora de carreira da Escola Nacional de Saúde Pública, ligada à Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, e depois no Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, pronunciou conferências sobre diversos aspectos da saúde pública e da avaliação dos sistemas públicos de saúde. Seu perfeito domínio do português e do francês levaram-na frequentemente a presidir painéis e oficinas de trabalho em seminários e simpósios internacionais da COLUFRAS no Brasil, no Canadá, na Europa e na África.

Desde o início de seu mandato como presidente da COLUFRAS, a Dra. Zulmira Hartz quis realçar o prestígio e a visibilidade da organização ao propor a criação de um conselho consultivo, composto por personalidades do mundo da saúde, procedentes de diferentes países francófonos e lusófonos das Américas, da Europa e da África. Esse Conselho foi finalmente constituído em meados de 2021 e conta com dez membros nomeados pelo Conselho de Administração da COLUFRAS, por um período de duração indeterminado.

Além de suas funções acadêmicas importantes, no seio da Escola Nacional de Saúde Pública, no Rio de Janeiro, em seu país de origem, a Dra. Zulmira Hartz esteve durante vários anos no Canadá e na Europa. Graças a essa experiência internacional e a seus numerosos trabalhos acadêmicos, ela desenvolveu uma extensa rede de relações pelo mundo, com benefícios importantes para o trabalho da COLUFRAS.

Enfim, a personalidade irradiante, o dinamismo, o sorrir e o bilinguismo da presidente Zulmira Hartz conferiram à COLUFRAS uma imagem de abertura a todo o universo luso-francófono da saúde, pelo que lhe somos imensamente reconhecidos por tão impressionante contribuição.

DEPOIMENTO

---

# ENCONTROS COM ZULMIRA

---

*Meetings with Zulmira*

**Paulo Marchiori Buss<sup>1</sup>**

*1. Buss, PM. Professor Emérito da Fundação Oswaldo Cruz – E-mail: paulo.buss@fiocruz.br*

Era uma tarde quente de novembro de 1979 quando Lenita Vasconcelos e eu entrevistávamos candidatos à residência em saúde pública que eu dirigia na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fiocruz. A lista já estava praticamente fechada, com excelentes nomes que prenunciavam um ano bom de ensino e uma animada turma de novos sanitaristas para o sistema de saúde do País ao cabo de dois anos. Faltavam duas entrevistas.

A porta abriu, e entra um furacão. Falante, alegre, sorriso contagiante, à vontade, abanca-se na cadeira isolada onde sentavam os candidatos. Diante daquela esfuziante criatura, Lenita e eu nos olhamos como a dizer-nos: o que nos espera aí?

Pela ficha, era Zulmira Maria de Araújo. Logo após a primeira pergunta, deitou a falar. Tinha nascido no distante Rio Grande do Norte, tinha sido professora primária, mas decidiu ser médica. Vinha de família pobre, viera para o Rio fazer medicina e decidira se dedicar não à clínica e à cirurgia para fazer dinheiro, mas a esta matéria incandescente que arrebatava muitos jovens idealistas: a saúde pública.

Quando se encerrou a entrevista, Lenita e eu nos olhamos de novo e nos dissemos: esta mulher é uma força da natureza, não pode ficar de fora do grupo da residência. Ajeita daqui, aperta dali, incluímos a Zulmira no grupo, sem qualquer sombra de dúvida que estávamos fazendo a coisa certa.

A partir daí, nunca mais me afastei realmente da Zulmira. Ela foi uma excelente residente, sacudia a turma, inquiria os professores, apresentou diversas iniciativas que fizeram da turma 1980-1981 uma das melhores que tivemos naqueles tempos de final de ditadura militar no Brasil (que cambaleava, mas que só caiu em 1985 com a redemocratização).

Muito cedo, após a Residência, caiu na vida do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi ser epidemiologista da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, onde deixou transbordar sua imensa dedicação e criatividade, que a transformou em uma referência para colegas da rede. Não muito tempo depois, virava chefe da área. Recebeu muitos alunos da nossa residência para ensinar-lhes o bê-á-bá do serviço público, mostrando que o contar apenas, sem contextualizar, não é suficiente para fazer de um sanitarista um bom epidemiologista. É preciso contextualizar o dado, no grande emaranhado social, econômico, cultural e político no qual a vida está submersa.

Essa atividade permanente de apoio à ENSP a trouxe de volta à nossa Escola. Chamada, manteve um pé na gestão da Secretaria e outro na docência da Escola. Com os dados dos serviços, alimentava estudos e trabalhos dos alunos. Resgatava o amor pela educação dos seus primeiros anos. Entretanto, aparecia também a centelha criativa da pesquisadora.

Em 1985, com a Nova República, Arouca é indicado presidente da Fiocruz, Frederico Simões Barbosa assume a direção da ENSP e eu sou guindado à vice-diretor. A colaboração de Zulmira continuava com a ENSP. Foi ativa no apoio à renovação da saúde no Brasil, que realiza a brilhante, histórica e inesquecível 8ª Conferência Nacional de Saúde, berço da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS, que é consagrado com seus princípios generosos e inclusivos na Constituição Federal Brasileira, promulgada em 1988.

Conversando, alguns anos depois de praticar, ensinar e pesquisar nesta década de importantes transformações políticas e sanitárias do País, entre 1980 e 1990, disse um dia que pensava em aprofundar seus estudos; e, como aparecera-lhe uma oportunidade de bolsa, vinha consultar sobre fazer um mestrado em saúde comunitária que pontificava como atraente no Quebec, em Montreal, onde se formara um grupo muito instigante em medicina comunitária, com Giles Dussault, André-Pierre Contandriopoulos e outros grandes nomes da saúde.

Foi, viu e venceu. Brilhante mestrado, com aquele brilho nos olhos e na alma que sempre a caracterizaram. Afastar-se do Brasil e da Escola? Jamais! Manteve permanente contato comigo e com a sua Escola de formação e do coração, durante todo o período em que viveu no Quebec, com visitas frequentes ao Brasil e à Fiocruz, e com a acolhida de diversos ensipianos que, seguindo seu caminho, foram fazer formação acadêmica em Montreal.

Inquieta, emenda o Doutorado ao Mestrado e fecha seu maravilhoso ciclo de formação acadêmica em cinco anos. No retorno à Escola, já então professora do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos, coordena com o brilho de sempre os Programas de Mestrado e Doutorado em Saúde Pública, entre 1994 e 1996, ao lado de Paulo Sabroza, Maria do Carmo Leal e outros. Em 1997, realiza um pós-doc na École Nationale de Santé Publique, em Rennes, na França, com a qual a ENSP também mantinha ativa parceria, com intercâmbio de professores, pesquisadores e estudantes.

Quando assumo pela segunda vez a direção da ENSP, quem está a meu lado, fiel companheira, guardiã do melhor saber, impulsionando a pós-graduação da ENSP, no seu eterno pendular entre vida acadêmica e escola de governo? Claro, a Zu.

Quando assumo a presidência da Fiocruz em 2001, carrego Zulmira para o Castelo Mourisco, onde ela assume a coordenação geral de pós-graduação da Fundação, entre 2002 e 2004.

A seguir, a decolagem internacional definitiva. Transforma-se em professora convidada do Departamento de Medicina Social, da Universidade de Montréal, entre 2004 e 2007, vinculada Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (GRIS), relação que manteve até há pouco tempo, como pesquisadora associada.

Finalmente, Lisboa. Transfere-se para o Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (IHMT/UNL), onde assume a função de professora associada e coordenadora da Unidade Curricular de Avaliação em Saúde no Programa de Doutorado em Saúde Internacional. Foi vice-diretora na gestão de Paulo Ferrinho.

Aliás, brincando, é claro, ela costumava dizer que sofria com a sina dos Paulos na vida dela: o Buss, o Sabroza e o Ferrinho. No entanto, Hugo foi só um, um gaúcho e aviador, a quem ela amou tanto até sua morte poucos anos atrás.

Nosso último encontro (até aqui) foi em torno de uma garrafa de vinho e muitas iguarias portuguesas, acompanhados do meu companheiro Zegui Peixoto, em dezembro de 2019, em uma das muitas viagens que faço para desfrutar os encantos lusitanos, inundados de fados, da minha querida Lisboa (e Portugal), que espero possamos repetir por muitos e muitos anos, recordando os muitos encontros que tivemos ao longo das nossas já longas vidas.

Feliz de, em um final de uma rara noite de frio, no Rio de Janeiro, 'numa sentada', como se diz no Sul, onde nasci, deixei-me tomar pela emoção de pensar como minha vida ficou sempre mais rica por esse convívio de sístoles e diástoles com a minha querida Zulmira Maria de Araújo Hartz.

Rio de Janeiro, 9 de agosto de 2021.

DEPOIMENTO

---

QUERIDA ZULMIRA

---

*Dear Zulmira*

**Paulo Ferrinho<sup>1</sup>**

*1. Ferrinho, P. Professor Catedrático de Saúde Internacional no Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa – E-mail: pferrinho@ihmt.unl.pt*

No conjunto destes testemunhos pessoais, fui o último a ser cativado pela Zulmira Hartz.

Conheci a Zulmira Hartz em Lisboa, em um gabinete da ala poente do 1º andar do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) da Universidade Nova de Lisboa, três portas depois do meu gabinete.

Ao passar na porta do gabinete que a Zulmira ocupava, vi uma senhora de cerca de 50 anos, morena de cabelos longos, esbelta, debruçada sobre a sua secretária. Não sabia quem era. Pedi licença. Entrei. Deu-me um sorriso maravilhoso, como o fez sempre desde então quando nos encontrávamos, não interessa se era a primeira ou a vigésima vez no dia. Apresentei-me. Falamos um pouco. Sorrindo-nos muito. Disse-me que estava a fazer um pós-doutoramento no IHMT. Voltamos a falar... e nunca mais deixamos de nos falar – conversando daquela maneira muito própria da Zulmira, saltando de ideia em ideia, refletindo uma larga vivacidade e cultura. Um pensamento trazia-lhe outro, que ela introduzia na conversa, mudando de assunto de uma forma desnordeante, retomando posteriormente os vários assuntos deixados pendentes na conversa, sem perder o fio da meada em nenhum deles.

A palavra obrigatória em todas as suas frases era “querido”. A palavra “querido” e o sorriso radiante são duas manifestações de uma grande inteligência emocional que a Zulmira trouxe para a nossa colaboração no IHMT, e na forma como abordava as situações mais complexas, conseguindo evitar sempre situações de conflito. Os conflitos não faziam parte da vida dela.

Apercebi-me da sua francofonia, vi nela uma gestora experimentada, tanto académica como de serviços de saúde pública, excelente professora e com um currículo invejável em pesquisa. Os seus interesses em avaliação preenchiem uma lacuna nas nossas competências académicas institucionais. Partilhávamos o entusiasmo pela língua portuguesa, pela poesia, pelos espumantes. Notei o seu gosto pela filosofia e a sua paixão pela cidade de Paris, aonde ia todos os anos festejar o seu aniversário.

Foi com tamanho gosto que convivi com ela durante este breve pós-doutoramento; e tanta foi a minha admiração pelas suas capacidades humanas e profissionais que, quando veio se despedir de mim para voltar para o Brasil, a informei que, em breve, iria me candidatar a diretor do IHMT. Disse-lhe que se ganhasse a contataria para a convidar para ser minha subdiretora. Não queria uma resposta então, mas que fosse pensado. Estávamos então no ano de 2009, e eu era subdiretor a convite do diretor de então Professor Jorge Torgal.

Assim aconteceu. Fui eleito diretor, assumi as funções no início de 2010 e convidei a Zulmira telefonicamente, que logo disse que sim, viria trabalhar comigo! Queria parti-

lhar a notícia com o Paulo Buss, então presidente da Fiocruz. Pedi-lhe que não o fizesse enquanto eu não informasse o meu Reitor da minha decisão de recrutar uma brasileira para vir assumir o segundo cargo mais sênior do IHMT. Só quando o Reitor deu o seu parecer favorável é que Zulmira anunciou ao mundo que viria para Portugal. Apercebi-me da alegria que isso lhe trazia.

Chegou no primeiro trimestre de 2010 e foi uma inspiração para todos, uma agente de inovação e uma força de pazeamento, no processo de transformação profunda da instituição em que nos empenhamos. Inovou a nossa estratégia pedagógica e foi com ela que demos os primeiros passos no ensino a distância. Assumi a gestão do conhecimento, a direção editorial dos Anais do IHMT, do museu e da recuperação do nosso patrimônio cultural e histórico. Construiu pontes com várias instituições no Brasil, com o Canadá, em particular o Québec, e com a COLUFRAS. Desenvolveu o ensino e pesquisa em avaliação em saúde, deixando discípulas que autoriam alguns dos textos deste livro. Nunca deixou de receber pós-doutorados, tantos que havia uma sala só para eles.

Em 2017, apercebendo-se da doença terminal do Hugo, seu esposo de longas décadas, pediu-me para ser dispensada da subdireção mantendo-se como nossa professora catedrática convidada, para poder prestar melhor assistência ao marido. Deixou a subdireção em 30 de novembro de 2017, tendo recebido um louvor pelo trabalho realizado, que foi publicado no Diário da República nº 19/2018, Série II de 2018-01-26.

Tivemos um convívio inesquecível durante 10 anos. Marcou profundamente o IHMT e todos os que privaram com ela. Aprendi imenso com a Zulmira. Está todos os dias presente no meu pensamento.

Obrigado, Zulmira!

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação  
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de  
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

[www.conass.org.br/biblioteca](http://www.conass.org.br/biblioteca)



## CAPÍTULO 1

---

# A AVALIAÇÃO NÃO SALVARÁ O MUNDO. DIÁLOGO COM ZULMIRA HARTZ SOBRE OS FUNDAMENTOS DA AVALIAÇÃO

---

*Evaluation won't save the world. A Dialogue with Zulmira Hartz on evaluation foundations*

**Astrid Brousselle<sup>1</sup>**

**André-Pierre Contandriopoulos<sup>2</sup>**

1. Brousselle, A. Professora titular e diretora, Escola de Administração Pública, Universidade Victoria (Colúmbia Britânica, Canadá) – E-mail: astrid@uvic.ca.

2. Contandriopoulos, AP. Professor emérito, Departamento de gestão, avaliação e políticas de saúde, Escola de Saúde Pública, Universidade de Montreal (Quebec, Canadá)

## Resumo

Em cerca de dez anos, o contexto planetário mudou. Estamos diante de muitas crises – sanitárias, ecológicas, sociais, econômicas e democráticas – que estão se tornando uma ameaça real à saúde humana. Por muitos anos, o objetivo da avaliação foi apresentado como a melhoria das condições sociais (melhoria social) e de todos os fatores que afetam a saúde das populações. As crises que afetam o contexto planetário colocam essa finalidade à prova e exigem uma transformação das práticas de avaliação. Neste artigo, revisitamos os fundamentos da avaliação que formaram a base de nossa prática de avaliação e exploramos as mudanças que nós, como avaliadores, devemos fazer para cumprir nossas ambições e contribuir verdadeiramente para uma boa saúde social e humana. Este capítulo está organizado em diálogo com Zulmira Hartz, coeditora do livro *Avaliação: Conceitos e Métodos* e especialista em abordagens avaliativas em saúde. Coloca em perspectiva os avanços que prevaleceram quando escrevemos o livro juntos, com as novas restrições planetárias às quais precisamos responder.

**Palavras-chave:** Crises planetárias. Avaliação. Antropoceno. Saúde. Meio Ambiente.

## Abstract

The planetary context has changed in the last ten years. We are facing many crises – sanitary, ecological, social, economic and democratic – that are becoming a real threat to human health. For many years, the objective of evaluation has been presented as the improvement of social conditions (social improvement) and all factors affecting the health of population. The crises of the planetary context test this purpose and demand changes of evaluation practices. In this paper, we review the concept of evaluation which formed the basis of our evaluation practice and we explore the changes, as consultants, that we must carry on to fulfill our ambitions and truly contribute to adequate social and human health. This chapter is organized in dialogue with Zulmira Hartz, co-editor of the book *Evaluation: Concepts and Methods* and expertise in health evaluative approaches. It puts into perspective the preponderate advances at the time we wrote this book together and our need to answer to new planetary constraints.

**Keywords:** Planetary crises. Evaluation. Anthropocene. Health. Environment.

## Résumé

En une dizaine d'années, le contexte planétaire s'est transformé. Nous sommes confrontés à de nombreuses crises: sanitaire, écologique, sociale, économique, démocratique qui deviennent une réelle menace à la santé humaine. Depuis de nombreuses années, la finalité de l'évaluation est présentée comme l'amélioration des conditions sociales

(social betterment) et de tous les facteurs qui affectent la santé des populations. Les crises qui affectent le contexte planétaire mettent cette finalité à l'épreuve et appellent à une transformation des pratiques évaluatives. Dans cet article, nous revenons sur les fondements de l'évaluation qui représentaient les bases de notre pratique évaluative et nous explorons les changements que nous devrions apporter, en tant qu'évaluateurs, pour être à la hauteur de nos ambitions et réellement contribuer au bien-être social et à la santé humaine. Ce chapitre est organisé sous forme de dialogue avec Zulmira Hartz co-éditrice du livre *L'Évaluation: Concepts et Méthodes* et experte des approches évaluatives en santé. Il met en perspective les avancements qui prévalaient au moment où nous avons ensemble écrit le livre, avec les nouvelles contraintes planétaires auxquelles nous devons répondre.

**Mots-clés:** Crises planétaires, évaluation, Anthropocène, Santé, Environnement.

## INTRODUÇÃO

Em 2008, Zulmira Hartz, François Champagne e nós decidimos escrever um livro sobre avaliação usando o modelo de avaliação ensinado no Departamento de Administração de Saúde da Universidade de Montreal. Esse trabalho foi publicado com o título *Avaliação: Conceitos e Métodos*<sup>1,2</sup>. Naquela época, poucos livros didáticos de francês existiam. Zulmira também tinha um projeto de tradução do livro para o português para torná-lo acessível no Brasil e em Portugal, o que foi feito logo em seguida<sup>3</sup>. Em 2006, o campo da avaliação estava em turbulência: novas abordagens foram publicadas, os líderes que estruturaram o campo participaram de debates animados em conferências internacionais, e vimos o surgimento da próxima geração e a expansão do campo. Avaliação em instituições públicas e no mundo da consulta. Nesse contexto, tivemos discussões animadas sobre quais foram os propósitos e a base da avaliação em que se baseou a redação coletiva do livro.

Desde o lançamento da obra, o contexto planetário mudou. O mundo agora enfrenta muitas crises – sanitárias, ecológicas, sociais, econômicas e democráticas – que ameaçam a saúde humana e até a sobrevivência da humanidade. Como avaliadores e, também, como pesquisadores da área da saúde, essas crises nos desafiam. Elas nos obrigam a pensar sobre as condições essenciais à vida e ao bem-estar humanos e acerca das expectativas que se pode ter na avaliação. Se o objetivo da avaliação é, em última instância, contribuir para a melhoria das condições sociais (melhoria social) e de todos os fatores que afetam a saúde das populações, então, o novo contexto planetário nos obriga a questionar o que consideramos ser os fundamentos da avaliação; e este contexto também exige uma transformação das práticas de avaliação.

Neste artigo, voltamos aos fundamentos da avaliação que formaram a base de nossa prática avaliativa e exploramos as mudanças que devemos fazer nela, como avaliadores, para cumprir nossas ambições e contribuir verdadeiramente para o bem-estar social e a saúde humana. Voltamos a alguns dos aspectos que pareciam ser fundamentais quando começamos a escrever o livro. Nessa altura, Zulmira Hartz desempenhava o papel de mentora e colocava as suas competências e conhecimentos em avaliação a serviço de um debate que se estruturava para aquele projeto de escrita. Para homenageá-lo, este capítulo está organizado em forma de diálogo. Coloca em perspectiva os avanços que prevaleceram quando escrevemos o livro, com as novas restrições planetárias às quais precisamos agora responder.

## **A situação do mundo**

Querida Zulmira, colega, amiga, mentora, já faz muito tempo que não tivemos aquelas conversas acaloradas que marcaram a redação do livro *Avaliação: Conceitos e Métodos*. Gostaríamos de continuar de onde paramos.

Naquela época, estávamos imersos em um apogeu de abordagens participativas, colaborativas e emancipatórias, tanto no nível organizacional quanto no nível comunitário. As conferências internacionais de avaliação foram um local de debate para autores como Michael Quinn Patton, Bradley Cousins, Jean King, Jennifer Greene, David Fetterman etc. Foi também o destaque das abordagens de análise de desempenho para avaliações complexas com o modelo EGIPSS<sup>4-6</sup>, mas também a adoção em maior escala, na Europa, de Análise de contribuição<sup>7-9</sup>. Esse foi o auge das abordagens do tipo 'Avaliação com foco na utilização' e seus derivados, incluindo a abordagem de desenvolvimento<sup>10,11</sup>. Vimos o surgimento de novos líderes, como Rodney Hopson<sup>12</sup>, dando voz à questão da justiça social. Foi um momento de criação, de esperança, de entusiasmo. Em nossos campos, saúde e avaliação, pensamos que iríamos participar da criação de um mundo melhor, contribuir para a melhoria das condições sociais, atuar sobre os fatores que afetam a saúde das populações<sup>13</sup>. Tratava-se de encontrar as abordagens de avaliação certas, adotar os processos de pesquisa certos e identificar o que era importante medir. Com uma abordagem válida e justa, poderíamos fazer a diferença.

Hoje, estamos no meio de uma pandemia, estamos passando pelas primeiras convulsões cruéis desta mudança climática inevitável (ondas de calor fatais, incêndios incontroláveis, inundações, secas), a poluição do ar é a principal causa de morte prematura em nível mundial, peixes foram capturados até o esgotamento dos cardumes, espécies animais e vegetais estão desaparecendo a cada dia<sup>14-18</sup>. Vivemos uma crise ambiental com grandes repercussões na saúde das populações e na justiça ambien-

tal<sup>19-21</sup>. A conjunção de políticas internacionais, nacionais e crises de saúde e ambientais aumenta a pressão sobre as populações mais expostas e vulneráveis, e a cada dia vemos a injustiça óbvia criada pelo aumento das desigualdades sociais e econômicas<sup>22,23</sup>. Isso em um contexto no qual os sistemas democráticos também são enfraquecidos pelo acesso ao poder de líderes manipuladores, ou o conhecimento científico é contestado, em que a desinformação e as notícias falsas têm uma influência crescente e as redes sociais aumentam a divisão social no compartilhamento de informações<sup>24</sup>. Enquanto a avaliação defende os valores da melhoria das condições sociais, da justiça, do debate democrático, só podemos fazer uma observação: a avaliação não vai salvar o mundo! Como avaliadores e pesquisadores de saúde, somos desafiados<sup>25</sup>. Coletivamente, o que foi ignorado ou feito de errado para chegar a esse estado de coisas? Quais são os fundamentos de nossas práticas que nos impedem de responder a esses desafios? Que transformações exigem esse novo contexto para o campo da avaliação e, mais especificamente, para a prática avaliativa?

### **Coletivamente, o que ignoramos para chegar a essa situação?**

Em primeiro lugar, consideramos o meio ambiente como uma aquisição garantida. Presumimos a qualidade do ar, da água, do solo e do equilíbrio ecológico como dimensões que não seriam impactadas pela atividade humana, pelo menos em uma escala em que esses elementos não constituíssem uma ameaça à nossa saúde e sobrevivência. A dimensão ambiental foi amplamente ignorada, e não aparece em nenhuma parte de nossas avaliações. A cada vez, analisamos os efeitos das intervenções considerando apenas um pequeno conjunto de efeitos, ignorando aqueles que, em última análise, têm o maior impacto na sobrevivência humana: a pegada ambiental. Existem alguns avaliadores que fizeram a sua carreira em torno da integração dos impactos ambientais, mas as avaliações que realizaram visaram especificamente valorizar a intervenção desse ângulo. Qual avaliador integrou sistematicamente os impactos ambientais em suas avaliações? Qual avaliador teve a presença de espírito e a audácia de questionar o nosso impacto no meio ambiente, quando solicitado a avaliar uma intervenção? Essa questão nem foi ignorada, para a maioria de nós, ela simplesmente não existia.

Observamos quase a mesma situação para a questão social. Poucas avaliações integraram sistematicamente os impactos sociais das intervenções. Existe um artigo de John Mayne<sup>26</sup>, inspirado por um pesquisador de saúde pública em outro lugar, que desenvolveu uma abordagem para a teoria do programa que analisa as intervenções na perspectiva da equidade. Essas abordagens têm sido, até agora, marginais em nosso campo. É claro que a questão da equidade na justiça social tem sido frequentemente de-

batida no campo; mais raramente, as abordagens têm proposto uma forma de integrar sistematicamente esses aspectos nas avaliações.

Finalmente, na questão democrática, a avaliação foi uma área que rapidamente defendeu a importância de integrar diferentes perspectivas, de integrar diversas vozes em nossas coleções de dados. A avaliação também tem sido uma área estruturante em termos de abordagens participativas, colaborativas, democráticas, algumas chegando a oferecer perspectivas que favoreçam a emancipação de determinados grupos, outras enfatizando a importância de proporcionar um fórum para os grupos marginalizados. Esse aspecto, ao contrário dos dois anteriores, é um dos pontos fortes da área de avaliação. No entanto, também existem forças conflitantes. A avaliação é, com demasiada frequência, um exercício de serviço ao cliente, limitando efetivamente a margem de manobra do avaliador ao incluir determinados *stakeholders*, ou restringindo a escolha da abordagem de avaliação. A avaliação abrange também intervenções cujo âmbito é frequentemente restrito, limitando a sua influência ao círculo interno das partes interessadas da intervenção e dos seus beneficiários imediatos. Os resultados das avaliações raramente estão no centro dos debates democráticos e das decisões do governo.

A capacidade da avaliação de atuar na qualidade do meio ambiente, justiça social e debates democráticos tem sido limitada. No entanto, são as intervenções nessas três áreas que são necessárias para melhorar a saúde das populações.

## **Quais são os fundamentos de nossas práticas que nos impedem de responder aos desafios contemporâneos que devemos enfrentar?**

O fracasso da avaliação em considerar sistematicamente os impactos sociais e ambientais está parcialmente relacionado com a forma como representamos a intervenção. Para construir nossos modelos lógicos e causais, usamos a literatura cinzenta, as opiniões dos profissionais e administradores envolvidos e, às vezes, as opiniões de especialistas. Porém, com muita frequência, usamos nossas próprias lentes, que são estreitas demais e limitadas aos efeitos proximais do procedimento. Essa abordagem exige duas críticas principais.

Em primeiro lugar, muitas vezes fazemos avaliações formativas e frequentemente questionamos a razão de ser das intervenções que estamos avaliando. Todos nós sabemos como construir um modelo causal, e é uma boa prática construir o modelo causal para entender o escopo das intervenções. Quantos de nós fazemos isso sistematicamente e incorporamos em nossas avaliações? Quantos questionam a base da própria intervenção?

Em segundo lugar, nossos modelos de intervenção negligenciam as relações entre a intervenção e os contextos ambientais e sociais. Os determinantes ambientais e sociais

devem ser sistematicamente integrados em nossos modelos lógicos e avaliados em nossas avaliações. Quantos de nós ousamos considerar os efeitos de longo prazo das intervenções no meio ambiente e na justiça social? A Organização Mundial da Saúde (OMS) vem alertando os países sobre a possibilidade de uma pandemia semelhante à zoonose há mais de 10 anos. A covid-19 não é nenhuma surpresa, já havia sido prevista de certa forma, era apenas uma questão de tempo. A OMS havia indicado que nossa relação com a natureza era um perigo para a saúde humana há anos. Nenhum de nós questionou a relevância das intervenções que estávamos avaliando em uma perspectiva mais ampla e complexa – a dos determinantes da saúde da população, por exemplo – para analisar as intervenções. Os modelos causais utilizados são constantemente restritos e enfocam as causas diretas e os determinantes dessas causas, sem considerar a dinâmica social, econômica e ambiental em que atuamos.

Devemos rever as nossas práticas de avaliação para desenhar sistematicamente modelos de intervenção em toda a sua complexidade de forma a ter em conta os aspectos sociais e ambientais.

Terceiro, considerando o estado de emergência em que nos encontramos em relação à condição ambiental, seria apropriado avaliar as intervenções antes mesmo de sua implementação, a fim de priorizar aquelas que têm impactos positivos sobre o meio ambiente e sobre os determinantes sociais. Esse exercício permitiria também melhorar as intervenções propostas de forma a contribuir ainda mais para a melhoria das condições ambientais, econômicas e sociais. Abordagens como a análise lógica assumem então todo o seu significado e importância.

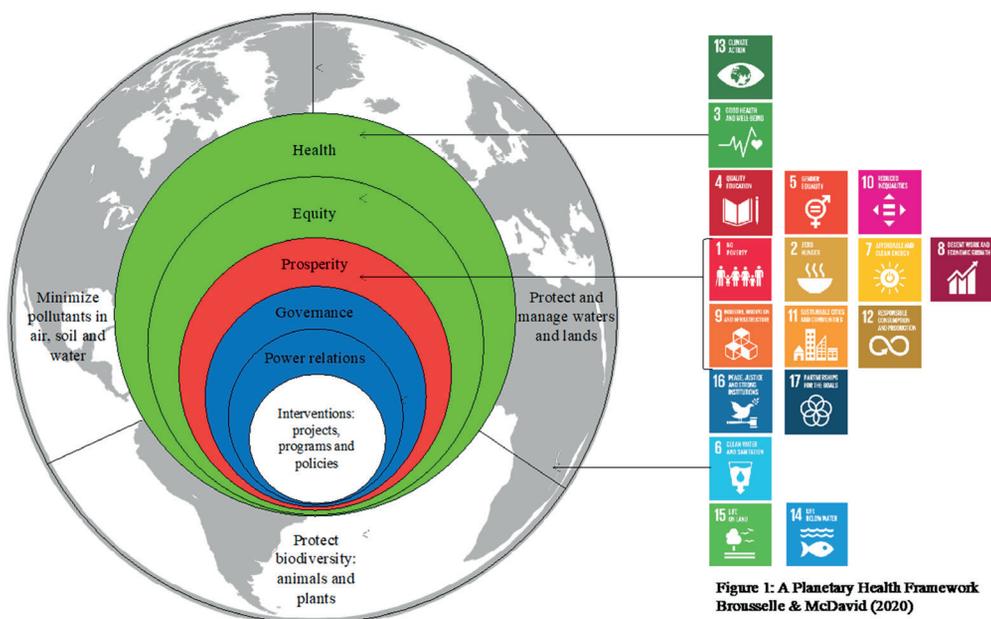
Da mesma forma, os modelos de análise de desempenho, pelos quais você é apaixonada, Zulmira, devem ser revistos à luz dos acontecimentos que estamos passando. Precisamos de uma estrutura mais ampla, que incorpore o que realmente importa para a saúde humana, se quisermos realmente cumprir os objetivos que nós, avaliadores, defendemos: melhorar a condição humana. Essa agenda levanta novas questões: que independência tem o avaliador para orientar suas avaliações? Qual é o lugar da educação na avaliação? Como revisar o treinamento dos avaliadores para que se sintam preparados para adotar tais abordagens?

## **Que transformações exigem esse novo contexto para o campo da avaliação e, mais especificamente, para a prática avaliativa?**

A situação ambiental, social, econômica e sanitária em que nos encontramos exige uma renovação da avaliação. Temos o dever moral de transformar essa área. Recentemente, Zenda Ofir disse que, cada vez mais, avaliadores estão deixando a profissão para se concentrar em áreas como a transição ecológica. Se não quisermos perder os jovens avaliadores, se quisermos ser capazes de enfrentar os desafios que temos pela

frente, temos que transformar completamente a avaliação. Há uma nova atração em nosso campo para a transformação<sup>27,28</sup>. A identificação dos meios para introduzir essa transformação tão essencial permanece, porém, embrionária. Uma maneira de provocar grandes mudanças em grande escala no campo da avaliação é identificar os elementos essenciais à sobrevivência e à saúde dos seres humanos e de nosso planeta e incorporá-los sistematicamente em nossas avaliações. Precisamos integrar e priorizar, em nossas avaliações, as questões e os elementos que ajudarão a fazer a diferença para a nossa geração e para as que virão. Temos que pensar na valoração planetária. Essas questões e dimensões foram identificadas<sup>29</sup>, e um modelo de avaliação da saúde planetária foi desenvolvido (Figura 1). Esse modelo mostra que, se integramos as dimensões críticas para a saúde planetária, estaremos, ao mesmo tempo, contribuindo para o alcance da Sustainable Development Goals.

Figura 1. Modelo de avaliação para a saúde planetária



Responder às questões ambientais, sociais e democráticas contemporâneas constitui, em nossa opinião, um dever de responsabilidade para com a nossa geração e com as seguintes. Como avaliadores, queremos tornar as partes interessadas responsáveis em nossas avaliações, mas também somos responsáveis por nossos clientes, nossas famílias e nossas comunidades. Não podemos mais ignorar o que é mais importante para as pessoas. Como avaliadores, devemos integrar sistematicamente os efeitos nos sistemas naturais e humanos

em cada uma de nossas avaliações, independentemente do assunto da avaliação. Precisamos ter a coragem de enfrentar os clientes e defender o que é mais importante para as pessoas, de dar a isso um lugar em nossas avaliações e de não hesitar. Sim, claro, isso vai nos custar. Quem vai querer contratar tal avaliador? Quantos contratos os avaliadores perderão se adotarem essa abordagem? Essas perguntas continuam surgindo indefinidamente. No entanto, devido à importância e à urgência das questões, elas não se destacam.

Devemos dar voz àqueles que menos aceitam ou que ainda não o fizeram, como os jovens que, muitas vezes, são os que vão viver com as consequências de nossos atos. Precisamos abrir espaço para novos paradigmas, novas representações do mundo, mais holísticas, mais complexas; temos que enfrentar os mecanismos de esgotamento de recursos a que a lógica capitalista nos conduz. Muitas vezes, a avaliação é um instrumento que visa consolidar as estruturas de poder existentes, que são precisamente aquelas que mantêm o *status quo*. A crise climática e ambiental deve ser considerada em um contexto mais amplo de exploração dos recursos, colonização e opressão dos povos. Aqueles que sofrem com as injustiças ambientais também são frequentemente os mais afetados pelas crises econômicas, de saúde etc. Esses eventos não são independentes, são o resultado de um sistema operacional maior. Ajudar a realizar avaliações para os atores desse sistema, da mesma forma que sempre fizemos, contribui para ele. Para enfrentar esse sistema, podemos fazer de dentro para fora, mudando nossas práticas e trabalhando coletivamente para mudar as normas do nosso campo. A alternativa é fazê-lo por meio de abordagens democráticas, envolventes e mobilizadoras, dando voz e poder aos mais expostos. Isso se resume a reconsiderar como percebemos nossas funções e responsabilidades.

No geral, essa nova prática avaliativa clama por novas alianças para trazer práticas alternativas aos modelos dominantes, para reavaliar paradigmas muitas vezes rejeitados, como o da complexidade, perspectivas indígenas holísticas ou mesmo abordagens multiversas para criar ações solidárias. Diz respeito a todos nós, em nível planetário<sup>30-32</sup>.

## CONCLUSÃO

Hoje o tempo se apressa. Precisamos agir. A avaliação não salvará o mundo, certamente, não da forma como a fazemos. Nosso campo sempre esteve na vanguarda das mudanças de paradigma. Em relação às questões climáticas, perdemos essa liderança. Zulmira, temos uma paixão comum pela avaliação. Fazer a diferença no nosso mundo é o que nos une. É hora de todos nós, avaliadores, trabalharmos juntos, além de fronteiras e diferenças culturais, para questionar os fundamentos sobre os quais repousam nossas práticas atuais, a fim de realmente abraçar os desafios de hoje. A avaliação não mudará o mundo; avaliadores talvez, se começarem por transformar suas práticas!

## Referências

1. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Hartz Z, éditeurs. L'Évaluation: Concepts et méthodes. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2009.
2. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Hartz Z, éditeurs. L'Évaluation: Concepts et méthodes. 2e édition. Mise à jour. Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2011.
3. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Hartz Z, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
4. Dobashi BF, Santos AO, Gonçalves CCM, Barros EOM, Barros FC. Aplicação do modelo Egipss nos hospitais regionais de Mato Grosso do Sul. Saúde Debate. 2015;40(107):1162-72.
5. Champagne F, Contandriopoulos A-P. Éléments d'architecture des systèmes d'évaluation de la performance des systèmes de santé. In: Contandriopoulos A-P, Hartz Z, Gerbier M, Nguyen A. Santé et Citoyenneté. Les expériences du Brésil et du Québec. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 2009. p. 251-74.
6. Contandriopoulos A-P, Champagne F, Sainte-Marie G, Thiebaut GC. Concevoir et évaluer la performance des systèmes et des organisations de santé. In: Suárez-Herrera JC, Contandriopoulos A-P, Hartz Z, Cupertino F. Améliorer la performance des systèmes de santé: concepts, méthodes, pratiques. Montréal: Presse universitaire de Montréal; 2017.
7. Mayne J. Contribution analysis: An approach to exploring cause and effect. ILAC Brief 16. The Institutional Learning and Change (ILAC) Initiative; 2008.
8. Mayne J. Contribution analysis: Coming of Age? Evaluation. 2012;18(3):270-80.
9. Kotvojs F, Shrimpton B. Contribution analysis: a new approach to evaluation in international development. Eval J Australas. 2007;7(1):27-35.
10. Patton MQ. Developmental evaluation: applying complexity concepts to enhance innovation and use. New York: Guilford Press; 2011.
11. Patton MQ. Essentials of utilization-focused evaluation. Los Angeles: Sage; 2012.
12. Hopson RK, Decolonizing Evaluation, Valuing Evaluation in the Public Good. Keynote presentation. In: CES Conference; 2012; Halifax, Nova Scotia. Canada: CES Halifax; 2012.
13. Evans E, Barer M, Marmor T. Être ou ne pas être en bonne santé. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 1996.
14. United Nations. UN Report: Nature's Dangerous Decline 'Unprecedented'; Species Extinction Rates 'Accelerating'. Sustainable Development Goals [Internet], 6 May 2019 [cited 2019 Jun

- 4]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/blog/2019/05/nature-decline-unprecedented-report/>.
15. Sánchez-Bayo F, Wyckhuys KAG. Worldwide decline of the entomofauna: A review of its drivers. *Biol Conserv.* 2019;232:8-27.
16. World Health Organization. 9 out of 10 people worldwide breathe polluted air, but more countries are taking action. News release [Internet], 2 May 2018 [cited 2019 Oct 1]. Available from: <http://www.who.int/news-room/detail/02-05-2018-9-out-of-10-people-worldwide-breathe-polluted-air-but-more-countries-are-taking-action>.
17. Whitmee S, Haines A, Beyrer C, Boltz F, Capon AG, Dias BFS, et al. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health. *Lancet.* 2015;386(10007):1973-2028.
18. Pauly D. Aquacalypse now: The end of fish. *TNR.*2009;240(18):24-7.
19. Watts N, Amann M, Ayeb-Karlsson S, Belesova K, Bouley T, Boykoff M, et al. The Lancet Countdown on health and climate change: From 25 years of inaction to a global transformation for public health. *Lancet.* 2018;391(10120):581-630.
20. Haines A, Ebi KL, Smith KR, Woodward A. Health risks of climate change: Act now or pay later. *Lancet.* 2014;384(9948): 1073-5.
21. Neira M. Climate change: An opportunity for public health [Internet]. Media centre commentary, 14 September 2014. Geneva: World Health Organization; 2014 [cited 2017 Apr 18]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/commentaries/climate-change/en/>.
22. Intergovernmental Panel on Climate Change. Summary for Policymakers. In: Masson-Delmotte V, Zhai P, Pörtner H-O, Roberts D, Skea J, Shukla PR, et al., editors. In: *Global Warming of 1.5 °C. An IPCC Special Report on the impacts of global warming of 1.5 °C above pre-industrial levels and related global greenhouse gas emission pathways, in the context of strengthening the global response to the threat of climate change, sustainable development, and efforts to eradicate poverty* [Internet]. Geneva: World Meteorological Organization; 2018 [cited 2019 Oct 1]. Available from: [https://report.ipcc.ch/sr15/pdf/sr15\\_spm\\_final.pdf](https://report.ipcc.ch/sr15/pdf/sr15_spm_final.pdf).
23. Nicholas PK, Breakey S, Winter S, Pusey-Reid E, Viamonte-Ros A. Climate change, climate justice, and environmental health issues. In: Breakey S, Corless I, Meedzan N, Nicholas PK, editors. *Global Health Nursing in the 21st Century*. New York: Springer Publishing Company; 2015. p. 25-40.
24. Giusti S, Piras E. Introduction. In: Giusti S, Piras E, editors. *Democracy and Fake News: Information Manipulation and Post-Truth Politics*. London: Routledge; 2020.

25. Brousselle A, McDavid J. Evaluators in the Anthropocene. *Evaluation*. 2020;26(2):190-204.
26. Mayne J. Using Theories of Reach to Enhance Equity Considerations in Evaluation In: Forss K, editor. *Speaking Justice to Power*. Routledge: Taylor & Francis Group; 2014. p. 133-52.
27. Van den Berg RD, Magro C, Adrien MH, editors. *Transformational Evaluation for the global crises of our times* [Internet]. Exeter, UK: IDEAS; 2021 [cited 2021 Jul 29]. Available from: <https://ideas-global.org/wp-content/uploads/2021/07/2021-IDEAS-book-Transformational-Evaluation.pdf>.
28. Patton MQ. *Blue Marble Evaluation. Premises and Principles*. New York: The Guilford Press; 2020.
29. Brousselle A, McDavid J. Evaluation for Planetary Health: A framework and a dialogic Approach. *Evaluation*. 2020;27(2):168-83.
30. Goodchild M. Relational Systems Thinking: that's how change is going to come, from our Earth Mother. *JABSC*. 2021;1(1):75-103.
31. Escobar E. *Designs for the Pluriverse. Radical Interdependence, Autonomy, and the Making of Worlds*. Durham and London: Duke University Press; 2018.
32. Atleo RE. *Principles of Tsawalk: an indigenous approach to global crisis*. Vancouver: UBC Press; 2011.

## CAPÍTULO 2

---

# AVALIAÇÃO DE IMPACTO DE INTERVENÇÕES DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO – DOS ASPECTOS TEÓRICOS À REALIDADE PRÁTICA

---

*Impact assessment of health and development interventions - from  
theoretical aspects to practical reality*

*Évaluation de l'impact des interventions de santé et de développement - des  
aspects théoriques à la réalité pratique*

**Cátia Sá Guerreiro<sup>1</sup>**

**Mariana Mira Delgado<sup>2</sup>**

**João Bandeira<sup>3</sup>**

1. Guerreiro, CS. PhD Saúde Internacional | Universidade Nova de Lisboa (UNL), Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), Global Health and Tropical Medicine (GHTM) | AESE Business School | Lisboa | Portugal – Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0505-2155> – E-mail: [cguerreiro@ihmt.unl.pt](mailto:cguerreiro@ihmt.unl.pt)

2. Delgado, MM. Frequência MBA | AESE Business School Lic. Serviço Social | Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas | Diretora Financeira, Movimento Defesa da Vida | Lisboa | Portugal

3. Bandeira, J. MSc Estudos de Desenvolvimento | ISCTE – Instituto Universitário de Lisboa | TESE – Associação para o Desenvolvimento | Lisboa | Portugal

## Resumo

Uma intervenção, seja de saúde ou social, procura a resolução de um problema coletivo, envolvendo os sujeitos. A avaliação de intervenções tem ganhado uma importância crescente, almejando potenciar os resultados das intervenções. Recorrendo a um ensaio crítico, procurou-se contribuir para a reflexão intersectorial sobre a importância da avaliação de intervenções com populações/indivíduos; e promover o encontro de conceitos, estratégias e ferramentas que possam ser utilizados em diferentes setores de atividade. Depois de uma breve alusão aos conceitos de intervenção, intervenção em saúde, intervenção social, avaliação, implantação e impacto, procedeu-se à sua mobilização, concluindo de forma reflexiva. A análise da implantação parece ser a que mais se adapta à avaliação do impacto das intervenções em saúde. A avaliação do impacto social caracteriza-se pela identificação dos impactos de longo prazo de uma intervenção social, intencionais ou não. Movidos pela inquietação de avaliar o impacto das intervenções, cada setor tem produzido as suas reflexões, os seus modelos de análise, fazendo caminhos distintos. Partindo do conceito de translação do conhecimento, equaciona-se a possibilidade de o transpor para uma visão intersectorial, em que a partilha/rentabilização do conhecimento possa potenciar a avaliação do impacto das intervenções de saúde e sociais, ampliando os seus resultados.

**Palavras-chave:** Estudo de Avaliação como assunto/Programas sociais. Avaliação do impacto em saúde. Translação do conhecimento.

## Abstract

An intervention, whether health or social, seeks to solve a collective problem, involving the subjects. The evaluation of interventions has gained increasing importance, aiming to enhance the results of interventions. Using a critical essay, we sought to contribute to the intersectoral reflection on the importance of evaluating interventions with populations/individuals; and promote the encounter of concepts, strategies and tools that can be used in different sectors of activity. After a brief reference to the concepts of intervention, health intervention, social intervention, assessment, implementation and impact, it was mobilized, concluding in a reflective manner. The implementation analysis seems to be the most suitable for evaluating the impact of health interventions. Social impact assessment is characterized by identifying the long-term impacts of a social intervention, whether intentional or not. Driven by the concern to assess the impact of interventions, each sector has produced its reflections, its analysis models, taking different paths. Based on the concept of knowledge translation, the possibility of transposing it to an intersectoral vision is considered, in which the sharing/monetization of knowledge

can enhance the assessment of the impact of health and social interventions, expanding their results.

**Keywords:** Assessment Study as a subject/Social programs. Health Impact Assessment. Translation of knowledge.

## Résumé

Une intervention, qu'elle soit sanitaire ou sociale, cherche à résoudre un problème collectif, impliquant les sujets. L'évaluation des interventions a pris une importance croissante, visant à améliorer les résultats des interventions. À l'aide d'un essai critique, nous avons cherché à contribuer à la réflexion intersectorielle sur l'importance d'évaluer les interventions auprès des populations/individus; et favoriser la rencontre de concepts, de stratégies et d'outils utilisables dans différents secteurs d'activité. Après une brève référence aux concepts d'intervention, d'intervention sanitaire, d'intervention sociale, d'évaluation, de mise en œuvre et d'impact, il a été mobilisé, concluant de manière réflexive. L'analyse de la mise en œuvre semble être la plus appropriée pour évaluer l'impact des interventions de santé. L'évaluation de l'impact social se caractérise par l'identification des impacts à long terme d'une intervention sociale, qu'elle soit intentionnelle ou non. Animé par le souci d'évaluer l'impact des interventions, chaque secteur a produit ses réflexions, ses modèles d'analyse, en empruntant des chemins différents. Sur la base du concept d'application des connaissances, la possibilité de le transposer à une vision intersectorielle est envisagée, dans laquelle le partage/monétisation des connaissances peut améliorer l'évaluation de l'impact des interventions sanitaires et sociales, en élargissant leurs résultats.

**Mots-clés:** Évaluation Étude en tant que matière/Programmes sociaux. Évaluation d'impact sur la santé. Translation des connaissances.

## INTRODUÇÃO

*(Preâmbulo)*

*A minha experiência de trabalho e amizade com profissionais de saúde mostra-me a inquietude de tantos por conhecer os resultados das suas intervenções e os impactos por elas causados, tanto nos seus utentes como na saúde global, ou nos serviços e sistemas de saúde. Por outro lado, também, a minha experiência profissional e de amizade com o setor de economia social demonstra que se vive a mesma inquietação: que resultados se registram porque as intervenções sociais operam e como os podemos medir? O que muda na vida das pessoas porque os projetos existem? Saúde e Econo-*

*mia Social, dois setores de atividade distintos. No meu cotidiano, como que a uni-los, encontra-se uma curta palavra que foi tomando forma na minha vida – avaliação. E na origem dessa palavra, uma mulher. Uma mestra e uma amiga. Zulmira Hartz. Com ela, falava de tudo isto. Falávamos de tudo e de nada e mesclávamos conceitos, ideias, estratégias e ferramentas de avaliação. Sempre com um foco: fazer o bem bem-feito e cada vez melhor. Por ela, para ela, em jeito de gratidão, estima, consideração e saudade, escreve-se este ensaio. Por mãos de pessoas da saúde e do setor de economia social. Sim, as inquietações científicas lançadas por Zulmira Hartz são intersetoriais, se falassem apenas da saúde não lhe fariam a devida justiça.*

*Cátia Sá Guerreiro, julho 2021.*

Um ensaio crítico permite uma reflexão temática, sem que o autor pretenda esgotar o tema, sendo o assunto exposto de forma pessoal. Sem possuir um caráter de investigação, presta-se à defesa de um ponto de vista pessoal acerca de um dado tema, sem que se paute em formalidades como documentos ou provas empíricas ou dedutivas de caráter científico. Assumindo a forma livre e assistemática sem um estilo definido, este gênero literário pode conter ideias, críticas e reflexões, redigidas de forma mais ou menos formal.

Com o objetivo de contribuir para a reflexão intersetorial sobre a importância da avaliação de intervenções em populações e indivíduos, e, especificamente, de promover o encontro de conceitos, estratégias e ferramentas que possam ser utilizados em diferentes setores de atividade, optou-se pela redação de um ensaio crítico.

Neste, considerando intervenções em saúde e intervenções sociais, procuraremos mobilizar conceitos de avaliação, refletindo sobre possíveis pontos de encontro e aprendizagens que possam ocorrer no desafio da translação do conhecimento entre setores de atividade. Lançar a reflexão e o debate em torno de matérias sobrejamente importantes para o sucesso de intervenções que se esperam impactantes, tanto na saúde como no desenvolvimento social dos públicos-alvo a quem se dirigem, eis o que nos move.

## **MERGULHANDO EM CONCEITOS ESSENCIAIS**

O conceito de intervenção subjacente ao presente trabalho está diretamente associado ao conceito de cidadania ativa e à relação de ajuda estabelecida no sentido de promover as competências de participação de uma pessoa na construção do seu projeto de autonomia de vida, desenvolvendo ao mesmo tempo a sua dignidade e garantindo-lhe o seu direito de autodeterminação, decorrentes da Declaração Universal dos Direitos Humanos<sup>1</sup>. A intervenção é concebida como um “sistema organizado de ação” cujos componentes são constituídos pela estrutura, atores, práticas, processos de ação, finalidades e ambiente da intervenção<sup>2</sup>. Assim sendo, e segundo essa linha de pensamento,

uma intervenção procura a resolução de um problema coletivo e o envolvimento dos sujeitos daquela realidade social na intervenção propriamente dita.

Uma intervenção é caracterizada por cinco componentes: objetivos; recursos; serviços, bens ou atividades; efeitos; e contexto; podendo ter diferentes naturezas: ser uma técnica, uma prática ou procedimento, uma organização, um programa, uma política. Por outro lado, é fundamental ter em conta os atores que ela envolve, os quais lhe conferem a sua forma particular, em um determinado momento e em um dado contexto<sup>3</sup>. Segundo os mesmos autores, uma intervenção de saúde pode assim ser definida como uma ação programada e composta por meios físicos, humanos, financeiros e simbólicos, organizados em um contexto específico, em um dado momento, com o fim de produzir bens ou serviços, visando modificar uma situação problemática. Toda intervenção em saúde é passível de ser avaliada, ou seja, pode constituir um objeto de avaliação<sup>3,4</sup>.

Por seu lado, uma intervenção social apoia-se, essencialmente, em uma relação de respeito mútuo, em que a pessoa tanto é ator como sujeito na sua própria intervenção, tendo os seus direitos e deveres enquanto cidadão<sup>1</sup>. Assenta em projetos realizados em uma realidade social a partir de um problema. A ação pode focar-se em áreas como educação, assistência social, saúde, entre tantas outras, tendo como principal característica o envolvimento dos sujeitos nos processos de intervenção. Naturalmente, também as intervenções sociais são passíveis de ser avaliadas.

Detenhamo-nos no conceito de avaliação, para depois o discutirmos associado aos dois tipos de intervenção suprarreferidos.

É amplamente conhecida a expressão de Contandriopoulos et al. segundo a qual *“a avaliação é uma atividade tão velha quanto o mundo, banal e inerente ao próprio processo de aprendizagem”*<sup>3</sup>. Os mesmos autores referem que seria uma ousadia propor uma definição única desse tão vasto conceito, o qual engloba realidades tão distintas como medir, identificar e analisar resultados, tecer julgamento, negociar.

Sublinhamos dois olhares sobre esse vasto conceito.

Schiefer et al.<sup>5</sup> definem avaliação como o *“exame aprofundado de [...] um projeto com o intuito de chegar a um juízo fundamentado e racional acerca do seu sucesso”* ou ainda como a *“análise detalhada dos resultados, efeitos e impactos de um projeto, ou intervenção, tendo em vista as suas eventuais correção, reformulação, reorientação ou, em alternativa, a extração de conclusões face à implementação de um projeto idêntico no futuro”*. Os mesmos autores sublinham a possibilidade de considerar os processos inerentes à avaliação em diferentes fases do projeto/intervenção: na fase de planeamento do projeto, isto é, antes da sua execução (avaliação *ex ante*); na fase de implementação de projeto, ou seja, enquanto ele decorre (avaliação *in curso*); ou após a conclusão do projeto (avaliação *ex post*)<sup>5</sup>.

Destacamos também a definição de Brousselle et al. segundo a qual “avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ação”<sup>2</sup>.

Esse julgamento pode ser o resultado da aplicação de critérios e de normas, procurando apreciar cada um dos componentes da intervenção (avaliação normativa); ou elaborar-se a partir de procedimentos científicos que permitam analisar e compreender as relações de causalidade entre diferentes componentes da intervenção (pesquisa avaliativa)<sup>2,3</sup>. Uma intervenção, qualquer que seja, pode ser alvo dos dois tipos de avaliação<sup>3</sup>.

Detenhamo-nos agora de forma breve sobre o conceito de implantação de uma intervenção. Segundo Tornatzky e Jonhson e Patton, citados por Denis e Champagne em 1997<sup>6</sup>, por implantação, entendemos a transferência, em nível operacional, de uma intervenção. O mesmo artigo refere que o processo de implantação de uma intervenção representa uma etapa distinta e posterior à decisão de adotar uma mudança, reportando à operacionalização de um projeto, isto é, à sua integração a um dado contexto organizacional<sup>6</sup>.

Resta-nos olhar o conceito de impacto. Conceitos como *output*, *outcome*, impacto estão normalmente relacionados com resultados/efeitos (embora de diferentes ordens) associados a políticas, programas, projetos, processos, iniciativas, ações ou atividades. Não sendo universal a definição que caracteriza cada um desses conceitos, poder-se-á considerar que a sua referência está associada a diferentes escalas. Não vamos aprofundar cada um, olhemos apenas com algum detalhe para o termo “impacto”.

O impacto não deve ser confundido com resultados (o que o projeto faz) ou com os efeitos (o que os resultados provocam)<sup>5</sup>. O impacto é considerado como o último elo na chamada cadeia de resultados, que relaciona os inputs de uma intervenção com os seus resultados de médio e longo prazo. O impacto de uma intervenção consiste então nos efeitos resultantes da implementação dessa intervenção em um determinado local, ao nível dos indicadores sociais, econômicos, ambientais, entre outros; e das alterações comportamentais nos beneficiários finais<sup>7</sup>.

Em 2001, o Comité de Ajuda ao Desenvolvimento, da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (CAD/OCDE), definiu impacto como o conjunto de “efeitos a longo prazo de uma intervenção de desenvolvimento, positivos e negativos, primários e secundários, produzidos direta ou indiretamente, com ou sem carácter intencional”, definição esta comumente adotada por várias agências da Organização das Nações Unidas.

## MOBILIZANDO CONCEITOS

### **Avaliando intervenções, da teoria à prática**

A área de avaliação das intervenções conheceu franco desenvolvimento nas décadas de 1960 e 1970 com a implantação de grandes programas sociais nos Estados Unidos da América (EUA), os quais versavam áreas muito diversificadas como a educação, a habitação, a reinserção social, a garantia dos cuidados de saúde e as pensões para pessoas de baixa renda<sup>3</sup>. Nesse período, a prática da avaliação, visava a objetivos essencialmente somativos. Tais avaliações, baseadas unicamente nos efeitos trazidos por uma intervenção, tinham (e têm), geralmente, como finalidade decidir pela continuidade ou interrupção dos diferentes programas sociais<sup>3</sup>.

Muitos são os objetivos da avaliação de uma intervenção, podendo ser oficiais ou oficiosos, explícitos ou implícitos, consensuais ou conflitantes, aceitos por todos os atores ou somente por alguns<sup>3</sup>. Em 1997, Contandriopoulos et al. definem quatro tipos de objetivos oficiais de uma avaliação: i) ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção (objetivo estratégico); ii) fornecer informação para melhorar uma intervenção no seu decorrer (objetivo formativo); iii) determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela deve ser mantida, transformada de forma importante ou interrompida (objetivo somativo); iv) contribuir para o progresso do conhecimento, para a elaboração teórica (objetivo fundamental)<sup>3</sup>. Os mesmos autores sublinham que devem ser reconhecidos os objetivos oficiosos dos diferentes atores<sup>3</sup>.

A avaliação de uma intervenção de saúde pode ser constituída pelos resultados de vários tipos de análise, os quais podem ser obtidos por métodos e abordagens distintos. Para potenciar a utilidade dos resultados de uma avaliação, é importante a consciencialização de que ela é um dispositivo de produção de informação e, conseqüentemente, é fonte de poder para os atores que a controlam<sup>3</sup>.

A avaliação normativa não garante particular atenção à especificação dos processos envolvidos na produção das mudanças observadas depois da introdução de uma intervenção, nem à relação com o contexto em que a intervenção ocorre. A não ser que o fim da avaliação seja a contabilização dos efeitos ou mudanças, sem pretender caracterizar ou compreender os processos e contexto em que estas ocorrem, sugere-se que a realização da avaliação de uma intervenção deva ir além de um objetivo estritamente somativo e permitir um julgamento não só sobre a eficácia da intervenção como também sobre os fatores explicativos dos resultados obtidos, tendo em vista modificações posteriores<sup>6</sup>.

Com recurso à já referida pesquisa avaliativa, é possível fazer um julgamento *ex post* de uma intervenção, usando métodos científicos. Esta permite analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção em saúde, assim como as relações existentes entre a intervenção e o contexto no qual ela se situa, geralmente, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões<sup>3,4</sup>, abrindo caminho para a garantia da utilidade da avaliação.

No que concerne às intervenções sociais, diferentes autores apresentam diversas razões pelas quais é fundamental que organizações da economia social realizem um processo de avaliação ou medição de impacto das suas intervenções.

Para Cotta<sup>8</sup>, a avaliação dos resultados das organizações sociais é fundamental para a racionalização da atividade desenvolvida por essas organizações. Segundo o autor, sem a presença de mecanismos que permitam avaliar adequadamente os resultados gerados, a organização irá muito provavelmente incorrer em situações de ineficiência, que se poderão traduzir no desperdício de recursos que se revelam incapazes de contribuir para a criação de valor social. Desse modo, a não adoção de ferramentas de avaliação terá implicações negativas no nível de eficiência dos recursos geridos por uma organização social<sup>8</sup>.

A academia Future Learn, no seu artigo intitulado *How and why to measure social impact*<sup>9</sup>, reforça a ideia de que a medição de impacto social provocado permite perceber, comunicar e gerir o valor social criado de uma maneira transparente, que pode ser utilizada em três aspectos:

1. Por um lado, permite melhorar a otimização dos recursos normalmente escassos das organizações, melhorar o planeamento e escalar com mais sucesso os seus projetos, de modo mais eficaz e eficiente;
2. Ajuda também no que toca à atratividade dos investidores, já que a organização consegue demonstrar resultados relativamente aos investimentos por eles (ou por outros) realizados;
3. Pode criar tendência no que diz respeito à forma de atuar do setor público, devendo, para isso, comunicar de uma forma diferente os seus resultados.

## **Análise de implementação em intervenções em saúde, da teoria à prática**

Partindo da já referida importância da avaliação de intervenções e tendo por base que a pesquisa avaliativa poderá fornecer uma maior amplitude de informação sobre o impacto das intervenções em saúde, visto que permite ir para além dos aspectos meramente somativos, detenhamos a nossa reflexão sobre a diversidade de oferta de estratégias de análise. Procuremos compreender qual das estratégias se adequará de forma mais evidente à avaliação de impactos em intervenções de saúde.

A pesquisa avaliativa pode decompor-se em seis tipos diferentes de análise: análise de estratégia, análise de intervenção, análise de produtividade, análise dos efeitos, análise do rendimento e análise da implementação<sup>3,10</sup>. Considerando o conceito de impacto já referido, verifica-se que a estratégia de análise que melhor concorre para a sua avaliação em intervenções de saúde é a análise de implantação.

A análise da implantação preocupa-se com as relações entre o contexto, as variações no grau de implantação e os efeitos produzidos pela intervenção. Ela visa especificar as condições de implantação e os processos de produção dos efeitos de uma intervenção. A realização desse tipo de avaliação deverá, portanto, aumentar a utilidade dos resultados das pesquisas avaliativas<sup>6</sup>.

Muito se escreveu sobre esse tipo de análise e os procedimentos que lhe são inerentes. Denis e Champagne, em um trabalho publicado em 1990 pela Universidade de Montreal, e republicado em 1997 com revisão de Hartz<sup>3,6</sup>, propõem uma tipologia que compreende três abordagens/componentes distintos. A análise dos determinantes contextuais do grau de implantação da intervenção é definida como o primeiro componente, sendo o segundo a análise da influência da variação na implantação sobre os efeitos observados. A análise da influência da interação entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os efeitos observados constitui o terceiro componente.

Desse modo, e citando os mesmos autores<sup>6</sup>, a análise da implantação se preocupa com as relações entre o contexto, as variações na implantação e os efeitos produzidos pela intervenção, visando especificar as condições de implantação e os processos de produção dos efeitos de uma intervenção. Os autores<sup>6</sup> referem que vários modelos conceituais procuram definir as variáveis explicativas da implantação de uma intervenção, não existindo consenso nesta matéria. A literatura<sup>6</sup> refere cinco perspectivas para análise do contexto (adaptado de Scheirer): racional; desenvolvimento organizacional; psicológico; estrutural; e político, sobre os quais não nos detemos em pormenor, sublinhando, porém, que cada um deles lança hipóteses que podem ser úteis para explicar o nível de implantação de uma intervenção e a forma como o contexto age sobre o seu impacto.

Em termos de estratégias de pesquisa adequadas à análise de implantação, o estudo de caso, o estudo comparativo e a experimentação surgem como as principais sugestões, sendo que o estudo de caso parece ser particularmente útil para conduzir esse tipo de avaliação<sup>6</sup>. A literatura confirma que, para a análise de implantação, o estudo de caso é particularmente recomendável quando se pretende apreender a realidade em profundidade<sup>11,12</sup>.

Da leitura aprofundada da documentação existente sobre esta matéria, os autores do presente ensaio verificam a não facilidade de definição precisa de aspectos práticos

de aplicação e exercício da análise de implantação. Ainda que bem descrita na literatura no que concerne aos paradigmas subjacentes ao conceito de análise de implantação, a forma de a operacionalizar nem sempre é evidente. Sublinhamos, porém, a existência de estudos publicados, os quais, constituindo análises de implantação, poderão servir de guia para aspectos metodológicos menos claros<sup>11,13-15</sup>.

### **Avaliação de impacto em intervenções sociais, da teoria à prática**

O impacto social, como vimos, tem, sobretudo, a ver com a mudança positiva que determinada organização ou projeto cria ao longo do tempo. A sua extrema importância relaciona-se com o fato de que é fundamental compreender, medir e comunicar o impacto para o conseguir comunicar e atrair investimento ou financiamento. É também fundamental em termos estratégicos, já que confirma (ou não) o cumprimento e o alinhamento da visão e missão em longo prazo<sup>9</sup>.

Segundo Robyn Klingler-Vidra<sup>16</sup>, o termo “impacto social” foi usado pela primeira vez em um seminário da Universidade de Yale em 1969, sobre as responsabilidades éticas dos investidores institucionais. Para os líderes do seminário, o objetivo foi considerar os aspectos sociais e ambientais das atividades de investimento, além do retorno financeiro deste. No ano seguinte, a Lei de Política Ambiental Nacional dos EUA articulou um conjunto de práticas e procedimentos denominado Avaliação de Impacto Social, passando a constituir uma exigência legal para capturar sistematicamente o impacto socioeconômico potencial (negativo) de usos industriais da terra em grande escala. Essa avaliação exigida pelo governo esforçou-se para exigir reflexão sobre a degradação ambiental no desenvolvimento imobiliário e os custos socioeconômicos potenciais da deslocação de pessoas e atividades. Dito de forma simples, a orientação era negativa: presumia-se que os projetos de desenvolvimento afetavam negativamente o meio ambiente e as comunidades locais<sup>16</sup>.

O crescimento do conhecimento e aplicação do conceito de impacto e avaliação de impacto social dá-se, sobretudo, no pós-crise de 2008, altura em que a própria sociedade começa a reconhecer as empresas, não só pelo retorno que dão aos seus acionistas, mas também pelos impactos sociais e ambientais que provocam no contexto em que se movem<sup>16</sup>. Por consequência, torna-se comum que o financiamento/investimento de intervenções sociais esteja associado a uma cada vez mais rigorosa avaliação de resultados e impactos, indo ao encontro do que refere De Robertis-Theye, segundo a qual o financiamento contínuo de projetos é garantido pelo comprovar da eficácia deste, acrescentando ainda que “um histórico de sucesso também pode ajudar a difundir boas ideias, permitindo que a mudança positiva se infiltre em mais comuni-

dades e melhora mais vidas. Igualmente importante é identificar iniciativas que não estão a ter um bom desempenho, para que possam ser alteradas e melhoradas – assegurando que os recursos comprometidos tenham o impacto ambiental, social, ou outro impacto positivo pretendido”<sup>17</sup>.

Pode-se definir avaliação do impacto social como uma avaliação das alternativas políticas em termos das suas consequências operacionais<sup>18</sup>, caracterizando-se por procurar identificar os impactos de longo prazo de uma intervenção social, intencionados ou não<sup>5</sup>.

Sendo a avaliação de impacto social um processo de avaliação, ela poderá ser realizada antes da implementação dos projetos, durante a execução do projeto (medição de *outputs* e *outcomes*, ou a avaliação de impactos esperados, tendo presente os *outputs* gerados e os *outcomes* gerados e esperados) ou após a execução dos projetos<sup>19</sup>. É fundamental que essa lógica avaliativa acompanhe toda a implementação, garantindo a melhor aplicação dos recursos, bem como a melhoria contínua do trabalho realizado. Importa sublinhar que a avaliação não termina com a realização da última atividade ou com a entrega do relatório final – sublinha-se a importância de, passado tempo, voltar ao local e compreender qual foi realmente o impacto provocado aos mais diversos níveis: na vida das pessoas, na política social, no modo de agir, nos recursos económicos utilizados para a resolução do problema, entre outros aspectos.

Considera-se oportuna a avaliação prévia de impactos sociais de forma a aferir os impactos espectáveis associados à implementação de uma intervenção, permitindo não só atestar a pertinência do projeto e a relevância da sua implementação, como também aferir os impactos negativos decorrentes da futura implementação, possibilitando a definição de estratégias de mitigação destes, e de rentabilização dos impactos positivos<sup>5</sup>.

De modo a implementar um processo de avaliação de impacto social, é necessário ter presente a resposta a algumas questões, independentemente de se tratar de uma avaliação *ex ante* ou *ex post*:

- “O que está/estava planeado executar?
- “O que foi/ou será executado?
- O que é necessário ser feito, de modo a maximizar os impactos positivos e mitigar os impactos negativos?”<sup>18</sup>

Segundo a mesma fonte, depois de respondidas as questões de partida, para a avaliação de impacto, é necessário realizar os seguintes passos:

1. Esclarecer os aspectos centrais da Avaliação de Impacto Social (a partir das três questões fundamentais já indicadas);
2. Delinear preliminarmente o processo de avaliação;

3. Estruturar a avaliação/Delimitar o âmbito definitivo;
4. Realizar a avaliação de impacto social;
5. Desenhar em conjunto o relatório final de avaliação de impactos sociais. Ou seja, o documento final e a interpretação dos dados associados à avaliação de impacto final a partir das questões subjacentes a todo o exercício.

Sublinha-se a sugestão de que o primeiro passo para medir o impacto social é decidir sobre o *framework* a utilizar, antes de iniciar a implementação da intervenção. A escolha de um *framework* oferece uma estrutura dentro da qual se podem definir metas em relação às quais se pode medir o desempenho. Dessa forma, os definidos indicadores de desempenho podem ajudar a desenvolver a estratégia de implementação da intervenção. Dependendo da organização, dos recursos disponíveis e do escopo e foco da avaliação, poder-se-á optar por um *framework* já definido ou criar um para o efeito<sup>17</sup>.

São inúmeras as estratégias metodológicas existentes para medição do impacto social na área da economia social, com *frameworks* definidos, distinguindo-se pelos aspectos nos quais se focam ou pelo seu *modus operandis*. Nesse sentido, torna-se fundamental, em primeiro lugar, refletir sobre o que se pretende avaliar e com que objetivo, para depois decidir qual a ferramenta a utilizar.

Entre as ferramentas mais comumente utilizadas, encontramos: Análise de Risco, Análise de Sustentabilidade, Teoria da Mudança, SROI (Social Return on Investment), Heritage Impact Assessments for Culture Worlds Heritage Properties, B impact assessment, Sustainable Development Goals, Principal Responsible Investment ou Global Report Initiative.

De fato, a avaliação do impacto de intervenções sociais deve ser realizada de forma objetiva, de modo a integrar aqueles que forem os resultados, positivos ou negativos, por forma a dar continuidade ou escalar determinada atividade, ou a identificar fatores a ser corrigidos/melhorados para minimizar ou neutralizar impactos negativos ou menos positivos que tenham surgido.

Dessa forma, e tendo presente que nem todos os impactos são previstos, na medida em que ocorrem fenômenos que são externos à intervenção e/ou fenômenos imprevisíveis, é importante ter em consideração que a mudança (ou seja, o impacto) pode ser intencional ou um efeito secundário não intencional<sup>20</sup>. Todavia, a avaliação de impactos poderá contribuir fortemente para a mitigação de impactos negativos e para rentabilização de impactos positivos.

Acreditamos que, muito embora a avaliação de impacto tenha começado por ser uma exigência por parte de financiadores e investidores sociais, é crescente a conscientização dos atores da economia social da sua importância, já que é também cada vez

maior o desejo de empoderamento de cada pessoa/comunidade por meio desse tipo de intervenção, tornando-a o ator principal do seu processo de desenvolvimento.

### **Convergência de caminhos?**

Saúde. Economia Social. Intervenções que visam impactar a vida de indivíduos e comunidades, seja pela melhoria das condições de saúde e indicadores epidemiológicos, seja pela promoção do desenvolvimento social sustentável. Setores distintos, objetivos concretos e metas tantas vezes comuns.

Para ambos os setores, verificamos a preocupação com a importância de avaliar o impacto das intervenções, seja para as poder replicar ou manter, seja para melhorar o que já se faz, em uma perspectiva de potencializar resultados. Em ambos os setores, a preocupação com a definição de modelos de análise e de avaliação desse impacto. Em ambos os setores, a procura de estratégias metodológicas e ferramentas que permitam trazer a público o impacto das intervenções e a sua relação com os contextos em que ocorrem.

Verificamos, porém, que cada setor produziu ao longo dos tempos as suas reflexões, os seus modelos de análise, as suas ferramentas. Movidos por inquietações comuns – e concretamente falamos de avaliar o impacto das intervenções –, fizeram e fazem caminhos distintos, dos quais os conceitos de análise de implantação e de avaliação de impacto social, e sua consequente operacionalização, são exemplo.

Isso transporta-nos a um outro conceito, também muito mobilizado por Zulmira Hartz – o conceito de translação do conhecimento.

Bennett e Jessani, citados por Craveiro e Hartz<sup>21</sup>, referem que a translação de conhecimentos diz respeito ao ponto de encontro entre dois processos fundamentalmente diferentes: investigação e ação. Assim sendo, isso significa mais do que disseminação de resultados, na medida em que a translação de conhecimento é um processo dinâmico e interativo que exige a participação ativa de pesquisadores e de utilizadores da investigação<sup>21</sup>.

Tendo por origem a teoria da translação utilizada no campo da linguística e da comunicação, vem sendo adotada em diversos campos, inclusive o da saúde, reportando ao intercâmbio, síntese e aplicação do conhecimento<sup>22</sup>.

Falar de translação do conhecimento é referir-se ao movimento que o conhecimento faz em um contexto organizacional em prol da sua efetiva aplicação<sup>23</sup>. A literatura sublinha que, não obstante os esforços despendidos no sentido de minimizar as lacunas existentes entre evidências científicas, formulação de políticas, implantação de programas e melhores resultados de saúde, diversos fatores são identificados como obstáculos a que tal aconteça<sup>23</sup>.

Dessa forma, levar o conhecimento à prática é reconhecido como um processo complexo, verificando-se que o fato de ter gerado conhecimento não é sinônimo da sua aplicação prática. Isso significa que o conhecimento e sua divulgação não são suficientes para levar, por exemplo, a uma decisão política que demonstre e promova a mudança de atitudes, hábitos ou comportamentos.

Assumindo a translação do conhecimento como oportunidade para reduzir o fosso entre os que produzem conhecimento (pesquisadores) e os que irão beneficiar com esse conhecimento (profissionais, decisores políticos e sociedade em geral), torna-se importante uma maior compreensão do impacto do processo de translação no empoderamento e capacitação dos diferentes intervenientes e na promoção do seu papel enquanto agentes de mudança<sup>24</sup>.

Ora, mediante o que foi refletido em relação à análise do impacto das intervenções de saúde e sociais, por que não falar de translação do conhecimento intersectorial? Ou seja, por que não falar da mobilização de conhecimento obtido pela investigação em uma perspectiva intersectorial e até transsectorial? Não terá a saúde a aprender com a economia social e vice-versa? Será possível, em qualquer um desses setores de atividade, trazer para a ação o conhecimento que o outro tem em matérias potencialmente comuns? Por exemplo, poderá a economia social se beneficiar com os achados da análise de implantação, bem como a saúde com as ferramentas de avaliação de impacto social?

Assim sendo, levantadas essas questões, ousamos lançar um tema à reflexão dos leitores e pesquisadores nessas matérias. Falamos já de translação de conhecimento em matéria de aplicação do saber científico na decisão política. Poderemos falar da translação do conhecimento entre setores de atividade? A criação de pontes conhecimento-ação-decisão-intersectorialidade poderá abrir caminhos que potenciem o impacto das intervenções de cada setor? Estamos convictos que sim, podemos estar diante de uma convergência de caminhos, sem que, porém, cada um perca a sua individualidade.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao longo deste ensaio, buscamos mobilizar conteúdos provindos da saúde e da economia social, de autores de ambos os setores de atividade. Procuramos convergência, mas também olhares distintos que possam construir pontes em matéria de conhecimento.

Ao confrontar esses dois setores em matérias de avaliação do impacto das suas intervenções, encontramos conhecimento produzido e mobilizado em cada setor, desafios próprios, mas também comuns; ferramentas distintas, cada uma no seu setor. Parece-nos que abrir a porta à partilha de saberes, à discussão de estratégias e até

de ferramentas poderá potenciar a forma como se avalia o impacto das intervenções e assim ampliar os resultados delas, com indivíduos e comunidades que queremos saudáveis e socialmente desenvolvidas.

Começamos este caminho e ficamos com vontade de o continuar – em prol da partilha de saberes e de desafios, da rentabilização do conhecimento que vai crescendo em cada um dos setores e que poderá certamente proliferar de forma mais eficaz se for partilhado, discutido, utilizado em rede.

## Referências

1. Monte T. Intervenção social – Knoow.net Enciclopédia temática [Internet]. 14 jan 2019 [citado 2021 jul 29]. Disponível em: <https://knoow.net/ciencsocioishuman/psicologia/intervencao-social>
2. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
3. Contandriopoulos A-P, Champagne F, Denis JL, Leal MC, Pineault R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1997. p. 29-47.
4. Guerreiro CS, Hartz Z. A evacuação de doentes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa para Portugal – estudo de avaliabilidade. An Inst Hig Med Trop (Lisb). 2015;14:101-8.
5. Schiefer U, Bal-Döbel L, Batista A, Döbel R, Nogueira J, Teixeira P. MAPA – Manual de Planeamento e Avaliação de Projeto. Estoril: Principia; 2006. 256 p.
6. Denis J-L, Champagne F. Análise de Implantação. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 1997. p. 49-88
7. Camões PA. Instituto da Cooperação e da Língua. Avaliação do Impacto: breve introdução. Documento de Trabalho no 1/13; 2013.
8. Cotta TC. Metodologias de avaliação de programas e projetos sociais: análise de resultados e de impacto. RSP. 1998;49:103-24.
9. Future Learn. How and why to measure social impact. [Internet]. [cited 2021 Jul 29]. Available from: <https://www.futurelearn.com/info/courses/social-enterprise-growing-a-sustainable-business/0/steps/146153>

10. Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, Editora Científica; 2010. 196 p.
11. Oliviera DG, Frias PG, Vanderlei LCM, Vidal SA, Novaes MA, Souza WV. Análise da implantação do Programa Telessaúde Brasil em Pernambuco, Brasil: estudo de casos. Cad Saúde Pública. 2015;31:237-89.
12. Yin RK. Case Study Research and Applications – Design and Methods. 6th ed. Los Angeles: Sage Publications, 2018.
13. Oliveira LGD, Natal S, Camacho LAB. Análise da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais no Brasil. Cad Saúde Pública. 2015;31:543-54.
14. Domingues RMSM, Torres JA, Leal MC, Hartz ZMA. Fatores contextuais na análise da implantação de uma intervenção multifacetada em hospitais privados brasileiros: reflexões iniciais da pesquisa avaliativa “Nascer Saudável”. An Inst Hig Med Trop (Lisb). 2019;47-55.
15. Vieira-da-Silva LM, Hartz ZMA, Chave SCL, Pontes da Silva GA, Paim JS. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007;23:355-70.
16. Klingler-Vidra R. Social Impact: origins and evolution of the term. Global Policy Journal [Internet]. 19 dez 2019 [cited 2021 Jul 30]. Available from: <https://www.globalpolicyjournal.com/blog/19/12/2019/social-impact-origins-and-evolution-term>
17. DeRobertis-Theye N. How to measure Social Impact: 8 best practices. Submittable Blog [Internet]. 4 fev 2021 [cited 2021 Jul 30]. Available from: <https://blog.submittable.com/measure-social-impact/>
18. Western J, Lynch M. Overview of the Social Impact Assessment Process. In: Goldman LR, editor. Social Impact Analysis: An Applied Anthropology Manual [Internet]. Oxford: Routledge; 2000 [cited 2021 Jul 30]. Available from: <https://www.routledge.com/Social-Impact-Analysis-An-Applied-Anthropology-Manual/Goldman/p/book/9781859733929>
19. Rossi PH, Lipsey MW, Henry GT. Evaluation – A Systematic Approach [Internet]. 6th ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 2021 [cited 2021 Jul 30]. Available from: <https://us.sagepub.com/en-us/nam/evaluation/book243885>
20. Muir K, Bennett S, Centre for Social Impact. The Compass: Your Guide to Social Impact Measurement [Internet]. Sydney: University of New South Wales; 2014 [cited 2021 Jul 30]. Available from: <https://books.google.pt/books?id=acwUrgEACAAJ> (2014).
21. Craveiro I, Hartz Z. Avaliação do papel das redes de investigação na translação do conhecimento. An Inst Hig Med Trop (Lisb). 2016;15:35-40.

22. Abreu DMF, Santos EM, Cardoso GCP, Artmann E. Usos e influências de uma avaliação: translação de conhecimento? *Saúde Debate*. 2017;41:302-16.

23. Bezerra LCA, Felisberto E, Costa JMBS, Hartz Z. Translação do Conhecimento na qualificação da gestão da Vigilância em Saúde: contribuição dos estudos avaliativos de pós-graduação. *Physis*. 2019;29:e290112.

24. Dias S, Figueiró AC, Gribel E, Salvo MP, Claude Pirmez C, Hartz Z. Avaliação do processo de translação do conhecimento na investigação em saúde – um estudo de caso dos projetos Grand Challenges Brasil. *An Inst Hig Med Trop (Lisb)*. 2016;15:95-9.

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação  
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de  
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

[www.conass.org.br/biblioteca](http://www.conass.org.br/biblioteca)



## CAPÍTULO 3

---

# PERSPECTIVAS TEÓRICAS E PRÁTICAS ATUANTES NO CAMPO DA AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA EM SAÚDE

---

*Theoretical and Practical Perspectives in the Field of Participatory Health  
Evaluation*

**Prof. José Carlos Suárez-Herrera<sup>1</sup>**

**Profa. Santuzza Arreguy Silva Vitorino<sup>2</sup>**

1. Suárez-Herrera, JC. Ph.D. em Saúde Pública – Gestão de Saúde – Departamento de Estratégia, Empreendedorismo e Desenvolvimento Sustentável – KEDGE Business School, Marselha, França – E-mail: jose-carlos.suarez-herrera@kedgebs.com

2. Vitorino, SAS. Doutora em Saúde Pública – Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais, Departamento de Endemias Samuel Pessoa, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil

## Resumo

As dinâmicas complexas e multidimensionais da saúde pública e da gestão dos sistemas de saúde têm motivado o uso de diferentes abordagens metodológicas no campo da pesquisa avaliativa. A avaliação participativa é uma delas. Este capítulo aborda as transições epistemológicas da prática avaliativa, assim como as perspectivas teóricas e práticas desenvolvidas nas últimas décadas sobre a avaliação participativa. A coprodução dinâmica do conhecimento, a criação de espaços de aprendizagem coletiva e a articulação em rede de intervenções inovadoras destacam-se como elementos-chave dessa transição. Do ponto de vista teórico, são analisados os fundamentos e as tipologias essenciais da prática avaliativa, que servem como marco estrutural para o exercício da avaliação participativa. Com relação às práticas atuantes de avaliação participativa, este capítulo fornece uma reflexão crítica sobre o papel do avaliador participativo e, em última instância, sobre os desafios e as contribuições da avaliação participativa no setor da saúde. Conclui-se que diferentes modalidades de parceria no âmbito da avaliação participativa podem desempenhar um papel importante na ampliação e no fortalecimento de programas de saúde pública baseados no desenvolvimento sustentável em diversos países.

**Palavras-chave:** Avaliação participativa. Saúde pública. Teoria e prática da avaliação. Papel do avaliador. Desenvolvimento sustentável.

## Abstract

The complex and multidimensional dynamics of public health and health systems management have motivated the use of different methodological approaches in the field of evaluative research. Participatory evaluation is one of them. This chapter addresses the epistemological transitions of evaluative practice, as well as the theoretical and practical perspectives developed in the last decades on participatory evaluation. The dynamic coproduction of knowledge, the creation of spaces for collective learning and the networking of innovative interventions stand out as key elements of this transition. From a theoretical point of view, the essential foundations and typologies of evaluative practice are analyzed, which serve as a structural framework for the exercise of participatory evaluation. Regarding the current practices of participatory evaluation, this chapter provides a critical reflection on the role of the participatory evaluator and, ultimately, on the challenges and contributions of participatory evaluation in the health sector. It is concluded that different partnership modalities within the scope of participatory evaluation can play an important role in scaling up and strengthening of public health programs based on sustainable development in countries all over the world.

**Keywords:** Participatory evaluation. Public health. Evaluation theory and practice. Evaluator’s role. Sustainable development.

## Résumé

La dynamique complexe et multidimensionnelle de la santé publique et de la gestion des systèmes de santé a suscité l’utilisation de différentes approches méthodologiques dans le domaine de la recherche évaluative. L’évaluation participative est l’une d’entre elles. Ce chapitre aborde les transitions épistémologiques de la pratique évaluative, ainsi que les perspectives théoriques et pratiques développées au cours des dernières décennies sur l’évaluation participative. La coproduction dynamique de connaissances, la création d’espaces d’apprentissage collectif et la mise en réseau d’interventions innovantes apparaissent comme des éléments clés de cette transition. D’un point de vue théorique, on analyse les fondements essentiels et les typologies de la pratique évaluative, qui servent de cadre structurel à l’exercice de l’évaluation participative. En ce qui concerne les pratiques courantes de l’évaluation participative, ce chapitre propose une réflexion critique sur le rôle de l’évaluateur participatif et, finalement, sur les défis et les contributions de l’évaluation participative dans le secteur de la santé. Il conclut que différentes modalités de partenariat dans le cadre de l’évaluation participative peuvent jouer un rôle important dans mise à échelle et le renforcement des programmes de santé publique axés sur le développement durable dans les pays du monde entier.

**Mots-clés:** Évaluation participative. Santé publique. Théorie et pratique de l’évaluation. Rôle de l’évaluateur. Développement durable.

## INTRODUÇÃO

Uma estratégia eficaz para decifrar a miríade de processos complexos que podem surgir no âmbito de um sistema de saúde ou intervenção em saúde pública é a colaboração nos processos avaliativos entre o avaliador e as diversas partes interessadas no projeto de avaliação<sup>1</sup>. Entre as abordagens colaborativas de avaliação mais utilizadas no setor da saúde, estão a avaliação da quarta geração<sup>2</sup>, a avaliação do processo<sup>3</sup>, a avaliação responsável<sup>4</sup>, a avaliação formativa<sup>5</sup>, a avaliação do “empoderamento”<sup>6</sup> – *Empowerment Evaluation* – e, mais precisamente, a avaliação participativa<sup>7-9</sup>. Essa última abordagem é especialmente concebida para avaliar intervenções complexas, criando um espaço de aprendizagem coletivo que favorece o surgimento de um processo de mudança em sintonia com a posição e os interesses de cada uma das partes interessadas<sup>10</sup>.

O objetivo deste capítulo é apresentar as perspectivas teóricas e práticas que constituem um eixo essencial na criação e atualização do campo da avaliação participativa em saúde. Alguns aspectos essenciais da avaliação participativa, como o uso dos processos avaliativos ou o empoderamento, os diferentes tipos de participação nas práticas avaliativas, a participação das partes interessadas como vetor de processos de mudança, assim como o papel do avaliador como tradutor de lógicas de ação múltiplas – e muitas vezes divergentes –, são examinados especificamente no âmbito deste capítulo.

## **PERSPECTIVAS TEÓRICAS DA AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA**

Consideramos, nesta seção, as perspectivas teóricas da avaliação participativa por meio do estudo dos fundamentos e das tipologias que foram desenvolvidos durante as duas últimas décadas. Essas duas construções conceituais estão intimamente relacionadas. A adoção de uma certa perspectiva avaliativa afetará aquilo que pensamos ser a avaliação participativa e, conseqüentemente, o papel que um avaliador participativo pode adotar.

## **FUNDAMENTOS DA AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA**

Os fundamentos referem-se às razões subjacentes à escolha de uma abordagem participativa em um determinado projeto de avaliação. Qualquer lógica está inquestionavelmente ligada aos valores, pressupostos e interesses dos participantes. Esta seção centra-se em três fundamentos comuns subjacentes à escolha de uma abordagem participativa da avaliação.

### *Utilização da avaliação*

Historicamente, uma questão de preocupação duradoura para os avaliadores tem sido a utilização de conclusões da avaliação<sup>11</sup>. Efetivamente, alguns autores sugerem que muitos dos resultados da avaliação são mal utilizados ou mesmo não utilizados pelas partes interessadas<sup>12</sup>. Os investigadores de avaliação começaram, por conseguinte, a analisar a forma como as partes interessadas afetadas pelo projeto de avaliação poderiam utilizar não só as conclusões, mas também o processo de avaliação de uma forma mais adequada<sup>13</sup>. Essa abordagem é adequada para estudos complexos, pode melhorar a qualidade dos dados, aumentar a capacidade avaliativa dos atores envolvidos na avaliação e apoiar a reflexividade crítica necessária para o sucesso da intervenção avaliada<sup>14</sup>.

No que diz respeito à avaliação participativa, é bem sabido que uma das características que podem melhorar a utilização do processo de avaliação é o envolvimento

das partes interessadas em muitos aspectos deste. A definição de Patton de utilização do processo descreve um processo de aprendizagem organizacional e de mudanças individuais resultantes do envolvimento em um determinado processo de avaliação, ou seja, “a utilização da avaliação que tem lugar antes de serem geradas lições aprendidas e iniciados os processos de feedback”<sup>15(p. 29)</sup>. Isto tem influenciado o desenvolvimento de abordagens participativas na prática da avaliação. Consequentemente, ao longo das duas últimas décadas, o interesse na conceituação e na operacionalização dessas abordagens no campo da avaliação tem aumentado<sup>10,16,17</sup>.

O investimento adicional exigido pela integração dos atores envolvidos nos processos avaliativos é significativamente impactante. Diez e colaboradores<sup>18(p. 329)</sup> destacam a “demora para efetivamente garantir o envolvimento ativo de vários participantes em potencial na avaliação, incluindo a familiarização com o processo de avaliação e com os resultados para contribuir para a sustentabilidade do programa”. Worthen e colaboradores<sup>14(p. 165)</sup> ressaltam “o desafio dos pesquisadores junto aos financiadores de garantir engajamento e construção de confiança para realizar uma avaliação mais focada em aprendizado do que em responsabilidade”. Dessa maneira, os benefícios obtidos com os processos participativos (compartilhamento de conhecimento, aprendizagem coletiva, nivelamento das relações de poder, tomada de decisão colaborativa, intervenções inovadoras) favorecem uma utilização mais equitativa e eficiente dos processos e dos resultados da avaliação<sup>19</sup>.

### *Empoderamento*

A importância da representação das pessoas com menos poderes ou estatuto inferior para garantir que os seus interesses sejam levados em consideração é sublinhada pela lógica da atribuição de poderes. Vários autores sustentam que a procura de alcançar os objetivos de empoderamento da justiça e da democratização realça a questão do equilíbrio entre as vozes dos participantes<sup>6,19</sup>. Existe um foco de interesse particular, com respeito ao empoderamento, sobre o significado e a importância da educação, a gestão das relações de poder, a capacitação dos participantes, a distribuição dos recursos adequados e o apoio mútuo por meio do treinamento e das redes interagências<sup>20,21</sup>.

Como esses propósitos são claramente transformadores, os principais objetivos do empoderamento são a emancipação social e o desenvolvimento sustentável dos indivíduos e grupos. Nessa perspectiva, os processos e os produtos de avaliação são utilizados para transformar as relações de poder e para promover a ação social e a mudança organizacional. Desse modo, a avaliação participativa é concebida como um processo contínuo de ação coletiva por intermédio da inclusão de agentes menos proeminentes nas dinâmicas de reflexão, de negociação, de colaboração e de criação de conhecimento<sup>22</sup>.

Esse processo é explicitamente político, focado em promover a ação coletiva para a mudança social e transformar as relações de poder nas organizações e nos territórios, a fim de capacitar as entidades menos favorecidas. A lógica do empoderamento poderia ser considerada como uma resposta de múltiplos grupos sociais a um cenário crescente de desigualdades culturais e injustiças sociais geradas pelos efeitos devastadores das tendências econômicas globais nas sociedades modernas<sup>23</sup>. Sensível à natureza política da avaliação, a lógica do empoderamento apela aos participantes para se envolverem na articulação do projeto de avaliação como uma questão de responsabilidade ou imperativo moral para a mudança social<sup>24</sup> e, portanto, para desenvolverem abordagens participativas para a avaliação.

### *Mudança organizacional*

Poderíamos argumentar que, mediante interações contínuas que têm lugar no âmbito de uma avaliação participativa e dos fluxos ativos de recursos humanos, materiais e financeiros que evoluem com o tempo, o grupo de partes interessadas desenvolve uma dinâmica por meio da qual a produção social do conhecimento é alcançada. Uma concepção organizacional da aprendizagem é construída de forma recíproca, permitindo aos membros da equipe avaliativa compreenderem-se melhor a si mesmos, a organização na qual estão envolvidos e, em última análise, as características essenciais subjacentes aos fenômenos que estão a ser avaliados<sup>25</sup>.

Dessa forma, o projeto avaliativo é entendido como um processo de desenvolvimento de diálogo, cooperação e negociação inspirador de práticas de aprendizagem organizacional<sup>10,18</sup>. Essa práxis implica um processo contínuo de crescimento e de melhoria integrado com os processos simbólicos e as infraestruturas sociais da organização, por meio das quais os seus membros negociam os seus diferentes valores, atitudes e percepções<sup>26</sup>.

A transferência de valores entre as partes interessadas de uma avaliação participativa realiza-se principalmente mediante ações comunicativas. Essas ações oferecem um contexto favorável para compreender o progresso das atividades avaliativas, os esforços de aprendizagem e de mudança, e a utilidade do que estamos a aprender<sup>27</sup>. Como resultado, essa aprendizagem por meio do pensamento e da ação comunicativa, que advém do envolvimento sustentado das partes interessadas no processo de avaliação, pode ser considerada um precursor dos processos de mudança desejados<sup>14</sup>.

A avaliação participativa torna-se um espaço sistêmico de aprendizagem em que a reflexão, a negociação, o diálogo, a tomada de decisões, a produção de conhecimento e as dinâmicas de poder são todas intencionalmente alteradas pelo envolvimento das partes interessadas<sup>28</sup>.

## TIPOLOGIA DAS AVALIAÇÕES PARTICIPATIVAS

Não existe uma forma universal de definir a avaliação participativa. Os autores clássicos apoiam a ideia de que a avaliação participativa é mais bem descrita como um conjunto de princípios e um processo de envolvimento na prática de avaliação que respeita e utiliza os conhecimentos e a experiência das partes interessadas, abrangendo as contribuições das perspectivas dos participantes<sup>7,9</sup>. É salientada a importância do processo nos projetos de avaliação, por meio do qual os participantes desenvolvem um sentido de apropriação, novas competências e confiança para melhorar a qualidade das suas decisões.

Mais recentemente, Chouinard e Cousins<sup>29(p. 6)</sup> definem avaliação participativa como uma “parceria entre especialistas em avaliação treinados e membros da comunidade do programa na coprodução de conhecimento avaliativo sobre programas ou intervenções específicas de interesse por exemplo, projetos ou políticas”.

Dois tipos principais de avaliação participativa podem ser identificados na literatura acadêmica: a Avaliação Participativa Prática (APP) e Avaliação Participativa Transformadora (APT). Embora diferentes, essas duas modalidades de avaliação podem estar estreitamente relacionadas. Ambos os tipos de avaliação permitem aos grupos mais fracos da comunidade expressar suas opiniões, resolver conflitos e construir um ponto de vista compartilhado<sup>30</sup>, são baseados na produção interativa de dados entre os vários atores envolvidos, cuja participação deve ocorrer em todas as etapas do processo e tem como objetivo principal que “as pessoas aprendam com suas próprias experiências e as compartilhem com outras”<sup>31(p. 276)</sup>.

No entanto, as ligações e a transição entre as duas modalidades de avaliação participativa ainda não estão explicitamente indicadas na literatura. Nesta seção, argumentamos que existe um terceiro tipo de avaliação participativa que difere dos dois primeiros modelos e que nos permite fazer a transição entre a APP e a APT. Trata-se da Avaliação Participativa Reflexiva (APR).

### *Avaliação Participativa Prática*

O principal objetivo da APP é promover a utilização da avaliação, com o objetivo implícito de pressupor que a avaliação incide nos processos de tomada de decisão. Com base nos princípios de criação de conhecimentos entre os avaliadores e os profissionais do programa, os autores defendem um papel mais técnico das partes interessadas na apropriação e no controle de métodos especializados na análise técnica das intervenções. Na medida em que o projeto de avaliação estimula a resolução de problemas, os resultados serão mais significativos para os responsáveis e para os decisores or-

ganizacionais, com o qual esse conhecimento será mais útil<sup>32</sup>. Como se concentra na resolução de problemas e na tomada de decisões, essa abordagem implica um desenvolvimento instrumental da avaliação participativa, que visa aumentar a utilidade dos conhecimentos por ela gerados. A APP está intimamente ligada à lógica da utilidade, em que os avaliadores especializados trabalham em conjunto com as partes interessadas mais próximas para produzir conhecimentos em resposta a problemas práticos<sup>23</sup>.

Recentemente, alguns autores falam da governança como uma das dimensões-chave para a avaliação participativa, visto que ela permite a transparência na tomada de decisão, uma melhor participação dos cidadãos na implementação das intervenções, assim como no seu monitoramento e avaliação<sup>33</sup>. Esse tipo de avaliação, com a ajuda de algumas técnicas de exposição visual e tangível de dados sobre conhecimentos, experiências e percepções das partes interessadas sobre a intervenção a avaliar, permite que estas sejam envolvidas em um processo de tomada de decisão diferenciado comprovadamente democrático<sup>34</sup>.

Curiosamente, porém, deveríamos refletir sobre as possíveis influências na escolha e na tomada de decisão sobre a execução – ou não – de uma intervenção pelos financiadores/doadores. No setor da saúde internacional, Chi e colaboradores<sup>35</sup> destacam que, na maioria das vezes, não é questionado se o programa avaliado está alinhado com o interesse das partes interessadas, ou seja, se o dito programa é o mais apropriado para intervir sobre a situação-problema em determinado contexto. Além disso, criticam o movimento das agências de financiamento por definirem unilateralmente quais os programas e os países a serem avaliados, os objetivos e os critérios aplicados à avaliação. No cotidiano, tal situação é percebida nos editais de fomento para novas intervenções no setor da saúde internacional e da definição pelos financiadores sobre a agenda da saúde global.

Uma reflexão crítica sobre os procedimentos técnicos da APP é essencial para compreender as relações de poder e as decisões unilaterais que são exercidas durante o planejamento e a execução de uma intervenção<sup>16</sup>. A avaliação deve ser concebida como parte da estrutura de tomada de decisão política e daquelas atividades que envolvem as relações dentro de uma intervenção, ao mesmo tempo que toma as relações de poder existentes tanto na micro quanto na macropolítica como eixo fundador. Tais relações irão influenciar social e culturalmente no potencial participativo de uma APP<sup>36</sup>.

### *Avaliação Participativa Transformadora*

A APT apela aos princípios e ações de participação promovendo a democratização dos processos de mudança social por meio da capacitação dos grupos de participantes mais marginalizados. Questões como o controle laico da produção de conhecimento, o

empoderamento e o diálogo estão no cerne desse tipo de avaliação participativa. O principal interesse é promover a equidade mediante envolvimento de indivíduos associados a todos os grupos com interesse nos processos de avaliação. Por intermédio do envolvimento direto e da participação no exercício de avaliação, as pessoas provenientes de grupos oprimidos ou de setores marginalizados que normalmente não têm uma voz na tomada de decisões políticas ou programáticas são assim dotadas de tais oportunidades<sup>32</sup>. A APT é, ideologicamente, enraizada nas concepções normativas de justiça social e de construção da democracia. Ela depende estreitamente da lógica do empoderamento, em que o avaliador incentiva a participação das partes interessadas na criação de uma rede sustentável de ações comunicativas e de parcerias de apoio por meio das quais melhorará a sua compreensão das ligações entre os conhecimentos, o poder e o controle<sup>25,34</sup>.

Esse tipo de avaliação é baseado na ação. No âmbito de um estudo utilizando múltiplos métodos de avaliação participativa, situando a avaliação como parte do ciclo de investigação e ação, Worthen e colaboradores<sup>14</sup> salientam que essa abordagem facilitou a participação dos atores envolvidos na concepção dos critérios pelos quais o estudo e os seus resultados de reintegração seriam julgados. De acordo com esses autores, essa abordagem é adequada para avaliar intervenções complexas, melhorando a qualidade dos conhecimentos criados, os canais de comunicação entre as partes interessadas e os níveis de formação e competência dos coavaliadores.

A APT oferece uma estrutura e um processo inovador pelos quais a aprendizagem organizacional pode ser realizada, promovendo determinados valores fundamentais, tais como a justiça social, diferindo claramente de uma avaliação participativa mais pragmática<sup>37</sup>. Essa modalidade de avaliação envolve as partes interessadas em um espírito de coinvestigação como parte essencial da melhoria da prática; e o aprendizado muda de uma atividade individual para uma atividade organizacional, criando espaços reflexivos coletivos e permitindo o diálogo de cima a baixo e em toda a organização<sup>25</sup>. Ela evidencia os benefícios em relação à geração de melhorias práticas e para as partes interessadas em termos de contrariar os efeitos negativos da tendência utilitarista da APP, baseada na eficácia e no desempenho técnico<sup>38</sup>. No entanto, a APT ainda está pouco conceitualizada nos modelos de avaliação do setor da saúde. São essenciais mais investigações para compreender o conhecimento com respeito à concepção e à utilização desse tipo de avaliação para a resolução de problemas de saúde pública e coletiva.

### *Avaliação Participativa Reflexiva*

Embora as raízes ideológicas e históricas da APP e da APT sejam bastante diferentes, na prática, não diferem substancialmente. Alguns autores esboçam vá-

rias orientações para o envolvimento na avaliação participativa – baseada tanto em abordagens práticas como transformadoras –, promovendo a colaboração, a interação e a reflexão sobre a prática. Tradicionalmente, o canal para esse processo tem sido o diálogo<sup>39</sup>, concebido nesse campo como um processo comunicativo de intercâmbio social por meio do qual se cria um conjunto de relações sociais, bem como um conhecimento relevante e adequado.

Neste capítulo, destacamos a sobreposição das duas correntes clássicas da avaliação participativa por intermédio da reflexividade. Trata-se de um termo polissêmico que pode integrar múltiplos significados em contextos diferentes. Em geral, significa “refletir”; e mais especificamente, como parte da investigação social, a reflexividade é o processo pelo qual o investigador reflete sobre o processo de coleta e interpretação dos dados. Worthen e colaboradores<sup>14</sup> abordam a reflexividade no processo avaliativo e a descrevem, juntamente com a complexidade, a qualidade e a capacidade, como pontos fortes da pesquisa avaliativa.

Embora exista atualmente uma escassez de literatura no campo da avaliação com respeito aos modelos reflexivos, a reflexividade pode melhorar a prática da avaliação<sup>40</sup>. A reflexão crítica aumenta a competência das partes interessadas como coavaliadores, desenvolvendo um plano de ação que ajuda a manter a consciência de como as ações, os pensamentos e os valores de cada um se relacionam com os valores de avaliação mais amplos tanto práticos como transformadores. A reflexão crítica revela elementos ocultos nos procedimentos avaliativos e aumenta a consciência de dinâmicas sutis que requerem atenção na avaliação e criam oportunidades para desafiar a influência de certos atores com um posicionamento social ou organizacional vantajoso<sup>41</sup>. Esse modelo reflexivo permite aos participantes de uma avaliação ser avaliadores mais reativos e poder melhorar a prática – técnica e transformadora – de outros avaliadores profissionais<sup>28</sup>.

Pela sua parte, Bondioli considera a avaliação como um processo pelo qual as pessoas que trabalham em uma instituição de ensino podem refletir em grupo sobre suas crenças e práticas educacionais, a fim de planejar e implementar ações de melhoria<sup>39</sup>. Desse modo, a avaliação exige a integração de práticas reflexivas individuais e coletivas. A aquisição e troca de conhecimentos, o confronto crítico de pontos de vista diferentes, o hábito de negociar e de examinar criticamente a realidade e a capacidade de cooperar são alguns dos aspectos do “efeito de treinamento” que se pretende induzir por meio do processo reflexivo. Os coavaliadores se enriquecem pessoalmente, ganhando conhecimento, capacidade de discussão e competência profissional.

Esses argumentos baseiam-se no estudo desenvolvido por Cooper<sup>42</sup>, que reformula a avaliação como um processo colaborativo, participativo e dialógico, centrado na

aprendizagem, e não apenas na responsabilização. A avaliação, tal como a prática reflexiva, é moldada em termos de atividade individual e de discursos baseados no déficit. Argumentamos aqui que os aspectos reflexivos e colaborativos permitem a realização das funções de aprendizagem e desenvolvimento dos processos avaliativos<sup>43</sup>. A avaliação baseada no diálogo coletivo e reflexivo tem potencial para fornecer uma base factual de boas práticas avaliativas, melhorar o bem-estar do pessoal e ampliar as possibilidades de utilização dos resultados.

Esse processo de autoquestionamento é perfeitamente compatível com os dois tipos anteriores de avaliação participativa. As abordagens críticas baseadas na reflexividade permitem à APP reconhecer a natureza política do processo de avaliação e defende um papel integrador das partes interessadas que inclui elementos de aprendizagem organizacional. Por outro lado, a APT se preocupa com a ação social no sentido da mudança organizacional, bem como com a transformação das relações de poder de modo a capacitar os grupos mais desfavorecidos, sem esquecer, por esse motivo, os procedimentos técnicos e metodológicos básicos da dinâmica de avaliação<sup>44</sup>.

Assim, ao envolver-se em um processo reflexivo, uma maior compreensão das questões avaliativas ajudará a construir um sentimento de controle sobre decisões mais informadas e sobre técnicas de resolução de problemas<sup>45</sup>. As capacidades reflexivas adquiridas na APR garantem a criação de um processo de avaliação endógeno e sustentado na compreensão mútua e na aprendizagem organizacional, o que aumenta consideravelmente a probabilidade de que o processo e os resultados alcançados pela avaliação sejam utilizados de forma adequada tanto no nível técnico como com objetivos de mudança. A reflexividade que se encontra no seio da APR oferece, definitivamente, às organizações do setor da saúde, uma forma interessante de ultrapassar resistências imprevistas à mudança intencional, enfrentando os desafios encontrados usualmente nos contextos organizacionais da APP e da APT.

## **PRÁTICAS ATUANTES DA AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA**

A avaliação participativa é operacionalizada no seio das organizações e comunidades por meio de uma série de práticas que devem ser cuidadosamente adaptadas ao contexto das intervenções avaliadas. A tomada em consideração do contexto é essencial para uma melhor compreensão e aplicação prática dos fundamentos teóricos de avaliação participativa<sup>36,46</sup>.

Pela sua parte, Núñez & Úcar<sup>47</sup> apontam alguns elementos metodológicos necessários na concepção, planejamento e estratégia de gerenciamento em uma avaliação participativa comunitária, tais como o desenvolvimento de parcerias sociais e do plane-

jamento da avaliação, a projeção da avaliação com base nas necessidades, interesses e expectativas dos grupos envolvidos, a gestão da participação das pessoas envolvidas no processo e, finalmente, a flexibilidade metodológica para a implementação da avaliação, em função da diversidade e número de variáveis envolvidas no processo avaliativo, recomendando a utilização de métodos mistos.

Nesta seção, queremos destacar, inicialmente, as possíveis declinações do papel do avaliador durante as diferentes fases do processo de avaliação. O caráter participativo dessa abordagem torna o avaliador um ator adicional da intervenção avaliada. Em seguida, abordaremos alguns dos desafios e contribuições que a avaliação participativa pode trazer ao setor da saúde.

## **PAPEL DO AVALIADOR PARTICIPATIVO**

O papel do avaliador varia de acordo com as concepções da avaliação participativa partilhadas pelos participantes que, por sua vez, estão ligadas à lógica pela utilização dessa abordagem na prática de avaliação. Como cada participante se torna um coavaliador na prática da avaliação participativa, poderíamos considerar o papel do avaliador como um conjunto de funções, aptidões e competências que as partes interessadas devem desenvolver-se a fim de realizar avaliações adequadas<sup>48</sup>. Os vários papéis possíveis que precisam ser desempenhados pelas partes interessadas devem ser desenvolvidos por meio de um processo democrático e colaborativo, levando em consideração suas diversas posições iniciais<sup>10</sup>.

Além disso, o papel do avaliador dependerá também de uma série de características, tais como o grau de envolvimento do avaliador na intervenção avaliada, a amplitude e a profundidade da participação das partes interessadas e as utilizações que elas farão do processo e dos resultados da avaliação. Alguns autores consideram que o papel do avaliador deixa de ser um investigador principal e um observador participante para se tornar responsável pela realização de tarefas relacionadas com o treinamento, o desenvolvimento local, a mudança social, a educação e a criação de espaços de aprendizagem interativos<sup>49,50</sup>.

As orientações acima referidas respondem aos propósitos dos dois tipos clássicos de avaliação participativa – prática e transformadora – e não refletem as funções que os avaliadores assumem em um contexto de complexidade, moldado por múltiplos atores e setores de atividade diferentes. De fato, as atividades de avaliação clássicas criam exigências processuais aos avaliadores às quais eles respondem por intermédio de um número limitado de funções e de competências avaliativas<sup>51</sup>. Sem ignorar as particularidades e contribuições-chave de cada uma das funções e competências descritas anteriormente, consideramos nesta seção que o avaliador pode adotar três categorias

principais de papéis. Dois desses encargos aparecem habitualmente nos escritos – facilitador e catalisador –, enquanto um terceiro – tradutor – surge como papel emergente para os avaliadores participativos, tendo em conta a complexidade das intervenções implementadas no setor da saúde.

### *O avaliador como facilitador*

Encontramos na literatura um conjunto de artigos evocando o papel do avaliador como facilitador que se adapta simultaneamente às diferentes concepções de avaliação participativa das partes interessadas. Alguns autores assinalam que o avaliador ajuda a organizar e a coordenar todas as fases do projeto de avaliação, de modo que o significado e os valores de todos possam ser negociados pelo grupo mediante estratégias de aprendizagem duráveis e comunicativas. O avaliador torna-se, por conseguinte, um facilitador em um processo em que todos estão empenhados em uma mudança intencional por meio de um processo de aprendizagem organizacional<sup>40</sup>.

Bondioli<sup>39</sup> considera a figura do facilitador como um agente que renuncia inteiramente ao papel de avaliador externo para ajudar os participantes a reconstruir uma imagem compartilhada da realidade em que operam. Isso torna possível integrar uma dinâmica coletiva baseada no planeamento estratégico e na melhoria do desempenho. O principal objetivo dessa figura é “promover a partir de dentro” provocando, por meio da reflexão, o empoderamento das partes interessadas. Com o apoio do facilitador, os atores envolvidos comparam e refletem sobre quais aspectos das dimensões avaliadas eles vão desenvolver um plano de melhoria. Esse papel permite ao grupo de partes interessadas negociar e definir com precisão o melhor método avaliativo, justificando as razões dessa escolha e prevendo os efeitos esperados.

Por seu lado, Verwoerd e colaboradores<sup>52</sup> propõem uma abordagem combinada na qual as partes interessadas atuam como facilitadores e avaliadores para conduzir uma pesquisa avaliativa integrada e formativa. Foram identificadas quatro competências no âmbito da pesquisa avaliativa: i) apropriação; ii) abertura e transparência para a identificação de necessidades divergentes; iii) capacidade de resposta a essas necessidades emergentes; e, finalmente, iv) mapeamento das realidades e ambições institucionais.

Alindogan<sup>53</sup> identifica um conjunto de funções e competências dos avaliadores profissionais descritas na literatura. Essas funções são aquelas da figura do facilitador: avaliação e elaboração de relatórios, aconselhamento em matéria de avaliação, reforço da capacidade de avaliação, comunicação e envolvimento, gestão e influência. Contudo, esses autores mostram que a realização de avaliações culturalmente competentes e a utilização da avaliação não recebem qualquer menção nas funções de avaliação clássicas. A

realização de avaliações culturalmente competentes é essencial do ponto de vista da ética e da validade, enquanto a utilização dos resultados das avaliações é importante para o benefício da sociedade. No entanto, de modo geral, pode-se dizer que o papel do facilitador é o de garantir todo o processo avaliativo – o relacionamento com o cliente, o envolvimento dos atores sociais, a coordenação e a animação dos grupos, bem como a função comunicativa e informativa da avaliação. Ele é garantidor da participação, da função dialógica e da democratização dos processos avaliativos.

### *O avaliador como catalisador*

O potencial transformador e emancipatório da avaliação participativa constitui uma das bases fundamentais que definem o papel do avaliador. A transformação das condições sociais de existência das partes interessadas torna-se possível graças a um processo baseado na aprendizagem organizacional<sup>10,25</sup>. Esse tipo de aprendizagem permite o desenvolvimento do pensamento crítico entre os coavaliadores, melhorando a qualidade do processo e a utilização dos resultados da avaliação<sup>14</sup>.

Alguns autores apresentam a avaliação participativa como uma estratégia metodológica social e educativa que privilegia o conhecimento e a experiência das pessoas de cada comunidade onde esses processos são implementados, uma estratégia que visa não só avaliar os programas, mas também gerar a aprendizagem partilhada, estimular pessoas e grupos e permitir a estruturação e a transformação do território<sup>47</sup>. O avaliador torna-se, nesse caso, um catalisador que promove e acompanha os processos de transformação das relações de poder inerentes ao contexto social e político das intervenções avaliadas. De acordo com Brún e colaboradores<sup>34</sup>, as prioridades e as perspectivas das partes interessadas destinam-se a orientar a geração e a coanálise de dados sobre a questão a explorar, atuando o avaliador como catalisador – de mudança –, e não como diretor ou decisor de cima para baixo.

Nesse contexto, o avaliador combina a experiência na avaliação dos expertos acadêmicos com o conhecimento dos membros da comunidade sobre as suas próprias vidas e circunstâncias. Esse processo emancipatório é possível graças à criação de ambientes de aprendizagem<sup>21</sup>, no âmbito dos quais é desenvolvido um conjunto de competências necessárias ao desempenho transformador dos processos de avaliação.

O ambiente de aprendizagem criado pelo avaliador catalisador fornece informação estratégica, permite documentar os resultados da avaliação, torna-se parte orgânica da formação que ajuda os participantes a processar a sua experiência individualmente e em grupo, faz sentido para as partes interessadas, promove atividades de grupo emancipadoras por meio de processos transformadores de aprendi-

dizagem, é suficientemente flexível para acomodar o que são frequentemente contextos sociais e políticos dinâmicos e menos previsíveis e pode ser integrado em complexas situações multidimensionais<sup>45</sup>.

### *O avaliador como tradutor*

Com base na literatura atual, propomos um terceiro papel para o avaliador como tradutor de conhecimento. Inspirando-nos nos fundamentos ontológicos análogos aos da “Teoria do Ator-Rede” – também conhecida como a “Teoria da Tradução”<sup>54,55</sup> –, aventamos ilustrar como a prática da avaliação participativa pode ser organizada na forma de “redes de tradução de conhecimento”, isto é, como uma rede de atores que traduzem diversos conhecimentos e aprendem uns com os outros. A organização do projeto avaliativo em rede é o âmbito ideal para o desenvolvimento de práticas participativas inovadoras. Na prática, essa é uma forma de parceria e de organização colaborativa que combina avaliação, aprendizagem e inovação<sup>56</sup>.

A noção de “tradução” refere-se a um relacionamento constante que sempre envolve uma transformação na organização de uma rede de natureza “sociotécnica”<sup>i</sup> e, portanto, uma inovação dentro dos contextos organizacionais nos quais essa rede está configurada. Consiste em vincular discursos e questões que são, *a priori*, divergentes, e muitas vezes claramente contraditórios, a fim de estabelecer ligações entre atores humanos e não humanos e tornar essa rede inteligível para as partes interessadas<sup>54</sup>.

O avaliador torna-se aqui um tradutor de conhecimento, responsável em última instância pela configuração da rede dinâmica de coprodução de conhecimento e de aprendizagem coletiva. Esse papel envolve geralmente o gerenciamento de controvérsias, o que ajuda a identificar o posicionamento dos atores enquanto se constrói vínculos intersetoriais estáveis<sup>48</sup>. Como resultado, o conhecimento produzido e compartilhado resulta de uma série de traduções que também revelam novas redes nas quais elas fazem sentido e são usadas. Esse conhecimento híbrido é produzido e difundido por sucessivas traduções, cuja certeza sempre pode ser questionada pelo surgimento de controvérsias e gera mudanças significativas. De fato, a controvérsia sempre precede o surgimento de uma inovação<sup>57</sup>.

Mesmo que a avaliação participativa não seja uma panaceia<sup>16,30</sup>, o envolvimento das partes interessadas no projeto de avaliação apresenta várias perspectivas interessantes, particularmente quando se trata de traduzir múltiplos interesses na realização

---

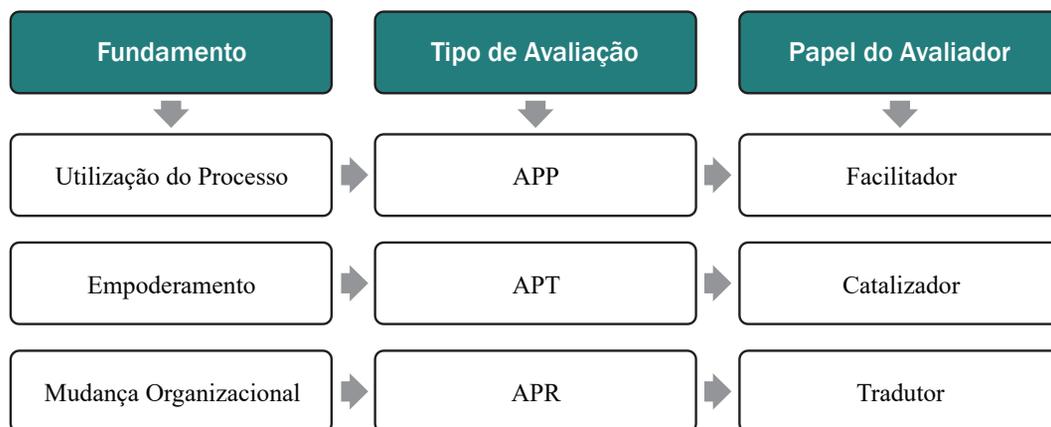
i. Segundo o Centro de Sociologia da Inovação (CSI) da Escola de Minas de Paris, apenas o entrelaçamento das complexas relações que se formam entre os diferentes atores humanos e não humanos permite compreender a forma assumida pelos projetos de ação coletiva. Nesse contexto de complexidade social, produzir uma inovação é implantar a rede de relacionamentos que constituem tanto o objeto de pesquisa quanto seu contexto.

de um projeto de ação coletiva. Baseia-se em uma certa concepção da governança territorial, no papel do avaliador como tradutor de conhecimento e pressupõe a criação de condições institucionais favoráveis à participação social nos desafios das sociedades contemporâneas<sup>48</sup>.

Nesse contexto, o avaliador traduz um discurso conciliador entre a validade científica e a responsabilidade social da prática avaliativa. A tradução, nesse caso, permite, por um lado, alinhar diferentes lógicas de múltiplos atores e setores de intervenção e, por outro, favorece a criação de alianças e acordos entre as partes interessadas. O papel do avaliador como tradutor de conhecimento é um eixo fundamental no planejamento estratégico e na implementação de novos projetos de ação coletiva no campo da saúde pública e da promoção da saúde<sup>58</sup>.

A Figura 1 sintetiza a relação entre os fundamentos e os tipos de avaliação participativa descritos, com o papel do avaliador. Essa matriz permite a apreciação da participação em avaliações participativas.

Figura 1. Relação entre o fundamento, o tipo de avaliação participativa e o papel do avaliador



Fonte: elaboração própria.

## DESAFIOS E CONTRIBUIÇÕES DA AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA NO SETOR SAÚDE

Argumenta-se aqui que, apesar das diferentes razões para as abordagens participativas da avaliação, as principais correntes desenvolvidas para a sua concepção – APP, APT e APR – poderiam, na prática, estar intimamente ligadas. As três correntes estimulam um

processo de produção coletiva de conhecimento por meio de ações comunicativas e parcerias de apoio. No entanto, do nosso ponto de vista, uma polarização para qualquer dessas abordagens pode implicar o desenvolvimento de situações litigiosas em que as qualidades promissoras da avaliação participativa serão comprometidas.

Em primeiro lugar, limitar a lógica da escolha de um método participativo a considerações técnicas de avaliação – como no caso da APP – pode eliminar muito do seu potencial de aprendizagem organizacional e transformação social<sup>59</sup>. Certamente, a aplicação de um critério rigoroso de utilidade no processo de avaliação coloca um conjunto de problemas. A abordagem utilitária tende a aceitar a participação apenas quando esta produz efeitos valiosos para a organização.

A participação poderia, portanto, tornar-se um mecanismo de controle sobre as partes interessadas mediante estratégias de gestão<sup>60</sup>. Esse fato prejudica claramente um dos princípios da dignidade humana e da emancipação social. Por conseguinte, se adotada isoladamente, essa abordagem corre o risco de contribuir para um imperativo instrumental de participação<sup>61</sup>, em que o benefício da organização prevalece sobre os interesses dos grupos. Além disso, os avaliadores práticos tendem a trabalhar em parceria apenas com as partes interessadas próximas que supostamente utilizam os resultados da avaliação ou as recomendações emergentes. Esse fato “pode conduzir à exclusão de importantes grupos de partes interessadas e fontes de conhecimento” e “tratar a participação como um meio para justificar o processo de avaliação e assegurar a aceitação das suas conclusões”<sup>16(p.183)</sup>.

Por outro lado, concentrar a lógica da escolha de uma abordagem avaliativa aos princípios abstratos, não mensuráveis de justiça e equidade – como no caso da APT – em nome de um setor específico da organização – as partes interessadas com menos poder – pode ser um obstáculo à conclusão adequada do projeto de avaliação. Existe, por certo, um sentimento crescente nas organizações modernas de que os acordos dirigidos única ou principalmente para a melhoria das condições dos grupos desfavorecidos podem produzir resultados injustos para os outros grupos das organizações, especialmente aquelas que não contribuíram, de fato, para a injustiça social<sup>44</sup>.

Entre os desafios apontados por Chi e colaboradores<sup>35</sup>, estão a definição de comunidade e os métodos utilizados para operacionalizar as preferências das partes interessadas. A avaliação de poder também é um desafio, contudo de suma relevância para avaliar quais vozes são, na prática, genuínas na representação da comunidade. Nesse sentido, o foco da APT sobre grupos desfavorecidos de partes interessadas poderia também representar uma fonte de estigmatização, uma vez

que as instituições desenvolvem tradicionalmente um conjunto de programas, projetos ou políticas centrando-se nesses grupos, pressupondo que estes são vulneráveis ou conflituosos.

Além disso, o enfoque exclusivo da prática avaliativa na lógica do empoderamento, mesmo que supostamente consiga progredir os interesses e as condições sociais de grupos historicamente desfavorecidos, pode produzir resultados que são prejudiciais à missão da organização<sup>62</sup>. Os grupos-alvo podem fazer ouvir a sua voz dentro do projeto de avaliação, enfatizando as suas próprias virtudes e negligenciando a importância de construir uma rede sustentável de ações comunicativas e de parcerias de apoio ao nível organizacional.

De forma complementar, a APR posiciona-se como um vínculo catalítico entre a APP e a APT, criando um espaço de questionamento crítico em que as partes interessadas podem contrariar os efeitos perversos dos dois tipos tradicionais de avaliação participativa. Bondioli<sup>39</sup> assinala que a avaliação demanda práticas reflexivas individuais e coletivas. A aquisição e a troca de conhecimento, o confronto construtivo de pontos de vista diferentes, o hábito de negociar argumentos e de examinar a realidade e a capacidade de cooperar são alguns dos aspectos do efeito de aprendizagem que se pretende induzir por meio do processo reflexivo da avaliação participativa<sup>42</sup>. Os participantes se enriquecem globalmente, partilhando conhecimento tácito e ganhando capacidade de agir de maneira intencional, além de competências profissionais<sup>40</sup>.

Poderíamos argumentar aqui que a APR pode ser considerada uma prática de aprendizagem – individual e coletiva – que facilita o desenvolvimento de um processo holístico de mudança da cultura avaliativa. Por intermédio do questionamento crítico inerente às práticas reflexivas da avaliação participativa, o grupo de atores envolvidos nos processos avaliativos cria uma dinâmica de ação coletiva transformadora<sup>10,14,25</sup>. Contudo, a integração de práticas reflexivas no âmbito de uma avaliação participativa contribui para uma série de transformações complexas no setor da saúde, que se manifestam em níveis sociais diferentes:

Nesse contexto, o caráter democrático da avaliação participativa, assim como a distribuição de informações e decisões que a participação favorece, permite a criação de um espaço reflexivo de corresponsabilidade entre as partes interessadas das intervenções de saúde avaliadas<sup>40,42</sup>. Essa visão, baseada nos princípios da responsabilidade social, injeta nos sistemas de saúde uma orientação multidimensional que respeita simultaneamente seus valores sociais, éticos e econômicos, e não apenas os aspectos clínicos e sanitários dos planos de saúde. Essa responsabilidade social se traduz em comportamentos transparentes e éticos que contribuem para o desenvolvimento sustentável dos territórios, incluindo a saúde pública

e o bem-estar da sociedade<sup>35</sup>. Ela permite também levar em conta as expectativas das partes interessadas, cumprir as leis aplicáveis e ser consistente com as estratégias internacionais de saúde pública e promoção da saúde bem, como com a Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU) para o Desenvolvimento Sustentável<sup>ii</sup>.

## CONCLUSÃO

Embora a dinâmica colaborativa da avaliação participativa seja normalmente aplicada em contextos organizacionais controlados e bem definidos, as crises ecológicas globais, os problemas sociais e as falhas de governança aumentam a necessidade do avaliador de tomar medidas para fomentar mudanças sistêmicas e sustentáveis no âmbito social e territorial da intervenção avaliada. Alguns autores<sup>63</sup> sugerem que o pensamento sistêmico oferece o potencial para enriquecer as práticas de avaliação participativa de formas importantes. De acordo com Miller<sup>64</sup>, o pensamento sistêmico exige que os avaliadores evitem trabalhar com base em uma perspectiva única. O autor caracteriza o pensamento sistêmico como antídoto para o reducionismo e dogmatismo na resolução de problemas sociais.

Essa perspectiva sistêmica e holística leva o campo da avaliação participativa a desenvolver novas práticas avaliativas nos setores da saúde pública. A natureza colaborativa e intersetorial das práticas participativas leva o avaliador para fora de sua zona de conforto e o faz aprender competências focadas nas relações interpessoais e nas dinâmicas organizacionais, sempre situadas em um contexto multidimensional complexo. Uma atualização do papel do avaliador é essencial<sup>59</sup>. Nesse sentido, o papel do avaliador como tradutor de conhecimento possibilita a criação de uma rede intersetorial de coprodução de conhecimento e aprendizagem coletiva. Nos espaços intersetoriais criados pela avaliação participativa, alinham-se várias lógicas de ação diferentes, muitas vezes contraditórias, e são encontrados pontos obrigatórios que levam à coconstrução de um projeto avaliativo de interesse coletivo.

Em conclusão, sublinhamos que a natureza transformadora do papel do tradutor leva o avaliador a conhecer melhor a gestão de inovações<sup>48</sup>. No caso da avaliação participativa, essas inovações não são tecnológicas, mas gerenciais e sociais. A inteligência coletiva, o *crowdsourcing*<sup>iii</sup> e a inovação aberta são eixos de pesquisa interessantes em relação às novas práticas avaliativas, especialmente no setor complexo e incerto da saúde pública. Uma cultura de inovação bem estabelecida não é evidente, dadas as muitas

---

ii. Em 2015, a ONU adotou a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, uma oportunidade para os países e a suas respectivas sociedades enveredarem por uma nova via para melhorar a vida de todos, não deixando ninguém para trás. A Agenda tem 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que incluem desde a eliminação da pobreza até o combate às alterações climáticas, educação, saúde pública e bem-estar para todos, igualdade de gênero e concepção das nossas cidades.

iii. Produção participativa, externalização aberta ou *crowdsourcing* é a utilização da criatividade, inteligência e *know-how* de um grande número de pessoas, em regime de subcontratação, para realizar determinadas tarefas tradicionalmente desempenhadas por um empregado ou um contratante.

fontes de resistência à mudança que a avaliação produz entre as partes interessadas<sup>10</sup>, mas ela é possível se o avaliador identificar com sucesso os atores envolvidos e se ele “traduz” o conjunto de interesses e as estratégias desses atores no âmbito das intervenções do setor da saúde.

## **Agradecimentos**

Agradecemos aos organizadores deste livro a oportunidade de homenagear, com este capítulo, nossa querida Zulmira Hartz, que com seu entusiasmo e verdade ilumina nossos caminhos na seara da avaliação em saúde.

## **Referências**

1. Rollins L, Zellner Lawrence T, Henry Akintobi T, Hopkins J, Banerjee A, De La Rosa M. A Participatory Evaluation Framework for the Implementation of a Transdisciplinary Center for Health Disparities Research. *Ethn Dis.* 2019;29(Suppl 2):385-92.
2. Guba EG, Lincoln YS. Fourth generation evaluation. Newbury Park, Calif: Sage Publications; 1989. 294 p.
3. Moore G, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Cooper C, et al. Process evaluation in complex public health intervention studies: the need for guidance. *J Epidemiol Community Health.* 2014;68(2):101-2.
4. Stake RE. Standards-Based and Responsive Evaluation. SAGE Publications; 2003. 369 p.
5. Murray E, May C, Mair F. Development and formative evaluation of the e-Health Implementation Toolkit (e-HIT). *BMC Med Inform Decis Mak.* 2010;10(1):61.
6. Fetterman DM. Empowerment Evaluation. In: Wright JD, organizador. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences (Second Edition)* [Internet]. Oxford: Elsevier; 2015 [cited 2019 Jul 1]. p. 577-83. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780080970868105720>
7. Brisolara S. The history of participatory evaluation and current debates in the field. *New Dir Eval.* 1998;1998(80):25-41.
8. Cousins JB, Whitmore E. Framing participatory evaluation. *New Dir Eval.* 1998;1998(80):5-23.
9. Garaway GB. Participatory evaluation. *Studies in Educational Evaluation.* 1995;21(1):85-102.
10. Suarez-Herrera JC, Springett J, Kagan C. Critical Connections between Participatory Evaluation, Organizational Learning and Intentional Change in Pluralistic Organizations. *Evaluation.* 2009;15(3):321-42.

11. Patton MQ. Discovering process use. *Evaluation*. 1998;4(2):225-33.
12. Patton MQ. *Utilization-Focused Evaluation*. 4th Revised edition. Thousand Oaks: SAGE Publications Inc; 2008. 688 p.
13. Preskill H, Zuckerman B, Matthews B. An Exploratory Study of Process Use: Findings and Implications for Future Research. *Am J Eval*. 2003;24(4):423-42.
14. Worthen M, Veale A, McKay S, Wessells M. The transformative and emancipatory potential of participatory evaluation: reflections from a participatory action research study with war-affected young mothers. *Oxf Dev Stud*. 2019;47(2):154-70.
15. Forss K, Rebien CC, Carlsson J. Process Use of Evaluations: Types of Use that Precede Lessons Learned and Feedback. *Evaluation*. 2002;8(1):29-45.
16. Gregory A. Problematizing Participation: A Critical Review of Approaches to Participation in Evaluation Theory. *Evaluation*. 2000;6(2):179-99.
17. Springett J, Wallerstein N. Issues in participatory evaluation. *Community-Based Participatory Research for Health: From Process to Outcomes*. 2008;199-220.
18. Diez MA, Izquierdo B, Malagón E. Increasing the Use of Evaluation Through Participation: The experience of a rural sustainable development plan evaluation. *Environ Policy Gov*. 2016;26(5):366–76.
19. Patton MQ. Empowerment evaluation: Exemplary is its openness to dialogue, reflective practice, and process use. *Eval Program Plann*. 2017;63:139-40.
20. Shi J, Lee C-H, Guo X, Zhu Z. Constructing an integrated stakeholder-based participatory policy evaluation model for urban traffic restriction. *Technol Forecast Soc Change*. 2020;151:119839.
21. Preskill H. Evaluation's Second Act: A Spotlight on Learning. *Am J Eval*. 2008;29(2):127-38.
22. Chouinard JA, Bourgeois I, Amo C. *Growing the Knowledge Base in Evaluation: The Contributions of J. Bradley Cousins*. Charlotte, NC: Information Age Publishing; 2019.
23. Chouinard JA, Cousins J. Participatory evaluation for development: Examining research-based knowledge from within the African context. *African Evaluation J*. 2013;1.
24. Chouinard JA. The Case for Participatory Evaluation in an Era of Accountability. *Am J Eval*. 2013;34(2):237-53.
25. Cooper S. Transformative evaluation: organizational learning through participative practice. *Learn Organ*. 2014;21(2):146-57.
26. Springett J. Integrating values Research and Knowledge Development Through the Use of

Participatory Evaluation in Community Based Health Promotion. *Estudios sobre las Culturas Contemporaneas*. 2010;16.

27. Smith ML. Social capital and intentional change: Exploring the role of social networks on individual change efforts. Boyatzis R, organizador. *J Manag Dev*. 2006;25(7):718-31.

28. Rațiu L, Chirică S, Rus CL. Participatory Evaluation: An Intended Catalyst to Learning within University. *Procedia Soc Behav Sci*. 2014;142:140-5.

29. Chouinard JA, Cousins JB. The journey from rhetoric to reality: participatory evaluation in a development context. *Educ Asse Eval Acc*. 2015;27(1):5-39.

30. Plottu B, Plottu É. Contraintes et vertus de l'évaluation participative. *Rev Francaise de Gest*. 2009;n° 192(2):31-58.

31. Andrews AB. Start at the end: empowerment evaluation product planning. *Eval Program Plann*. 2004;27(3):275-85.

32. Weaver L, Cousins JB. Unpacking the participatory process. *J Multidiscip Healthc*. 2004;1:19-40.

33. Castelnovo W, Misuraca G, Savoldelli A. Smart Cities Governance: The Need for a Holistic Approach to Assessing Urban Participatory Policy Making. *Soc Sci Comput Rev*. 2016;34(6):724-39.

34. Brún MO, Brún T, O'Donnell CA, Papadakaki M, Saridakis A, Lionis C, et al. Material practices for meaningful engagement: An analysis of participatory learning and action research techniques for data generation and analysis in a health research partnership. *Health Expect*. 2018;21(1):159-70.

35. Chi C, Tuepker A, Schoon R, Mondaca AN. Critical evaluation of international health programs: Reframing global health and evaluation. *Int J Health Plan Manag*. 2018;33(2):511-23.

36. Chouinard JA, Milley P. Mapping the spatial dimensions of participatory practice: A discussion of context in evaluation. *Eval Program Plann*. 2016;54:1-10.

37. Datta L. Politics and Evaluation: More Than Methodology. *Am J Eval*. 2011;32(2):273-94.

38. Springett J. Impact in participatory health research: what can we learn from research on participatory evaluation? *Educ Action Res*. 2017;25(4):560-74.

39. Bondioli A. Promover a partir do interior: o papel do facilitador no apoio a formas dialógicas e reflexivas de auto-avaliação. *Educ Pesqui*. 2015;41:1327-38.

40. van Draanen J. Introducing Reflexivity to Evaluation Practice: An In-Depth Case Study. *Am J Eval*. 2017;38(3):360-75.

41. Fetterman DM. Transformative Empowerment Evaluation and Freirean Pedagogy: Alignment With an Emancipatory Tradition. *New Dir Eval*. 2017;2017(155):111-26.

42. Cooper S. Putting collective reflective dialogue at the heart of the evaluation process. *Reflective Pract.* 2014;15(5):563-78.
43. Mertens DM, Wilson AT. *Program Evaluation Theory and Practice, Second Edition.* Guilford Publications; 2018. 641 p.
44. Fetterman DM, Rodríguez-Campos L, Zukoski AP, Contributors and. *Collaborative, Participatory, and Empowerment Evaluation: Stakeholder Involvement Approaches.* Guilford Publications; 2017. 185 p.
45. Curran L, Taylor-Barnett P. Evaluating projects in multifaceted and marginalised communities: The need for mixed approaches. *Eval J Australas.* 2019;19(1):22-38.
46. Stack R, Leal N, Stamp S, Reveruzzi B, Middlin K, Lennon A. Complex evaluations in the political context: Engaging stakeholders in evaluation design. *Eval J Australas.* 2018;18(2):122-31.
47. Núñez H, Úcar X. Participatory Evaluation of Community actions as social and educational intervention strategy. Theoretical and methodological contributions. *Pedagogy theory & praxis.* 2013;44-55.
48. Suarez-Herrera JC, Champagne F, Contandriopoulos A-P. Novas práticas em avaliação participativa: lições de uma pesquisa avaliativa sobre os conselhos de saúde no Brasil e em Espanha. *An Inst Hig Med Trop.* 2019;99-108.
49. Ensminger DC, Kallemeyn LM, Rempert T, Wade J, Polanin M. Case study of an evaluation coaching model: Exploring the role of the evaluator. *Eval Program Plann.* 2015;49:124-36.
50. Baldwin CK, Lander R. Developmental Evaluator Functional Role Activities and Programmatic Developments: A Case Study Analysis. *Am J Eval.* 2019;40(1):35-54.
51. Skolits GJ, Morrow JA, Burr EM. Reconceptualizing Evaluator Roles. *Am J Eval.* 2009;30(3):275-95.
52. Verwoerd L, Klaassen P, van Veen SC, De Wildt-Liesveld R, Regeer BJ. Combining the roles of evaluator and facilitator: Assessing societal impacts of transdisciplinary research while building capacities to improve its quality. *Environ Sci Policy.* 2020;103:32-40.
53. Alindogan MA. Evaluation competencies and functions in advertised evaluation roles in Australia. *Eval J Australas.* 2019;19(2):88-100.
54. Callon M. Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques dans la Baie de Saint-Brieuc. *L'Année sociologique.* 1986;(36):169-208.
55. Latour B. *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory.* OUP Oxford; 2005. 312 p.

56. Callon M, Ferrary M. Les réseaux sociaux à l'aune de la théorie de l'acteur-réseau. *Sociologies pratiques*. 2006;(13):37-44.
57. Callon M, Latour B, Akrich M. *Sociologie de la traduction: Textes fondateurs*. Presses des Mines via OpenEdition; 2013. 309 p.
58. Suarez-Herrera JC, Blain M-J. *La recherche en santé mondiale : perspectives socio-anthropologiques*. Montréal (Québec, Canada): Cahiers scientifiques de l'ACFAS; 2012. 276 p.
59. Themessl-Huber MT, Grutsch MA. The Shifting Locus of Control in Participatory Evaluations. *Evaluation*. 2003;9(1):92-111.
60. Taylor D. Governing Through Evidence: Participation and Power in Policy Evaluation. *J Soc Policy*. outubro de 2005;34(4):601-18.
61. Cooke B, Kothari U. *Participation: the New Tyranny?* Zed Books; 2001. 228 p.
62. Zajac G, Bruhn JG. The Moral Context of Participation in Planned Organizational Change and Learning. *Adm Soc*. 1999;30(6):706-33.
63. Patton MQ. Expanding Futuring Foresight through Evaluative Thinking. *World Futures Review*. 2019;11(4):296-307.
64. Miller RL. On Messes, Systems Thinking, and Evaluation: A Response to Patton. *Am J Eval*. 2016;37(2):266-9.

## CAPÍTULO 4

---

# CONTRIBUTO DA AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA EM SAÚDE NA CONSTRUÇÃO DO MODELO LÓGICO – O EXEMPLO À COVID-19 EM UM CONCELHO EM PORTUGAL

---

*Contribution of Collaborative Health Assessment in the Construction of the  
Logical Model – the example to Covid-19 in a municipality in Portugal*

**Dora Vaz<sup>1</sup>**  
**Isabel Craveiro<sup>2</sup>**

*1. Vaz, D. MPH, MD, Assistente Graduada de Saúde Pública, Agrupamento de Centros de Saúde, ACES, da Amadora, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, ARSLVT, Rua Manuel Marques, nº10-12B, 1750-171, Lisboa, Portugal. Contacto telefónico, +351 918420409 – E-mail: dora.vaz@arslvt.min-saude.pt*

*2. Craveiro, I. Global Health and Tropical Medicine, GHMT, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT, Universidade Nova de Lisboa, UNL, Rua da Junqueira 100, 1349-008 Lisboa, Portugal*

## Resumo

O modelo de avaliação participativa no concelho da Amadora permitiu desenvolver e adequar o modelo lógico que alicerçou a intervenção, desenhada para diminuir a transmissão da infecção por SARS-CoV-2, e a carga de doença na comunidade. A utilização da avaliação participativa no processo de planeamento e na avaliação das atividades revelou-se um contributo para melhorar a intervenção e aumentar a satisfação da população beneficiária (utentes). Foram identificadas duas componentes do modelo lógico, prevenção e controle da infecção, bem como diagnóstico precoce, que resultaram em seis produtos com indicadores de atividade e resultado aceites pelos parceiros. A partilha de resultados permitiu uma otimização de recursos humanos e financeiros, a adequação do modelo lógico para uma resposta integrada à pandemia. A monitorização dos indicadores conduziu à identificação de fatores externos que, por interferirem nos resultados, foram alvo de ações corretivas, contribuindo para o ajuste da intervenção aos resultados esperados. A recolha de perguntas avaliativas dos utentes e outros organismos do concelho aumentou o sentido de responsabilidade das equipas de trabalho, melhorou a seu desempenho, o processo de encadeamento das ações em cada componente e contribuiu para uma melhor comunicação da mensagem.

**Palavras-chave:** COVID-19. Avaliação participativa. Modelo lógico. Teoria da mudança. Planeamento em saúde.

## Abstract

The collaborative evaluation model was used to adjust and continuously develop the logical model that underpinned the intervention designed in the municipality of Amadora to reduce the transmission of infection by SARS-CoV-2, and the burden of disease in the community. The use of a collaborative evaluation in the planning process, and in the evaluation of activities, proved to be a contribution to improve the intervention and increase user satisfaction. The two components of the logical model identified, infection prevention and control, and early diagnosis, resulted in six products with activity and result indicators, were accepted by the partners. The result sharing allowed for the optimization of human and financial resources, the adaptation of the logical model for an integrated response to the COVID-19 pandemic. The monitoring of indicators led to the identification of external factors that interfered with the results and, as such, were targeted of corrective actions, contributing to the adjustment of the intervention to the expected results. The evaluative responses from users and other bodies in the municipality increased the sense of

responsibility of the team's work, improved their performance, the process of linking actions in each component and contributed to improve communication of prevention messages..

**Keywords:** COVID-19. Collaborative evaluation. Logic model. Theory of change. Health planning.

## **Résumé**

Le modèle d'évaluation participative dans la municipalité d'Amadora a permis le développement et l'ajustement du modèle logique qui a soutenu l'intervention engendrée pour réduire la transmission de l'infection par le SRAS-CoV-2 et l'impact de la maladie dans la communauté. Il a été démontré que l'utilisation de l'évaluation participative dans le processus de planification et dans l'évaluation des activités améliore l'efficacité de l'intervention et agrandis la satisfaction des utilisateurs. Deux composantes du modèle logique de prévention et de contrôle des infections et de diagnostic précoce ont été identifiées, ce qui a donné lieu à six produits avec des indicateurs d'activité et de résultats acceptés par les partenaires. Le partage des résultats a permis l'optimisation des ressources humaines et financières, l'adéquation du modèle logique pour une réponse intégrée à la pandémie. La surveillance des indicateurs a conduit à l'identification de facteurs externes qui interférerez dans les résultats, qui a été objet de actions correctives contribuant à l'ajustement de l'intervention aux objectifs attendus. La collecte de questions évaluatives ao utilisateurs et ao instance municipalité a accru le sens des responsabilités des équipes de travail pour améliorer leur performance, le processus d'enchaînement des actions dans chaque composante a contribué à une meilleure communication du message.

**Mots-clés:** COVID-19. Évaluation participative. Modèle logique. Théorie du changement. Planification de la santé.

## **INTRODUÇÃO – O Estado de Prontidão ante a Pandemia de Covid-19 no Concelho da Amadora**

Em 30 de janeiro de 2020, o Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde declarou a doença por novo coronavírus como uma Emergência de Saúde Pública de âmbito Internacional.

O concelho da Amadora faz parte da área metropolitana de Lisboa, tem 175.136 habitantes e é o mais denso do país com 7.363 habitantes/km<sup>2</sup>; caracterizado por uma elevada mobilidade com 32,8% da população residente a deslocar-se diariamente para trabalhar fora do concelho, 10% da população estrangeira, 27,4% de famílias unipessoais, principalmente idosas sozinhas; uma proporção de 17,6% de habitações sobrelotadas, e uma taxa de analfabetismo de 5,6% entre os mais altos da região<sup>1</sup>. Essas características representam condições que favorecem a transmissão do SARS-CoV-2.

A magnitude e a abrangência desta pandemia impuseram que, no dia 19 de março 2020, ao abrigo do Decreto do Presidente da República, fosse declarado o estado de emergência por sete vezes, intervalado apenas por uma declaração de estado de calamidade entre 31 de outubro e 19 de novembro 2020<sup>2</sup>. No setor da saúde, os serviços nos cuidados primários e hospitalares foram redirecionados para o atendimento de doentes covid-19 de modo a diminuir o excesso de mortalidade projetada, e as estratégias ajustadas a níveis de alerta e reposta de acordo com a evolução pandêmica no país<sup>3</sup>.

Em Portugal, a liderança e a coordenação das ações de preparação e resposta perante situações de emergência em saúde, como a da covid-19, são integradas hierarquicamente no poder da Autoridade de Saúde (AS), cujo comando e controle são da AS nacional, representado pela Direção-Geral da Saúde (DGS), em articulação com as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e as Regiões Autónomas (RA) de acordo com o Decreto-Lei n.º 135/2013, de 4 de outubro, os quais gerem e atualizam os planos de contingência no país.

A fragilidade dos serviços nos cuidados primários de saúde foi evidente, quando, em março de 2020, teve que confrontar a crise pandêmica; a equipe da unidade de saúde pública iniciou ações de preparação e resposta perante essa ameaça, integrando ações de divulgação, de capacitação e treino específico a profissionais da saúde e membros de outros parceiros que voluntariamente se juntaram para lidar com a pandemia.

Realizado um diagnóstico da magnitude epidêmica no concelho e identificados os seus principais determinantes centrados no indivíduo e seu contexto social e económico, era necessária uma intervenção multifacetada integrando os diferentes níveis de prevenção de saúde e respostas nas áreas sociais, económicas e de segurança. O estado da pandemia obrigou à reunião de todos os parceiros, para uma reflexão e definição das atividades que permitissem dar resposta aos efeitos da pandemia nas empresas e nas famílias.

O modelo de intervenção deve espelhar a articulação das atividades nas diferentes componentes, e permitir que os parceiros percebam a relação entre os resultados obtidos e o êxito no seu desempenho. Os resultados devem ser medidos por meio de

indicadores de fácil interpretação e comparáveis em nível regional e nacional. O modelo de intervenção deve ser dinâmico, facilmente adaptável à evolução da pandemia, integrando os conhecimentos científicos disponíveis em cada momento evolutivo, e flexível para se ajustar às estratégias recomendadas pelas instituições científicas nacionais e internacionais<sup>4</sup>. Desconhecendo qual a fonte da infecção, e se permanece ativa, mas confirmado que a transmissão do novo coronavírus SARS-CoV-2 acontece por meio de gotículas de pessoa a pessoa, é preconizadas uma importante estratégia, o “*Test-Track-Trace-Isolate*”<sup>5</sup>.

O Plano de Vacinação contra a covid-19 teve início em dezembro 2020, com valores de universalidade, gratuidade, aceitabilidade e exequibilidade, com o objetivo de salvar vidas, por meio da redução da mortalidade e dos internamentos e da redução dos surtos, sobretudo nas populações mais vulneráveis<sup>6</sup>. Embora a disponibilização de vacinas para a covid-19 tenha acontecido nos primeiros meses de 2021, a imprevisibilidade no fornecimento de vacinas desse importante marco não permitiu a sua inclusão no modelo lógico de 2020. A implementação do plano de vacinação altera radicalmente os efeitos previsto no modelo, pelo que não é abordada neste trabalho.

O aparecimento das novas variantes (*variant of Concern-VOC*), importantes pela sua capacidade de disseminar, está descrito em um momento temporal posterior ao período dessa intervenção, por isso não influencia o modelo lógico apresentado<sup>7</sup>, muito embora tragam novos desafios na resposta à pandemia.

Neste capítulo, apresentamos o processo de ajuste e adequação do modelo lógico da intervenção “Resposta à Pandemia Covid-19 na Amadora” às alterações evolutivas das necessidades da população da Amadora, ocorridas durante a fase de implementação da intervenção, com base no método de avaliação participativa.

## **Revisão teórica**

A aplicação do modelo lógico, considerado um instrumento que explica a teoria do programa ou intervenção, resulta em um processo que facilita o planeamento, a comunicação do que se pretende atingir com a intervenção proposta e o encadeamento das ações ou atividades previstas nas componentes para a obtenção dos resultados esperados<sup>8</sup>. O modelo lógico pode servir de base para uma comunicação convincente do desempenho esperado, enfatizando o problema como objeto da intervenção, e o processo de desenvolvimento das atividades para que se atinjam os objetivos<sup>9</sup>. Após a caracterização do problema que é objeto da intervenção, a primeira componente do modelo lógico é a identificação dos insumos ou recursos necessários para desenvolver as atividades planeadas. A segunda componente integra as ações ou atividades a de-

envolver para a obtenção dos resultados desejados, contribuindo para os indicadores de atividade ou processo. A terceira componente do modelo lógico diz respeito aos produtos (ou resultados diretos resultantes das atividades desenvolvidas), eles podem ser descritos em valores quantitativos ou qualitativos, e traduzem o alcance obtido pelos serviços ou atividades desenvolvidas

Os pressupostos subjacentes aos recursos é que eles são adequados, em número e qualidade, para as ações a desenvolver, de modo a atingir os resultados esperados, e são frequentemente referidos com teoria do programa<sup>9</sup>. As hipóteses formuladas devem respeitar os pressupostos e serem adequadas aos beneficiários, ou população-alvo que se pretende servir<sup>10</sup>. A quarta e última componente do modelo lógico são os resultados intermédios e finais ou de impacto; estes apresentam-se como as alterações de atitudes, comportamentos, ou modificação do tipo ou nível de funcionamento obtido ou resultante (configuram uma alteração de resultado) das etapas anteriores. Por isso, podem ser expressas em uma alteração da intervenção, seja em nível de um comportamento individual, ou na distribuição de casos, representado pela inversão de uma curva de incidência. Muitos autores denominam de teoria de mudança (*change theory*)<sup>11</sup> ao modelo que inclui as alterações aos valores esperados. Muitas organizações têm recorrido ao uso do modelo lógico para desenhar e explicar o processo avaliativo de intervenções governamentais<sup>12</sup>.

Por intermédio da teoria de programa (*programe theory*)<sup>13</sup>, é explicado como é que a intervenção (que pode ter dimensão e natureza diversa, por exemplo, projeto, programa, ou uma estratégia) vai contribuir para a obtenção dos sucessivos resultados e produzir os impactos planeados. É a forma racional de reunir evidências existentes incluídas na intervenção. É mediante o esclarecimento dos pontos de discórdia ou concordância, encontrados na implementação da intervenção, que ficam explicitados os pontos de lacunas nas evidências<sup>10</sup>. A teoria do programa é utilizada para a monitorização e avaliação de processo, que estará refletida no modelo avaliativo, explicado posteriormente.

O modelo lógico tem sido usado em muitas organizações, para desenhar e explicar o processo avaliativo de intervenções governamentais; deve ser iniciado por uma análise da teoria do programa de modo a identificar lacunas no desenho do modelo lógico, e interferir no desenvolvimento e desempenho do modelo<sup>13</sup>. Como, muitas vezes, não é aferida a qualidade da teoria, isto é, verificar se a intervenção está bem desenhada, logicamente encadeada para o alcance dos resultados esperados, o modelo não é visto como um instrumento promissor. Para a aferição da qualidade da teoria, é necessária uma explícita descrição das ideias, uma boa caracterização das hipóteses e dos resultados esperados<sup>14</sup>. A verdade é que poucas são as situações em que a teoria é explicitada de for-

ma detalhada nos documentos oficiais de intervenções governamentais<sup>14</sup>. Essa dimensão torna-se mais crítica quando o problema é pouco conhecido, como acontece na pandemia de covid-19, o que dificulta uma análise adequada das intervenções desenvolvidas.

A avaliação é uma etapa metodológica do processo do planeamento e uma exigência das agências financiadoras, dos gestores e dos decisores. O resultado de uma avaliação permite gerar informação para a melhoria da intervenção em causa, e projetar novas ações e/ou programas<sup>15</sup>. Os relatórios provenientes de uma avaliação permitem tecer considerações sobre a cobertura, o acesso, ou a equidade, bem como a qualidade técnica, a efetividade ou a eficiência e a percepção dos utilizadores nos programas de saúde. Infelizmente, muitas avaliações não são utilizadas pelos decisores<sup>16</sup>; nomeadamente porque existe uma utilização de modelos de avaliação inadequados; porque os decisores não se reveem nos resultados encontrados; a avaliação não está disponível na altura das decisões; e na saúde, a avaliação funciona como uma caixa vazia (“*black box evaluations*”), que não advém de um processo lógico, e não é sensível aos contextos políticos e organizacionais, deixando de fora as explicações entre a intervenção desenvolvida e a intervenção planeada<sup>17</sup>.

Embora o processo avaliativo previsto para essa intervenção envolva três métodos que se descrevem sumariamente a título informativo, o método da avaliação participativa, objeto deste capítulo, será detalhado no ponto 3:

1. A avaliação normativa foi realizada no início das atividades, de modo a avaliar a conformidade imposta pela norma, e as condições para a sua implementação. Por vezes, foi necessário realizar nova auditoria, sempre que se verificaram resultados não esperados<sup>18</sup>. No nosso caso, o grau de cumprimento do articulado normativo emanado pela DGS foi aferido por observação direta para verificação de conformidades, por meio de um modelo de auditoria. Foi realizado mediante uma amostra em um estudo observacional, descritivo transversal.
2. Uma pesquisa avaliativa, a realizar no final da intervenção, permitirá avaliar o modelo de gestão da intervenção, o seu sistema organizativo, a articulação e a comunicação entre parceiros. A estrutura global da análise integra as principais componentes da intervenção, e inclui a adequação da estratégia preconizada e os recursos disponíveis, o modelo organizacional e a prontidão de resposta, e o grau de satisfação dos utentes, manifesta pelas queixas/elogios<sup>19</sup>. Esta será realizada na fase de consolidação e conclusão da intervenção<sup>20</sup>, avaliando o impacto da intervenção na transmissão do vírus SARS-CoV-2 na população residente no concelho da Amadora. A componente da pesquisa avaliativa vai implicar uma análise dos dados recolhidos na plataforma do Trace-COVID-19 de resultados provenientes da notificação por meio do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) de casos SARS-CoV-2 positivos no concelho da

Amadora, e a comparação com os indicadores regionais, e nacionais por intermédio de relatórios publicados pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge – INSA. A precocidade da comunicação da positividade de cada caso, e a velocidade da decisão de isolamentos dos casos, e seus contatos de alto risco, serão as medidas que permitirão avaliar a eficiência da intervenção da componente 1<sup>19</sup>. Os impactos resultam na interpretação dos resultados obtidos da componente 2, em relação aos indicadores publicados nos relatórios do INSA, sobre a incidência cumulativa a 14 dias por 100 mil habitantes, o valor do índice de transmissibilidade (Rt) que reflete a transmissão comunitária e dos relatórios publicados pela DGS e Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) para o nível de concelho da Amadora<sup>7</sup>.

3. A avaliação participativa é um modelo de avaliação que inclui, além dos avaliadores, todos os parceiros que participam na intervenção, os gestores das diferentes equipas de intervenção, e os beneficiários que são os nossos utentes. Essa avaliação é realizada durante o processo de implementação e pressupõe uma monitorização contínua das atividades da intervenção. A inclusão dos beneficiários na construção da avaliação obriga a uma reformulação das habituais práticas da pesquisa avaliativa, pois se propõe integrar setores marginalizados na formulação, execução e avaliação das políticas sociais e de saúde<sup>21</sup>. Segundo Furtado e Campos “participação é uma condição necessária para uma atitude de compromisso com mudanças sociais”<sup>22</sup>. Pela importância das alterações que o método da avaliação participativa pode produzir nos componentes do modelo lógico, este modelo foi partilhado com os parceiros, explicando qual o impacto que o governo esperava obter da intervenção. Nesse contexto, foram divulgadas as medidas de saúde pública legalmente disponíveis para ser implementadas em cada componente do modelo lógico da intervenção, Prevenção e Controle da Infecção, e o Diagnóstico Precoce por SARS-CoV-2. Foi obtido o compromisso dos parceiros sobre as atividades a desenvolver, e acordado o tipo de grelha para a apresentação de resultados alvo de monitorização, e os indicadores de processo implicados em cada componente do modelo. Nesse processo, foi clarificada a metodologia para a determinação de cada indicador explicados nas Figuras 1 e 2.

## **Modelo lógico da intervenção “Resposta à Pandemia Covid-19 na Amadora”**

A intervenção “Resposta à Pandemia Covid-19 na Amadora” foi desenhada com o objetivo de diminuir a transmissão da infecção por SARS-CoV-2 na comunidade residente da Amadora e diminuir a carga de doença nessa comunidade.

O Impacto será refletido pela supressão da transmissão do vírus SARS-CoV-2 na

comunidade, e na redução da sobrecarga na resposta hospitalar, e diminuição da morbidade e letalidade<sup>23</sup>.

O horizonte temporal desse plano de intervenção é de 10 meses, entre 1º de março 2020 e 1º de janeiro 2021, correspondendo ao primeiro ano da pandemia no concelho da Amadora antes do início do processo de vacinação – embora formalmente iniciada em dezembro no país, na Amadora, tem início a 29 de dezembro 2020 com a vacinação de profissionais de saúde. A população-alvo da intervenção é residente no concelho da Amadora.

Os objetivos específicos são apresentados em duas componentes da intervenção:

*Componente 1 – Prevenção e Controle de Infecção por SARS-CoV-2 (covid-19) e Equipamentos de Proteção Individual (EPI) de acordo com a Norma n° 007/2020, de 29 de março de 2020.*

- I. Promover elaborar e implementar Planos de Contingência (PC) para a covid-19 nas diversas instituições do concelho estabelecendo estratégias, procedimentos e medidas destinadas a assegurar as condições de segurança e de saúde dos profissionais, em uma perspectiva de prevenção e garantia da operacionalidade e funcionalidade das instituições em uma eventual situação de crise.
- II. Divulgar o PC entre profissionais e utilizadores / clientes da instituição, aumentando o número de indivíduos que utilizam as medidas de proteção individual, reduzindo o número de *clusters* em instituições de saúde, nas estruturas residenciais para idosos, nas instituições de ensino e nas empresas comerciais e industriais

*Componente 2 – Diagnóstico Precoce por Infecção SARS-CoV-2, de acordo com a norma n° 015/2020, de 24 de julho de 2020, atualizada em 19 de fevereiro de 2021 da DGS*

- I. Isolar os “Contactos” identificados para interromper a cadeia de transmissão por meio do isolamento dos casos identificados por um Diagnóstico Precoce, reduzindo o surgimento de potenciais *clusters*.
- II. Estabelecer mecanismos efetivos de vigilância sobreativa dos indivíduos positivos, inscritos na plataforma Trace-COVID-19. Essa atividade implica a monitorização do estado de saúde dos indivíduos infectados até que estejam reunidos os critérios de fim do isolamento (norma 004/2020 de 23/03/2020 da DGS). Na vigilância ativa, realizada para os contatos de alto risco, após notificação, deve ser verificado o resultado do teste PCR (Polymerase Chain Reaction) ao SARS-CoV-2, podendo ter fim de vigilância se a exposição de risco não se mantiver, e quando não se

- verifique um resultado positivo ao fim dos 14 dias após o último dia de exposição.
- III. Realização do inquérito epidemiológico de casos positivos pelo SINAVE de modo a garantir uma imagem fidedigna do padrão epidemiológico do concelho da Amadora para tomadas eficazes de decisões.
  - IV. Garantir que os Contatos de Alto Risco tenham informações sobre os procedimentos necessários para obter e submeter as Declarações de Isolamento Profilático (DIP), garantindo assim a reposição salarial durante o Isolamento Profilático (IP).
  - V. Garantir que as famílias carenciadas, em IP, sejam referenciadas para as equipas multidisciplinares; de modo a cumprirem com as regras de isolamento, mitigando repercussões financeiras graves na família.

Foi construído o modelo lógico com a sequência lógica das etapas, recursos, atividades, produtos, indicadores (de atividade e resultado), e impacto ou resultados da intervenção, com base em Kellogg's Foundation<sup>8</sup> conforme representação visual da Figura 1.

Figura 1. Representação visual do Modelo Lógico, de acordo com a sequência lógica das etapas: recursos, atividades, produtos esperados/resultados e impactos da intervenção desenvolvida em resposta à pandemia de covid-19, Amadora



Fonte: adaptado de W.K. Kellogg Foundation. Logic Model Development Guide: Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action, 2004

O modelo lógico dessa intervenção resulta de uma metodologia ajustada à avaliação participativa obtida no processo de monitorização, que será detalhada posteriormente no processo avaliativo da intervenção. De acordo com o mapa descritivo proposto em Kellogg's Foundation<sup>8</sup>, foi elaborada pelos autores a descrição do quadro lógico apresentado na Figura 2.

Na Figura 2, são identificadas as duas componentes do modelo lógico que integram a intervenção; a componente 1, Prevenção e Controle da Infecção por SARS-CoV-2, e a componente 2, Diagnóstico Precoce. São descritas as atividades previstas para cada componente, direcionadas para a obtenção do impacto desejado, a diminuição da incidência e a redução da letalidade na população da Amadora.

Figura 2. Mapa descritivo dos componentes identificados, e os conteúdos de cada etapa do modelo lógico da intervenção desenvolvida em resposta à pandemia de covid-19, Amadora

<b>IMPACTO</b>			
<b>Diminuir a incidência da infeção pelo SARS-CoV-2 e reduzir a letalidade</b>			
<b>Componente 1: Prevenção e Controle da Infeção</b>			
<b>Produto</b>	<b>A. Elaborados e implementados Planos de Contingência para a covid-19 nas diversas instituições</b>		
<b>Recursos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores de Atividade</b>	<b>Indicadores de Resultado</b>
RH – Formadores, administrativo para recepção de <i>feedbacks</i>  Equipe de informação e comunicação – ponto focal para chegar as instituições	Divulgar, às empresas e instituições, as principais fontes de informação oficiais sobre direitos e obrigações ou restrições impostas pela pandemia.	# Instituições com PC	# de instituições que previnem <i>clusters</i> / # de instituições encerradas
	Divulgar, entre os profissionais da instituição e famílias, as diferentes vertentes do Plano de Contingência (PC), e as medidas de saúde públicas impostas para indivíduos com exposição de risco.	# Instituições com planos de higienização aplicados	# de casos secundários na escola # de <i>clusters</i> / # de casos secundários na escola
	Promover, em todas as instituições, implementação do seu PC para a covid-19.		
	RH – Formadores, administrativo para recepção de <i>feedbacks</i>	# salas com a planta nominal dos profissionais / alunos # de turmas encerradas	
	Capacitar a equipe de gestão do PC para o correto uso do equipamento de proteção individual, para a operacionalização do plano de higienização dos espaços, para o correto uso de produtos de limpeza e desinfecção, e cumprir o plano desfasamento de horários de trabalho e refeições e o distanciamento físico.		
	Assessoria às instituições para aplicação das normas nacionais.		
	Desenvolver um modelo de comunicação e informação imediata entre o Ponto Focal e a AS local, para informação de casos positivos na instituição, colaborar na realização do inquérito epidemiológico, na identificação dos contatos de risco (rastreamento de contatos).	a) # de contatos de alto risco identificados b) # de contatos de baixo risco identificados	

<b>Componente 2: Diagnóstico Precoce</b>			
<b>Produto</b>	<b>B. “Contactos” identificados são isolados para impedir a cadeia de transmissão por meio do Diagnóstico Precoce</b>		
<b>Recursos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores de Atividade</b>	<b>Indicadores de Resultado</b>
RH – Formadores, pela equipe Gestão Covid	Capacitar a equipes dos inquéritos epidemiológicos para uma resposta rápida, de modo a realizar 100% dos inquéritos epidemiológicos, desencadear a análise de risco e o rastreio de contatos, promover o isolamento profilático e a testagem de contatos.	# de notificações recebidas diariamente	# de inquéritos epidemiológicos realizados nas primeiras 24 horas  # de <i>clusters</i>
	Desencadear resposta rápida para o rastreio, isolamento profilático e testagem de contatos pela equipe de inquérito epidemiológico. Esta resposta deve ser realizada dentro de 24 horas após recepção da comunicação do caso.	# de casos secundários	# testes SARS-CoV-2 realizados
	Realizar a vigilância ativa para os contatos de alto risco e vigilância passiva aos contatos de baixo risco, durante 14 dias, solicitando as testagens e realizar o fim da vigilância.	# de casos isolados	
	Introdução de contato de risco na plataforma Trace-COVID-19	# de doente entrados no Trace-COVID-19	
<b>Produto</b>	<b>C. Indivíduos positivos ao SARS-CoV-2/covid-19 são colocados em Trace-COVID-19 para vigilância sobreativa</b>		
<b>Recursos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores de Atividade</b>	<b>Indicadores de Resultado</b>
Equipe da Task-Force, assessoria  RH Adequação da Norma da DGS, pelo CCS para integração de cuidados  Serviço ADR comunitário	Capacitar os profissionais na utilização da plataforma do Trace-COVID-19 para vigilância ativa e monitorização de autocuidados.	# de doente vigiados	# fins de isolamento de caso de infeção por SARS-CoV-2 / covid-19  # Internamentos
	Realizar diariamente a vigilância ativa de autocuidados e gestão de altas.	# de doentes transferidos para o hospital	
	Capacitar as equipes dos cuidados hospitalares na gestão de altas dos casos de infeção por SARS-CoV-2 / covid-19 na plataforma do Trace-COVID-19.	# de altas da vigilância de autocuidados	Nº doentes no UCI  Valor de R(t)
	Doentes com agravamento transferidos para hospital atempadamente por meio do algoritmo clínico para referência hospitalar de casos graves.	#transferidos para o hospital	
	Atendimentos de doentes Respiratório em Áreas dedicadas aos doentes respiratórios (ADR) cuja confirmação não foi possível via Trace-COVID-19.	# doentes atendidos no ADR; % doentes positivos no ADR	

<b>Produto</b>	<b>D. Casos positivos ao SARS-CoV-2/covid-19 são comunicados via SINAVE para inquérito epidemiológico</b>		
<b>Recursos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores de Atividade</b>	<b>Indicadores de Resultado</b>
RH – Formadores, no âmbito do SINAVE  RH na elaboração de inquéritos epidemiológico, e na avaliação de risco em contexto laboral, escolar ou Estrutura Residencial para Pessoa Idosa (ERPI)  RH médico para a prescrição de testes aos contatos de risco  RM telemóveis para contatos, rede banda móvel para trabalho em equipe;  RF para contratação	Formar e capacitar as equipas de saúde pública para realização dos inquéritos epidemiológicos do SINAVE.	# de Inquéritos Epidemiológicos realizados a positivos  # de comunicações feitas	Incidência a 14 dias  # de <i>cluster</i> ativos
	Realizar uma avaliação de risco no âmbito laboral, escolar, ou em Estrutura Residencial para Pessoa Idosa (ERPIS) para identificação contatos de risco.	# de <i>clusters</i> institucionais	# Incidência a 14 dias
	Identificar a existência de <i>cluster</i> (existência de 2 ou mais casos confirmados da mesma cadeia de transmissão de transmissão), e decidir a necessidade da cessação ou encerramento da atividade ou instituição.	# de instituições encerradas	# valor de R(t)

<b>Produto</b>	<b>E. Utentes informados sobre procedimentos durante o isolamento profilático para compensação da segurança social entre outros</b>		
<b>Recursos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores de Atividade</b>	<b>Indicadores de Resultado</b>
Gestores de caso	Criar um gabinete de comunicação com os utentes para informar sobre os procedimentos legais de compensações da segurança social, apoios sociais e alimentares a utentes em isolamento, articulação com a Polícia Segurança Pública (PSP) dos incumpridores.	# de casos com avaliação risco iniciado  # de casos com risco definido	# casos com risco avaliado nas primeiras 24 horas
	Emitir a DIP dos contatos de alto risco, e sua testagem, e a emissão das declarações de isolamento profilático para justificar e reembolso de apoio da segurança social.	# DIP emitidas	% DIP emitidas por Contatos AR

Fonte: adaptado de W.K. Kellogg Foundation. Logic Model Development Guide: Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action, 2004

A limitação nos recursos necessários descrita nas componentes do modelo lógico tem consequências importante na resposta à pandemia, pois implica um acréscimo de profissionais capazes de dar resposta à realização de inquéritos epidemiológicos<sup>24</sup>, na tarefa de avaliação e estratificação de risco, na solicitação de testes laboratoriais, e articulação administrativas de dados, as quais apenas é possível desenvolver com conhecimentos informáticos. Calcula-se ser necessário um inquiridor creditado para cada dois casos de covid-19 notificados por dia<sup>25</sup>, mas esse rácio nunca foi cumprido.

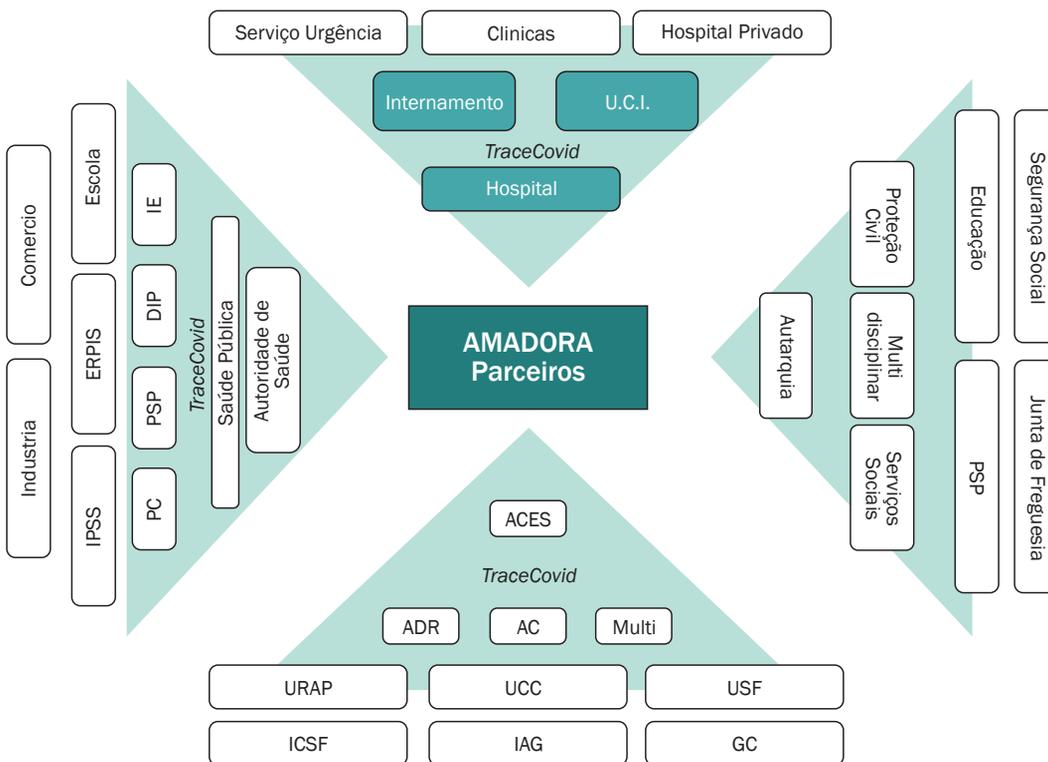
Embora a matriz de indicadores deva ser definida entre os atores ou parceiros, na fase do planeamento, estes podem ser ajustados durante o processo de monitorização e avaliação, ou quando julgado necessário pelos parceiros. É importante que todos os parceiros tenham acesso à informação e aos indicadores de resultado obtidos no desenvolvimento das atividades; sendo que os dados devem ser recolhidos de forma sistemática e consistentes, o que garante a sua credibilidade<sup>26</sup>.

### **Avaliação participativa da Intervenção “Resposta à Pandemia Covid-19 na Amadora”**

O foco da avaliação participativa é obtido pelo envolvimento dos parceiros em todas os componentes do modelo lógico, e pelo levantamento de perguntas avaliativas, permitindo identificar no modelo lógico falhas que podem ser corrigidas. O envolvimento dos parceiros na apresentação dos resultados da avaliação facilita a participação, a interpretação dos resultados e a identificação de vantagens e desvantagens dos métodos propostos<sup>27</sup>. Segundo Matus<sup>28</sup>, em uma intervenção, os atores ou parceiros posicionam-se de forma diferente “Em qualquer processo de mudança social há atores ou parceiros que têm diferentes posições em relação ao plano de um ator no seu conjunto ou em relação a cada operação em particular”.

Na Figura 3, apresentamos uma representação dos parceiros intervenientes na intervenção objeto de análise; identificando as instituições ou unidades que colaboraram para a intervenção, embora não refletindo, nem estabelecendo qualquer relação de dependência hierárquica entre elas.

Figura 3. Representação gráfica dos Parceiros na Intervenção “Resposta à Pandemia Covid-19 na Amadora”, 2020



Fonte: elaboração própria.

Na fase de planeamento da avaliação da intervenção, foram identificadas as questões avaliativas mais relevantes para o modelo lógico. Após análise e classificação do conjunto de perguntas ou questões colocadas pelos parceiros, foram identificadas aquelas que contribuíam com valor efetivo para cada uma das etapas do modelo lógico e que, por isso, deveriam ser enquadradas no plano de avaliação, justificando um reajuste de recursos e redefinição em alguns sectores do público-alvo.

Essas perguntas avaliativas permitem identificar lacunas no processo avaliativo e refletir sobre o modelo lógico construído<sup>4</sup>. Que atividades foram realizadas? Que materiais ou serviços foram consumidos? Em alguns processos avaliativos, é usada a análise SWOT (avaliação das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças) que permite a identificação de soluções<sup>29</sup>.

A avaliação intermédia, ou de curto prazo, questiona sobre os benefícios ou resultados imediatos da intervenção: qual o número de infectados nas ERPIS? Quantos contatos

de alto risco foram introduzidas na plataforma Trace-COVID-19? Quantos inquéritos epidemiológicos não foram realizados nas primeiras 24 horas? A ação de capacitação atingiu seus objetivos? Qual o tempo médio na realização de um inquérito epidemiológico?

A recolha das perguntas avaliativas foi obtida por meio da participação direta dos parceiros no processo avaliativo, pela partilha de questões sobre as quais gostariam de ver respondidas no processo avaliativo<sup>30</sup>, materializada pela partilha diária dos resultados obtidos na síntese das atividades desenvolvidas no dia anterior, como mote de análise e reflexão para o debate. A partilha do documento síntese dessas reuniões em pasta partilhada, o “OneNote”, permitiu que cada parceiro pudesse refletir com a sua equipe, inscrever resultados ou propostas, para análise na reunião seguinte, ou recolha de perguntas avaliativas obtida por intermédio do correio eletrónico ou do livro de reclamações. A análise e as propostas de alteração das atividades foram realizadas ao nível do responsável da atividade, e discutidas em grupo de trabalho com o coordenador da unidade, podendo a decisão refletir-se no modelo lógico. Algumas questões que foram apresentadas e resultaram em alterações das atividades encontram-se abaixo.

### **Perguntas de avaliação da estrutura**

Foi questionado se os recursos disponíveis eram adequados ao cumprimento das regras e normas definidas para cada componente da intervenção, de acordo com os critérios definidos.

1. Quais os recursos envolvidos da Unidade de Saúde Pública (USP) para avaliação e estratificação de risco nas escolas?
2. Como funcionou a estrutura hierárquica e as funções desempenhadas pelo ponto focal e pelos administrativos na informação aos Encarregados de Educação (EE)?
3. Que fatores permitiram a implementação do PC nas empresas, nas escolas ou nas ERPIS?
4. Como foi feita a obtenção dos dados pessoais dos EE e outros cidadãos, para emissão das DIP?
5. Como se articularam com os EE, para informar sobre a realização dos testes, e dos resultados dos testes?
6. Como se obtém o isolamento de um indivíduo em um domicílio quando está sobrelotado?
7. Se a família está em isolamento, quem traz alimentos, medicamentos ou outros produtos essenciais (para as crianças)?
8. Como se inscrevem, na plataforma Trace-COVID-19, as pessoas que não têm nº de utente?

9. Como é feita a vigilância se o cidadão não tem médico de família?
10. Quem emite a declaração de inquérito epidemiológico? Quanto tempo (dias) demora para o seu envio?
11. Por que há diferença entre um Certificado de Incapacidade Temporária (CIT) por covid-19, que implica isolamento, e uma DIP?
12. Não trabalho para o Estado, quem paga o período de IP?
13. Não tenho contrato, e não desconto para a Segurança Social, como vou viver?

### **Perguntas de avaliação de processo**

Para determinar a transmissibilidade em contexto empresarial ou escolar, será quantificado o número de casos positivos ao SARS-CoV-2 na comunidade escolar, o número casos secundários resultantes, o número de *clusters* e calculada a taxa de ataque em cada instituição.

1. Como se determina a incidência da covid-19 em contexto escolar? Os alunos que estão em isolamento profilático por familiares positivos são incluídos?
2. Como se avalia a existência de *clusters* nas empresas ou nas escolas?
3. Como se determina o tempo decorrido desde a publicação do resultado laboratorial e a comunicação do caso à AS? A contagem inicia com a publicação do resultado ao EE ou ao Ponto Focal?
4. O que são os casos secundários na escola e na família?
5. Como se quantifica o número de contatos de alto risco para cada caso positivo?
6. Determinar número de dias decorridos entre a data da determinação de isolamento e a emissão das DIP aos contatos de risco.

### **Perguntas de avaliação de resultados**

1. Como identificar um *cluster* da escola e como calcular a taxa de ataque?
2. Determinar a incidência de infecção por SARS-CoV-2 entre docentes e não docentes das escolas da Amadora, por semestre escolar.
3. Identificar a incidência cumulativa a 14 dias por 100 mil habitantes, por semana epidemiológica e semestre escolar.
4. Identificar o valor de  $R(t)$  para o concelho da Amadora.

As medidas de avaliação de Efeito ou Impacto não foram alvo de discussão entre parceiros.

Na fase de preparação da intervenção, os primeiros debates entre parceiros foram realizados por intermédio do modelo “*briefing* e *debriefing*”<sup>31</sup>, de modo a divulgar a estratégia recomendada, e para esclarecimento aos parceiros sobre as medidas a implementar no âmbito da pandemia de covid-19. Contudo, esse modelo

de comunicação foi evoluindo para um modelo mais participativo; por meio da análise dos resultados obtidos nas atividades desenvolvidas e adequação dos recursos (insumos) para implementar as atividades e obter resultados<sup>11</sup>. Ressalta-se que, mediante esse modelo de avaliação participativa, os diferentes parceiros, apesar das visões e objetivos diferentes, foram capazes de confrontar diariamente durante dez meses os seus resultados, pareceres e juízos. Foi importante apresentar os resultados de forma integrada (todas as componentes da intervenção), e explicar eventuais fatores não integrados no modelo, que pudessem interferir nos resultados. O modelo de avaliação participativa integrada<sup>29</sup> permitiu encontrar consensos mais facilmente, para obter a melhor resposta à pandemia, no âmbito assistencial, social e econômico para os residentes amadorenses.

Alguns exemplos dos contributos obtidos por meio de questões, dúvidas ou partilhas de problemas, que chegaram aos parceiros e resultaram em alteração do modelo de intervenção, serão apresentados a seguir.

Na fase de contenção da pandemia, a integração dos serviços de saúde ocupacional das empresas foi um instrumento indispensável para otimizar o envolvimento dos órgãos de gestão e estender o processo de divulgação de informação, capacitação e suporte nas empresas. A saúde pública assessorou esses serviços na elaboração dos planos de contingência e na implementação deles aos trabalhadores e famílias. O reforço das ações de controle da infecção e do uso de EPI adequados, da higienização das mãos e espaços, bem como circulação nos locais de trabalho, mantendo o distanciamento físico e arejamento das salas, resultou em uma colaboração importante para avaliação de risco na empresa e para a tomada de decisão, validada posteriormente pela AS.

No início da fase de mitigação da pandemia, que se caracterizou no concelho da Amadora pela existência de surtos em escolas, foi determinada a suspensão das aulas após consenso entre suas direções, a autarquia e a associação de pais. Foi necessário reuniões para esclarecer a necessidade de impor tais medidas e informar qual o suporte legal que garantia a reposição salarial pela segurança social aos EE, obrigados a ficar no domicílio com os filhos menores (Decreto-Lei n.º 94-A/2020). A colaboração com a autarquia e associação de EE permitiu obter rapidamente listagens nominais para a emissão de DIP. O volume de questões colocados pelos EE, referente à obtenção de DIP para a segurança social, sobre o procedimento para a realização de testes para o SARS-CoV-2, entre outras, motivou o desenvolvimento de um documento “FAQs – *frequent asked questions*” para divulgação à comunidade escolar.

Na fase de disseminação, o aumento da procura de cuidados levou a direção do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Amadora, e os coordenadores das Unida-

des Funcionais (UF), designação das diferentes unidades que compõe o ACES, nomeadamente Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, (URAP), Unidade de Apoio à Gestão (UAG), Gabinete do Cidadão (GC), em articulação com a Unidade de Saúde Pública (USP), a iniciar um plano de resposta concertada e desenvolver um instrumento de vigilância para doentes em autocuidados, a plataforma do Trace-COVID-19, permitindo uma resposta assistencial no domicílio, em formato de teleconsulta, incluindo a integração de cuidados hospitalares.

Em uma revisão da estratégia de controle da infecção, foi executado o PC do ACES, implementando medidas nas unidades, uma política de direcionamento de doentes com queixas respiratórias para o Atendimento a Doentes Respiratórios (ADR), dando cumprimento a orientações nacionais. As equipas de Controle de Infecção foram chave para impedir a quebra de regras, e não ter existido nenhum surto entre os profissionais.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 94-A/2020, aos contatos de alto risco identificados durante o rastreio, é imposto o IP, o qual implica a emissão de uma DIP pela AS a ser submetido à segurança social para o reembolso da perda salarial por ausência ao trabalho. Essa legislação não previu o volume de DIP a emitir por dia, e o procedimento montado tornou impraticável essa medida, com graves consequências para as famílias, e o difícil cumprimento da lei. O ajuste dessa medida demorou vários meses, resultando em resposta à emissão automática após aprovação da AS na plataforma do Trace-COVID-19, ou a validação de DIP emitidas pelo SNS24 após a inscrição de utentes na plataforma Trace-COVID-19 pela SNS24.

A legislação acima mencionada não definiu os procedimentos a serem tomados para trabalhadores informais, sem vínculo laboral, cujo rendimento provinha de trabalhos temporários ou atividades não formais. Na comunidade amadoreense, o aumento de famílias sem suporte familiar e financeiro a quem foi imposto o IP implicou a criação de serviços de apoio ao domicílio por equipas multidisciplinares organizadas pelos parceiros PSP, e proteção civil e saúde, com suporte financeiro da autarquia, e este exemplo foi estendido a outras autarquias.

Na componente assistencial, por meio de modelos formativos a distância, “webinares”, desenvolveram-se ações de sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para a identificação precoce de casos suspeitos, articulação e promoção de acordos com os laboratórios de análises clínicas, com capacidade de resposta imediata e dirigida ao prescritor, para alimentar o sistema de vigilância SINAVE, e responder à componente clínica.

Foi criada no ACES Amadora uma *task-force* de gestão e articulação entre os profissionais das várias unidades funcionais do ACES nas atividades de autocuidados (no

domicílio). A Task-Force Amadora se reúne uma vez por semana e articula as equipas da saúde pública e do hospital. São elaborados os relatórios de atividade diária indicando os fins de isolamento, as transferências para o hospital ou outro ACES. A partilha de dados pelo hospital inclui a dimensão de atendimentos no serviço de urgência, de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Foram selecionados diferentes indicadores para avaliar os resultados da intervenção: a taxa de incidência, a % de positividade, o valor de  $R_t$ , o número de surtos ou *clusters*, e a respectiva taxa de ataque, baseados na definição de caso da norma nº 020/2020, de 9 de novembro de 2020 da DGS, e no documento linhas vermelhas da DGS<sup>7</sup>. Nessa intervenção, são considerados indicadores de gravidade, como o número de casos internados no hospital e na UCI, e a letalidade; e indicadores de prontidão, a capacidade de resposta rápida no rastreamento de contactos medida pelo número de horas entre a comunicação do caso e a resposta de SP para a identificação e estratificação de risco e seu isolamento.

Uma limitação do método da avaliação participativa manifestou-se quando o aumento da incidência de casos não foi acompanhado de uma alocação de recursos humanos suficientes para a realização dos inquéritos epidemiológicos e rastreamento de contactos de alto risco, levando a que esses contactos de risco não fossem isolados em tempo útil para cortar a cadeia de transmissão. Seria necessário definir prioridades na alocação dos recursos já limitados, entre a realização de rastreios de contactos e o isolamento, e o atendimento em teleconsulta de indivíduos covid-19 positivos, mesmo que assintomáticos.

Pelo fato de as partes interessadas fazerem parte do processo de avaliação, tornava-se mais relevante para estes a manutenção da assistência a indivíduos infectados, pois essa abordagem relaciona-se com as suas preocupações particulares; não tendo sido possível explicar que o não isolamento de contactos levaria a um aumento exponencial de infectados. Essa limitação criou um obstáculo ao fluxo de atividades previstas no desenho da intervenção, e implicações nos resultados, com aumento acentuado de inquéritos por realizar e consequente falha de isolamentos e aumento da disseminação.

Não existiu uma articulação das mensagens para o cidadão, e, por vezes, estas eram contraditórias com a mensagem técnica, gerando dificuldade de compreensão do problema. A falta de recursos não permitiu uma resposta adequada ao volume de solicitações dos cidadãos, levando à exaustão e frustração dos profissionais e à exaltação dos cidadãos por não verem resolvidos os seus problemas.

Conclui-se que a avaliação participativa é um poderoso instrumento para o desenvolvimento do modelo lógico, enriquecido pelas perguntas avaliativas que permitem a identificação de lacunas na teoria do programa e, conseqüentemente, no modelo lógico. A inclusão dos beneficiários na avaliação participativa, além dos avaliadores, dos ges-

tores e de outros parceiros, favorece a reformulação das habituais práticas da pesquisa avaliativa, pois se propõe a integrar setores marginalizados na formulação, execução e avaliação das políticas sociais e de saúde<sup>32</sup>.

Em homenagem à Professora Zulmira Hartz, que lecionou a unidade curricular de avaliação em saúde no programa de doutoramento de saúde internacional do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, agradecemos a forma como transferiu seus conhecimentos, como nos contagiou com o entusiasmo com que nos transmitiu os saberes da avaliação, lembrando sempre que as formas de avaliação, podendo ser meritocráticas, classificatórias ou hierárquicas, são sempre formas a que se submete o objeto avaliado, relativas a testes de padronização, mas são maneiras simplificadoras de um processo muito complexo que é a avaliação. Soube, assim, dizer que ensinar é esta capacidade de nos fazer viver o que já foi por si vivido.

Muito obrigada, professora Zulmira, por nos ter permitido conhecê-la.

Não temos conflitos de interesses a declarar.

## Referências

1. Câmara Municipal da Amadora. Amadora em Números, – Amadora data – censos 2011 [Internet]. Amadora: CMA; 2011 [citado 2021 jul 20]. Disponível em: [https://www.cm-amadora.pt/imagens/TERRITORIO/INFORMACAO\\_GEOGRAFICA/PDF/ESTATISTICAS/amadora\\_em\\_numeros.pdf](https://www.cm-amadora.pt/imagens/TERRITORIO/INFORMACAO_GEOGRAFICA/PDF/ESTATISTICAS/amadora_em_numeros.pdf)
2. Vieira de Almeida. Estados de Calamidade e de Emergência. VdA [Internet]. 24 ago. 2021 [citado 2021 jul. 20]. Disponível em: <https://www.vda.pt/pt/publicacoes/insights/estados-de-calamidade-e-de-emergencia/21881>
3. Portugal. Tribunal de Contas. Impacto na atividade e no acesso ao SNS. Relatório nº 5/2020-OAC 2º secção [internet]. Lisboa: TC; outubro 2020 [citado 2021 jul 22]. Disponível em: <https://www.tcontas.pt/pt-pt/ProdutosTC/Relatorios/relatorios-oac/Documents/2020/relatorio-oac-2020-05.pdf>
4. Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspetivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999;4(2):341-54.
5. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma nº 019/2020, de 26 de outubro de 2020 atualizada a 22 de junho de 2021. COVID-19: Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2 [Internet]. Lisboa. Ministério da Saúde; 2020 [citado 2021 jul 3]. Disponível em: [https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/06/Norma\\_019\\_2020\\_act\\_22\\_06\\_2021.pdf](https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/06/Norma_019_2020_act_22_06_2021.pdf)
6. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Plano de Vacinação COVID-19 [Internet].

Lisboa: Ministério da Saúde; 3 dez. 2020 [citado 2021 jul 3]. Disponível em: [https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/12/PLANO-VACINAC%CC%A7A%CC%830\\_20201203.pdf](https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/12/PLANO-VACINAC%CC%A7A%CC%830_20201203.pdf)

7. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Instituto Nacional de Saúde. Monitorização das linhas vermelhas para a COVID-19 [Análise de Risco] [Internet]. Relatório n.º 15. Lisboa: Ministério da Saúde; 16 jul. 2021 [citado 2021 jul 18]. Disponível em: [https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/07/20210716\\_Monitorizac%CC%A7a%CC%83o\\_Epidemia\\_COVID-19.pdf](https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/07/20210716_Monitorizac%CC%A7a%CC%83o_Epidemia_COVID-19.pdf)

8. W.K. Kellogg Foundation. Logic Model Development Guide: Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action. Michigan: W.K. Kellogg Foundation; 2004.

9. Funnell SC, Rogers P. Purposeful Program Theory: Effective Use of Theories of Change and Logic Models. New Jersey: Wiley; 2011. ISBN: 0470939893.

10. Cassiolato M, Guerresi S. Como elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Nota Técnica n.º 6 [Internet]. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2010 [citado 2021 jul 10]. indisponível em: [https://www.betterevaluation.org/sites/default/files/IPEA\\_Modelo%20Logico.pdf](https://www.betterevaluation.org/sites/default/files/IPEA_Modelo%20Logico.pdf)

11. Rowan MS. Logic models in primary care reform: navigating the evaluation. Can J Program Eval. 2000;15(2):81-92.

12. Renger R, Titcomb A. A Three-Step Approach to Teaching Logic Models. Am J Eval. 2002;23(4):493-503.

13. Bickman L. Using Program Theory in Evaluation. New Directions for Program Evaluation, n 33. 1987.

14. Hartz ZMA. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationals over fast food and sur measure over ready-made. Cad Saúde Pública. 1999;15(2):229-60.

15. Rossi PH Freeman HE. Evaluation, a systematic approach. 7th ed Beverly Hills: Sage Publications; 2004.

16. Hartz ZA, Pouvourville G. Avaliação dos programas de saúde: a eficiência em questão. Ciênc Saúde Coletiva. 1998;3(1):68-82.

17. Hartz ZMA; Vieira-da-Silva LM, organizadoras. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de Saúde. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. 275 p.

18. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Orientação Técnica n.º 006/2020,

de 26 de fevereiro de 2020, atualizada a 29 de abril de 2021. COVID-19: Procedimentos de prevenção, controlo e vigilância em empresas [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2021 jul 10]. Disponível em: [https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/05/Orientacao-6\\_2020\\_act\\_29\\_04\\_2021.pdf](https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/05/Orientacao-6_2020_act_29_04_2021.pdf)

19. Contandriopoulos A-P Champagne F, Denis J-L, Pineault R. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-48.

20. Rossi PH, Freeman HE, Lipsey MW. Evaluation: a systematic approach. Thousand Oaks: SAGE Publications; 1999.

21. Hartz ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.

22. Furtado JP, Campos GWS, Oda WY, Onocko-Campos R. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. Cad Saúde Pública [Internet]. 2018 [citado 2021 jul 23];34(7):e00087917. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BBqjwR8cvsrVKVNBy9BfK Tp/?format=pdf&lang=pt>

23. Sakellarides C, Araújo F. Estratégia de Saúde Pública para a Pandemia COVID-19 em Portugal: Contribuições da Experiência Internacional. Acta Med Port [Internet]. 2020 [citado 2021 jul 23];33(7-8):456-8. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.14130>

24. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Orientação Técnica nº 001/2021, de 20 de janeiro de 2021 COVID19: Vigilância e Investigação Epidemiológica [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2021 [citado 2021 jul 23]. Disponível em: [https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/01/Orientacao-n\\_0012021-de-20012021.pdf](https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/01/Orientacao-n_0012021-de-20012021.pdf)

25. CDC COVID-19 Response Team. Coronavirus Disease 2019 in Children – United States, February 12–April 2, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(14):422-6. doi: 10.15585/mmwr.mm6914e4

26. United Nations Development Program. Results Based Management Handbook –Harmonizing RBM concepts and approaches for improved development results at country level [Internet]. UNSDG; 2011 [cited 2021 Jul 15]. Available from: <https://unsdg.un.org/sites/default/files/UNDG-RBM-Handbook-2012.pdf>

27. Baker QE, Davis DA, Gallerani R, Sánchez V, Viadro C. Uma Estrutura de Avaliação para Programas de Saúde da Comunidade. Durham, NC: The Center for the Advancement of Community Based Public Health; 2000.

28. Matus C. Política, planejamento e governo [Internet]. Brasília: Editora IPEA; 1993 [citado

2021 jul 20]. Disponível em: <http://flacso.org.br/files/2017/05/Caderno-7-Planejamento-Estrat%C3%A9gico-Forgep.pdf>

29. Nitsch M, Waldherr K, Denk E, Griebler U, Marent B, Forster R. Participation by different stakeholders in participatory evaluation of health promotion: A literature review. *Eval Program Plann* [Internet]. 2013 [cited 2021 Jul 20];40:42-54. Available from: [www.elsevier.com/locate/evalprogplan](http://www.elsevier.com/locate/evalprogplan)

30. Denis J, Champagne F. Análise da implantação. In: Hartz ZMA, Organizadora. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 49-88.

31. World Health Organization. *Emergency Response Manual; Guidelines for WHO representatives and Country Offices, in the Westerns Pacific Region* [Internet]. Geneve; WHO; 2003. [cited 2021 Jul 20]. Available from: [https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/1366/Emergency\\_response\\_manual\\_eng.pdf](https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/1366/Emergency_response_manual_eng.pdf)

32. Herrera JCS, Champagne F, Contandriopoulos A-P. Novas práticas em avaliação participativa: lições de uma pesquisa avaliativa sobre os conselhos de saúde no Brasil e em Espanha. *An Inst Hig Med Trop* [Internet]. 2019 [citado 2021 jul 29];(supp 1):s-99-s108. Disponível em: <https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/325/260>

## CAPÍTULO 5

---

# ESTUDO DE AVALIABILIDADE DA POLÍTICA DE ORGANIZAÇÃO DA ATIVIDADE MÉDICA EM PORTUGAL

---

*Evaluability study of the policy for the organization of medical activity in  
Portugal*

**Mário Bernardino<sup>1</sup>**

**Ana Abecasis<sup>2</sup>**

**Isabel Craveiro<sup>3</sup>**

*1. Bernardino, M. Administrador Hospitalar, Doutorando em Saúde Internacional do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa. CV em <https://orcid.org/0000-0002-7758-9082>; Ciência ID 551D-52FF-009A. Endereço: Universidade Nova de Lisboa. Rua da Junqueira, 100, 1349-008 Lisboa – E-mail: a21001022@ihmt.unl.pt.*

*2. Abecasis, A. Professora Auxiliar da Unidade de Saúde Pública e Bioestatística do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (NOVA-IHMT). Portugal. Endereço: Universidade Nova de Lisboa. Rua da Junqueira, 100, 1349-008 Lisboa.*

*3. Craveiro, I. Professora Auxiliar da Unidade de Saúde Pública e Bioestatística do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (NOVA-IHMT). Portugal. Endereço: Universidade Nova de Lisboa. Rua da Junqueira, 100, 1349-008 Lisboa*

## Resumo

A organização da atividade médica constitui-se como uma política basilar dos sistemas de saúde que assumem os desafios de acessibilidade, eficácia e resiliência. Com o objetivo de fazer um exame preliminar dessa política, foi realizado um estudo de avaliabilidade da intervenção no sistema de saúde português. Procurando conciliar a possibilidade de discussão aberta e a preservação do anonimato, adotou-se a técnica adaptada da conferência de consenso privilegiando as respostas aos questionários individuais. A produção de dados permitiu obter relatos de experiências e a percepção de especialistas, gestores e médicos quanto aos fatores contextuais com influência na intervenção. O acordo dos participantes sobre o modelo lógico, as respectivas atividades, objetivos e resultados garantem a clareza da informação e o seu possível uso em uma pesquisa avaliativa. Por outro lado, foi, também, possível formular perguntas avaliativas e recomendações úteis para a implementação da intervenção. Dessa forma, é possível concluir que a intervenção pode ser avaliada e que o reconhecido potencial da avaliação pode contribuir para a sua melhoria.

**Palavras-chave:** Avaliação de políticas. Avaliabilidade. Médicos. Trabalho. Serviços de saúde.

## Abstract

The organization of medical activity is a basic policy of health systems that take on the challenges of accessibility, effectiveness and resilience. With the aim of conducting a preliminary examination of this policy, an evaluability study of the intervention in the Portuguese health system was carried out. Seeking to reconcile the possibility of open discussion and the preservation of anonymity, the adapted technique of the consensus conference was adopted, privileging responses to individual questionnaires. The production of data, favoring individual questionnaires, allowed to obtain reports of experiences and the perception of specialists, managers and physicians, regarding the contextual factors influencing the intervention. The agreement of the participants on the logic model, the respective activities, objectives and results, guarantee the clarity of the information and its possible use in an evaluative research. On the other hand, it was also possible to formulate evaluative questions and useful recommendations for the implementation of the intervention. Thus, it is possible to conclude that the intervention can be evaluated and that the recognized potential of the evaluation can contribute to its improvement.

**Keywords:** Policy evaluation. Evaluability. Doctors. Work. Health services.

## Résumé

L'organisation de l'activité médicale est une politique de base des systèmes de santé qui relèvent les défis de l'accessibilité, de l'efficacité et de la résilience. Dans le but de procéder à un examen préliminaire de cette politique, une étude d'évaluabilité de l'intervention dans le système de santé portugais a été réalisée. Cherchant à concilier la possibilité d'une discussion ouverte et la préservation de l'anonymat, la technique adaptée de la conférence de consensus a été adoptée, privilégiant les réponses aux questionnaires individuels. La production de données, privilégiant les questionnaires individuels, a permis d'obtenir des rapports d'expériences et de perception des spécialistes, gestionnaires et médecins, concernant les facteurs contextuels influençant l'intervention. L'accord des participants sur le modèle logique, les activités respectives, les objectifs et les résultats, garantit la clarté de l'information et son utilisation possible dans une recherche évaluative. D'autre part, il a également été possible de formuler des questions évaluatives et des recommandations utiles pour la mise en œuvre de l'intervention. Ainsi, il est possible de conclure que l'intervention peut être évaluée et que le potentiel reconnu de l'évaluation peut contribuer à son amélioration.

**Mots-clés:** Évaluation des politiques. Évaluabilité. Médecins. Travail. Services de santé.

## INTRODUÇÃO

É conhecido o compromisso dos Estados-Membros da União Europeia sobre a estratégia de reforço da eficácia, acessibilidade e resiliência dos seus sistemas de saúde, enfatizando-se a importância da força de trabalho com capacidade, competências certas e flexibilidade para prosseguir tais desafios<sup>1,2</sup>.

A organização do trabalho no setor da saúde determina que tanto os hospitais públicos como os privados com missão de serviço público assegurem acesso igual para todos e garantam durante todo o ano, dia e noite, resposta adequada para aqueles cujo estado de saúde exige os seus serviços. Por esse motivo, a realização de trabalho no setor da saúde em períodos críticos, à noite e fins de semana é necessária e indispensável.

Para responder a esse desafio, as leis laborais asseguram suficiente flexibilidade com modalidades de horário de trabalho ajustadas ao período de funcionamento dos serviços. Porém, o grupo de pessoal médico tem um regime de trabalho diferente dos demais profissionais de saúde. Em Portugal, os horários de trabalho são organizados de segunda a sexta-feira, entre as 8h e as 20h. O restante do período da semana apenas pode ser garantido com “até 18 horas semanais” de cada médico<sup>3,4</sup>. Isso significa que, em grande parte do período de funcionamento dos serviços, o apoio médico às atividades de internamento, urgência externa e interna, unidades de cuidados intensivos e uni-

dades de cuidados intermédios só pode ser assegurado com programação de horas extraordinárias. Desse modo, está patente a rigidez do regime de trabalho médico, sendo reiterados os exemplos de situações de rotura dos serviços nos períodos da noite e nos fins de semana<sup>5-9</sup>. Assim, não parece haver dúvida de que a organização da atividade médica é uma intervenção relevante, devendo ser programada para garantir a resposta adequada à procura de cuidados de saúde.

São conhecidas diversas abordagens próximas desse tema, designadamente, esquemas de trabalho que produzem fadiga e favorecem o aparecimento de erros<sup>10</sup>, os recursos humanos como componente crítico das políticas de saúde<sup>11</sup>, o estresse dos profissionais nos sistemas de saúde<sup>12</sup>, os pontos fracos na gestão de recursos humanos nos cuidados primários<sup>13</sup>, a percepção da equipe clínica sobre o ambiente de trabalho dos serviços de urgência<sup>14</sup>, o conhecimento sobre a satisfação do médico e os fatores associados como elemento essencial para os gestores e formuladores de políticas de saúde<sup>15</sup>, a carreira médica e os fatores determinantes da saída do Serviço Nacional de Saúde (SNS)<sup>16</sup>. Todavia, apesar da diversidade de publicações e iniciativas, não encontramos alusão à compatibilidade do regime de trabalho com o funcionamento dos serviços. Nessa medida, esta é uma abordagem inédita de uma política insubstituível nos sistemas de saúde. É, também, inovadora porque, pela primeira vez, questiona-se a compatibilidade do regime de trabalho médico com a necessidade de garantir o funcionamento contínuo dos serviços e com o trabalho em equipe.

As situações problemáticas exigem a elaboração de estratégias e a implementação de medidas com o objetivo de solucionar ou, pelo menos, minimizar o problema. Nesse contexto, as estratégias e as medidas podem configurar-se como políticas ou programas, e até como ações de regulação, correspondendo assim a uma intervenção de saúde, que visa corrigir uma situação problemática. A formulação e a implementação da política de organização da atividade médica em Portugal traduzem, inevitavelmente, discordância entre os interessados (médicos, políticos, gestores e utentes) quanto aos objetivos, às ações prioritárias e aos resultados esperados<sup>17</sup>.

O Estudo de Avaliabilidade (EA) dessa política pretende salientar o seu interesse na gestão do acesso aos cuidados de saúde, contribuir para conhecer melhor o problema que visa resolver e revelar a imprescindível compatibilidade do regime de trabalho com: o funcionamento contínuo dos serviços; o trabalho em equipe, multidisciplinar e de complementaridade com os diferentes profissionais de saúde.

Este artigo apresenta os primeiros resultados de uma pesquisa avaliativa da política de organização da atividade médica em Portugal, configurado em um EA que, como processo cíclico e interativo, consiste essencialmente em: a) esclarecer os objetivos da

intervenção e construir o modelo lógico; b) analisar e comparar a realidade da intervenção e o modelo lógico, isto é, avaliar se a intervenção está a ser implementada de acordo com o modelo teórico e se a implementação tem condições de alcançar as metas e objetivos propostos; c) reconhecer áreas de melhoria da intervenção por meio da identificação das questões de avaliação factíveis e úteis<sup>18</sup>.

Por intermédio do EA, procurou-se proporcionar um ambiente favorável para a avaliação, construir consensos entre os interessados sobre a natureza e os objetivos da intervenção e aumentar as possibilidades de uso dos resultados da avaliação. O EA, também conhecido como avaliação exploratória, originalmente desenvolvido como uma atividade de pré-avaliação para preparar as avaliações convencionais de programas<sup>19</sup>, parece ser o mais adequado.

A avaliabilidade, anglicismo referente ao termo *evaluability* que pode ser traduzido como “em que medida o programa pode ser avaliado”, é o exame sistemático e preliminar de um programa, na sua teoria e na sua prática, a fim de determinar se há fundamento para uma avaliação extensa e/ou para melhor delimitar os objetivos do programa, bem como identificar áreas críticas a serem priorizadas na avaliação<sup>20</sup>.

Antes e durante o processo de avaliação, procurou-se identificar os interesses dos participantes como forma de garantir a sua utilidade<sup>21</sup>. Pretendeu-se avaliar e criticar a intervenção até que o seu desenho fosse coerente e lógico, identificar o interesse dos resultados da avaliação, analisar e comparar a realidade da intervenção e o modelo lógico, determinar se a intervenção está a ser implementada de acordo com o modelo teórico e se tem condições de alcançar os objetivos propostos, ou seja, se está bem definida e se o modelo da intervenção é avaliável<sup>22</sup>. Procurou-se, também, obter o consenso quanto: à pertinência da intervenção, isto é, a adequação ou coerência entre os objetivos da intervenção e os problemas a resolver; à adequação entre os objetivos da intervenção e os meios implementados para os alcançar, analisando o mérito do modelo teórico (a plausibilidade das hipóteses) e a validade do modelo operacional (a exatidão dos meios)<sup>18</sup>.

Em suma, este estudo buscou, por um lado, obter concordância em relação ao modelo lógico e perguntas avaliativas; e, por outro, que os propósitos e objetivos da intervenção fossem bem definidos, plausíveis, e tivessem condições para obtenção de dados<sup>23</sup>.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um EA com uma abordagem metodológica qualitativa esboçada em um estudo de caso<sup>24</sup> com o intuito de captar diversas perspectivas sobre a organização da atividade médica em Portugal. Com base nos elementos propostos por Thurston e Ramaliu<sup>25</sup>, foram desenvolvidas as seguintes atividades: a) identificação e revisão dos

documentos disponíveis sobre a intervenção; b) identificação dos interessados na avaliação; c) obtenção de um entendimento preliminar de como atua a intervenção; d) descrição da intervenção com identificação dos objetivos e as atividades; e) construção e apresentação do modelo lógico da intervenção aos interessados, solicitando a análise e sugestões pertinentes; f) desenvolvimento do modelo teórico da avaliação; g) obtenção de consenso sobre o modelo lógico da intervenção e da matriz de avaliação.

Considerando que os diferentes interessados podem ter entendimentos distintos sobre os objetivos, atividades e resultados esperados da intervenção, o consenso é importante para a legitimação dos modelos. Com esse objetivo, adotou-se a técnica adaptada da “conferência de consenso” proposta por Sousa, Silva e Hartz<sup>26</sup>. Essa tentativa de busca de um consenso genuíno visou conciliar a possibilidade de discussão aberta e a preservação do anonimato dos participantes nas seguintes etapas: a) identificação dos interessados; b) revisão da documentação e descrição da intervenção; c) construção do modelo lógico e do modelo de avaliação; d) preparação e ensaio de questionários; e) consolidação do modelo lógico e do modelo de avaliação; f) consensualização e validação.

Para operacionalizar este estudo, além das respostas aos questionários, foi considerada a legislação sobre o trabalho médico, a observação direta dos procedimentos instituídos nos serviços de saúde, bem como a revisão da literatura publicada, entre 2005 e 2020, nas bases documentais Google Acadêmico (GScholar), US National Library of Medicine, National Institutes of Health (PubMed), Europe PMC, e Scientific Electronic Library Online (SciELO), Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, Organização Internacional do Trabalho (OIT) (ILO home Publications), EUR-Lex, e *sites* de instituições oficiais e de organizações representativas dos médicos. Para a análise dos dados, recorreu-se à técnica da análise de conteúdo que, segundo Bardin<sup>27</sup>, permite analisar a realidade como é realmente retratada pelos agentes envolvidos.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (IHMT/UNL) (Parecer 19.20 de 12/11/2020). Os participantes foram informados da garantia de confidencialidade e deram o seu consentimento.

## **Identificação dos interessados**

A identificação dos interesses e/ou necessidades dos participantes, bem como a clarificação do uso possível e esperado dos resultados, é a forma de garantir a utilidade e credibilidade da avaliação, com conseqüente qualificação das decisões tomadas<sup>28</sup>. Para tal, importa referir os indivíduos e os grupos que têm alguma expectativa em relação à política de organização da atividade médica, que são: os políticos (Ministério da

Saúde); os dirigentes dos serviços de saúde; os médicos; e os utentes do sistema de saúde. Nessa população, existem aqueles mais diretamente ligados à implementação da política, os interessados internos (dirigentes e médicos), e aqueles beneficiados por ela, interessados externos (utentes).

Para a identificação dos interessados, procurou-se reconhecer as entidades quanto ao tipo de interesse (papel) e do apoio de cada um deles – aliado, neutro ou desconhecido e oponente. Entre os principais aliados, identificamos os dirigentes dos serviços de saúde, quer ao nível institucional (por exemplo, membros do conselho de administração), quer ao nível intermédio e operacional (tal como diretores de departamento ou diretores serviço). A seleção dos participantes no estudo de avaliação deve levar em conta a disponibilidade e o interesse de cada um; sendo importante, também, garantir que os diversos segmentos tenham seus interesses representados. Saliencia-se, ainda, o necessário cuidado com determinadas representações tendenciosas e manipuladas que pouco têm a contribuir<sup>29</sup>.

Neste EA, adotamos o tipo de “amostragem intencional”<sup>30</sup> para selecionar o tipo de participantes com mais interesse e que detêm maior conhecimento, escolhendo os que se julga serem mais representativos da população.

Assim, foram constituídos os seguintes grupos: grupo 1 – 10 peritos, especialistas em pensamento estratégico e políticas de recursos humanos, selecionados entre gestores, técnicos de saúde e investigadores; grupo 2 – grupo de teste constituído por 10 dirigentes na área de gestão intermédia e operacional, com funções de organização de recursos nas unidades de saúde, que ensaiaram resposta aos questionários e colaboraram no seu aperfeiçoamento; grupo 3 – 21 dirigentes do setor da saúde que exercem ou exerceram funções na área de gestão institucional; grupo 4 – 21 médicos dos serviços de saúde, estratificando subgrupos de médicos com funções operacionais, de direção, em início de carreira, bem como médicos com atividades sindicais e ou responsabilidade na Ordem dos Médicos.

Pretendeu-se formar uma amostra com proporções idênticas em cada grupo e subgrupo de modo a não influenciar os resultados apenas com uma perspectiva.

Atendendo ao objetivo e ao desenho do estudo, consideramos adequado o número de participantes para obter resultados válidos ética e cientificamente. É importante salientar que não se pretende extrapolar os resultados da amostra, tão só avaliar o sentido da intervenção ante os problemas que a intervenção visa resolver.

## **Revisão da documentação e descrição da intervenção**

A organização da atividade médica, entendida como um conjunto de ações ou decisões tomadas com o objetivo de melhorar a saúde e a qualidade de vida dos cidadãos,

é uma política fundamental à prossecução dos desafios da acessibilidade, eficácia e resiliência que se impõem aos sistemas de saúde<sup>1,2</sup>. Como intervenção em saúde, visa, essencialmente, implementar estratégias e ações para dispor de uma atividade médica planeada e organizada por forma a prosseguir aqueles desafios.

Para a organização da atividade médica, como para qualquer outra política de saúde, é fundamental a existência de um programa devidamente estruturado com definição clara dos objetivos gerais e específicos, bem como das metas – estas devem, também, ser específicas, viáveis, mensuráveis e localizadas no tempo e espaço. Porém, em resultado da análise documental (legislação e normas orientadoras sobre o trabalho médico), constatamos que essa intervenção, pela sua especificidade e complexidade, não dispõe de um documento estruturado que identifique com clareza os objetivos e os resultados esperados.

Por outro lado, qualquer estudo avaliativo se inicia com a descrição da intervenção que se pretende avaliar. Assim, o primeiro passo consistiu na identificação e na revisão dos documentos disponíveis sobre a intervenção, para elaboração de uma descrição preliminar.

Assim, em julho de 2020, após contato individual com os especialistas do grupo 1, ocorreu uma sessão *on-line* com vista a apresentar o tema, o modelo de investigação e a descrição preliminar da intervenção, para apreciação. A intenção foi estimular *brainstorm* centrado no foco da investigação, por meio da resposta a algumas questões fechadas e abertas apresentadas na forma de tabelas, a fim de recolher opinião, concordância ou discordância, parcial ou total, bem como obter sugestões e contributos.

Com a participação dos peritos, por correio eletrónico, foi possível obter um entendimento sobre a intervenção e a sua descrição. Esse documento foi objeto de publicação<sup>31</sup> e constituiu-se como a descrição da política de organização da atividade médica em Portugal para efeitos do presente estudo.

## **Construção do modelo lógico e do modelo de avaliação**

Para esclarecer os objetivos e avaliar a fundamentação teórica e metodológica da intervenção, seguimos o arquétipo desenvolvido pela equipe de investigadores do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Saúde da Universidade de Montreal que criou um modelo para avaliação das intervenções em saúde<sup>29</sup>.

A teoria da modelização<sup>23</sup> forneceu-nos uma lente para compreender a relação entre um modelo e a intervenção. A ferramenta habitualmente utilizada para descrever intervenções denomina-se modelo lógico, considerado uma forma de representação da teoria da intervenção que permite visualizar de forma esquemática e simples como a intervenção pretende modificar uma situação problemática<sup>32</sup>.

O modelo lógico é, então, um instrumento que circunscreve os aspectos básicos da intervenção, desde o seu planeamento até os resultados. O seu desenho compreende a conexão das partes da intervenção, seguindo uma cadeia de acontecimentos<sup>32</sup>:

- Recursos – é necessário recursos para se desenvolver uma intervenção;
- Atividades – os atores usam os recursos para realizar as atividades planeadas;
- Produtos – realizadas as atividades em conformidade com o plano, podem ser alcançados resultados imediatos ou efeitos que podem constituir metas incluídas no programa;
- Resultados – *“mudanças específicas no comportamento, conhecimento, atitudes, condição e nível de funcionamento dos participantes do programa. Os resultados de curto prazo devem ser alcançados dentro de 1-3 anos, enquanto os resultados de longo prazo devem ser alcançados dentro de 4-6 anos”*<sup>32</sup>;
- Impacto – *“mudança fundamental intencional ou não intencional que ocorre nas organizações, comunidades ou sistemas como resultado das atividades do programa dentro de 7 a 10 anos”*<sup>32</sup>.

Na construção do modelo lógico, foram identificados componentes da intervenção para comparar as características da que foi planeada com as da intervenção realmente implementada. Assim, considerando a natureza processual do EA, definimos como componentes do modelo lógico as quatro etapas da metodologia PDSA<sup>33</sup>:

- *Plan* [P] (Planear) – estabelecer os objetivos a alcançar, definir como se vão alcançar, e os recursos necessários para o fazer;
- *Do* [D] (Fazer) – implementar as medidas necessárias;
- *Study/Check* [S] (Estudar, avaliar) – verificar a implementação das medidas;
- *Act* [A] (Agir, alavancar) – corrigir as medidas em conformidade com o plano e padrões exigidos.

Não se trata propriamente de usar esse modelo (Ciclo de *Deming*) de controle da qualidade que utiliza ciclos sequenciais iterativos para proporcionar melhorias reaplicando o conhecimento adquirido na prática, embora o objetivo seja vincular o processo e a estrutura aos resultados em saúde. O desafio é testar as etapas do modelo PDSA como componentes da avaliação da intervenção, com vista à identificação de atividades e objetivos plausíveis. Dessa forma, foi construído o esboço do modelo lógico da intervenção.

Entretanto, seguiu-se uma abordagem dos peritos (grupo 1) com a remessa, por correio eletrónico, do modelo lógico preparado, solicitando resposta a algumas questões fechadas e abertas apresentadas na forma de tabelas, procurando obter consenso sobre aquele documento e sobre o modelo de avaliação. Esse processo de dis-

cussão obteve a participação de todos e gerou uma listagem preliminar de perguntas avaliativas com objetivo de identificar ações ou medidas para melhorar a intervenção.

### **Preparação e ensaio dos questionários**

Com base na documentação (descrição da intervenção, modelo lógico e listagem preliminar de perguntas avaliativas) consensualizada com os peritos, foram preparados quatro questionários, em formulários *on-line* do Google Forms:

- o primeiro para submeter à discussão o modelo lógico da intervenção;
- o segundo para identificar questões de interesse por meio da formulação de perguntas avaliativas potencialmente relevantes;
- o terceiro para obter a percepção dos participantes sobre a organização do trabalho médico e a sua relação com o funcionamento dos serviços de saúde;
- o quarto para validar o modelo de avaliação, tentar obter consenso quanto à coerência entre os objetivos da intervenção e os problemas a resolver, bem como quanto à pertinência da avaliação;

Esses questionários, antes de serem enviados aos participantes dos grupos 3 e 4, foram submetidos para apreciação prévia do grupo de teste (grupo 2) que ensaiou as respostas e contribuiu para o aperfeiçoamento destes. Verificou-se que esses instrumentos eram de fácil compreensão e preenchimento. Além disso, e mais importante, as questões colocadas foram consideradas pertinentes.

### **Consolidação do modelo lógico e do modelo de avaliação**

Entre novembro de 2020 e janeiro de 2021, envolveram-se os participantes dos grupos 3 e 4. Após contato e convite formal por correio eletrônico, teve lugar uma sessão *on-line* para exposição do tema e dos objetivos da investigação, e apresentação dos documentos ajustados com o grupo 1 (descrição da intervenção, modelo lógico e perguntas avaliativas). Seguidamente, em rondas diferentes, foram remetidos os questionários testados e assentes com o grupo 2.

Assim, na primeira ronda, foi remetido o primeiro questionário, acompanhado do modelo lógico da intervenção e de um ficheiro explicativo, possibilitando aos participantes a análise e a apresentação de sugestões.

Na segunda ronda, foi remetido o segundo questionário sobre as perguntas avaliativas, para identificar questões de interesse potencialmente relevantes, com o objetivo de identificar ações ou medidas para melhorar a intervenção, para o avanço do conhecimento sobre esta, assim como para a construção e validação de hipóteses coerentes com o programa<sup>34</sup>.

Nesses dois questionários, seguindo a técnica adaptada da “conferência de consenso” proposta por Sousa, Silva e Hartz<sup>26</sup>, cada dimensão do modelo lógico ou das perguntas avaliativas foi classificada pelos participantes, em uma escala de “zero” a “dez”, representando a opinião sobre a importância dessa atividade/dimensão. Uma classificação “dez” significa que o critério é da mais alta importância; já “zero” significa que o critério deve ser excluído. Caso todos os critérios de uma determinada dimensão recebam classificação “zero”, ela é excluída. Para todos os critérios, foram calculados a média aritmética, a mediana e o desvio-padrão. Quanto maior a média, maior a importância do critério. O desvio-padrão, por sua vez, permite a estimativa do grau de consenso. Quanto menor o desvio-padrão, maior o grau de consenso, independentemente da importância conferida do critério. Com base na metodologia descrita, foram estabelecidas as seguintes regras<sup>26</sup>:

- Todo critério com média igual ou superior a “sete” é considerado como importante. Abaixo disso, será pouco importante, não devendo fazer parte da documentação para o estudo;
- Todo critério com desvio-padrão inferior a “três” será considerado consensual. Caso seja também importante, o critério deverá ser incluído;
- Os critérios com média igual ou superior a “sete” e desvio-padrão igual ou superior a “três”, apesar de importantes, não devem ser incluídos, pois não serão consensuais.

Os participantes puderam, também, sugerir a exclusão ou a modificação de componentes, atividades e objetivos do modelo lógico, ou propor a inclusão de novas dimensões. Idêntica possibilidade foi prevista no questionário das perguntas avaliativas.

Entretanto, um terceiro questionário foi remetido para obter a percepção dos participantes dos grupos 3 e 4 sobre a organização do trabalho médico e a sua relação com o funcionamento dos serviços de saúde, bem como a influência dos fatores contextuais na implementação da intervenção.

### **Consensualização e validação**

Tratadas as respostas dos primeiros questionários, foi elaborado um primeiro relatório intercalar com o resumo dos consensos e divergências, sendo apresentado em nova sessão *on-line* com os participantes dos grupos 3 e 4, em que tiveram oportunidade de expressar suas opiniões. O encontro serviu para o enriquecimento da discussão. Nessa fase, não se tentou obter consenso. Era expectável que os participantes pudessem ter entendimentos distintos sobre os objetivos, atividades e, conseqüentemente, resultados esperados da intervenção.

Considerando os resultados do relatório intercalar e a discussão ocorrida na sessão, cada participante foi desafiado para clarificar pontos de divergência e consenso

quanto à coerência entre os objetivos da intervenção e os problemas a resolver, bem como a pronunciar-se podendo manter as primeiras respostas ou modificá-las.

Seguiu-se a remessa do quarto questionário aos mesmos grupos 3 e 4 para tentar obter consenso quanto à coerência entre os objetivos da intervenção e os problemas a resolver, bem como quanto à pertinência da avaliação. Juntamente com o questionário, seguiram o relatório intercalar e o resumo da participação.

Por fim, o quinto e último questionário e um segundo relatório intercalar e de um ficheiro resumo do processo participativo foram remetidos aos participantes dos grupos 3 e 4, bem como aos peritos, para recolher opinião e comentários finais sobre os documentos consolidados (modelo lógico da intervenção e perguntas avaliativas) e a implementação da intervenção.

Nesse processo, foi usada uma abordagem participativa, do tipo “ARA”: “ativa, reativa, adaptativa”<sup>23</sup>. Isto é, partindo de uma primeira versão desenhada a partir da documentação de suporte da intervenção, seguiu-se a distribuição pelos participantes para debater questões, obter consenso e validar a versão final.

Optou-se por uma abordagem com respostas confidenciais e anónimas, considerando a sensibilidade do tema em discussão e para permitir que cada participante se pronunciasse sem constrangimentos ou possibilidade de a sua resposta poder “contaminar” ou ser “contaminada” por outros.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Teoria da intervenção**

A descrição da intervenção, documento que reuniu consenso sobre “a política de organização da atividade médica em Portugal”<sup>31</sup>, permitiu dar especial atenção aos objetivos tentando clarificá-los. O modelo teórico da intervenção refere-se à forma como a política de organização da atividade médica pretende atingir os seus resultados, ou seja, como ela pretende realizar mudanças no sistema de saúde. A plausibilidade dessas relações deve ser observada no modelo lógico. No quadro que segue (Quadro 1), apresentamos os itens fundamentais da descrição da intervenção para a construção do modelo lógico da intervenção.

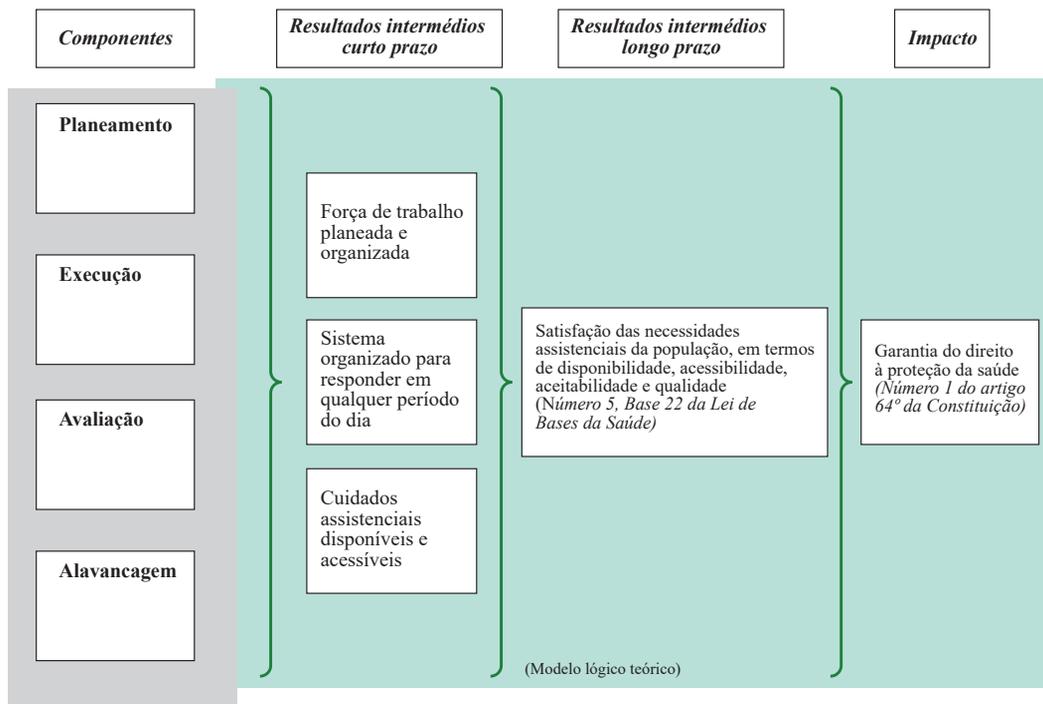
### Quadro 1. O problema, o programa e os objetivos

- Problema: rotura dos serviços de saúde por ausência de apoio médico
- Programa: política de organização da atividade médica
- Objetivo geral: assegurar a acessibilidade, eficácia e resiliência do sistema de saúde
- Meta: garantir assistência médica nos serviços de saúde, durante 24 horas por dia e 7 dias por semana
- Público-alvo: sistema de saúde
- Objetivos específicos:
  1. Adotar instrumentos eficazes de planeamento, gestão e avaliação dos recursos [n.º 4 da Base 22 da Lei de Bases da Saúde (LBS)];
  2. Dispor de uma força de trabalho planeada e organizada que executa trabalho em equipa, multidisciplinar e de complementaridade entre os diferentes profissionais de saúde [alínea c) do n.º 2 da Base 29 da LBS];
  3. Satisfazer as necessidades assistenciais da população, em termos de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade [n.º 5 da Base 22 da LBS].

Fonte: elaboração própria.

Um conhecimento da influência relativa dos componentes da intervenção sobre os efeitos esperados permite identificar os elementos críticos do sucesso e, dessa forma, reproduzir um programa mais eficaz<sup>35</sup>. A representação dessa cadeia causal constitui o modelo lógico teórico da intervenção (Figura 1).

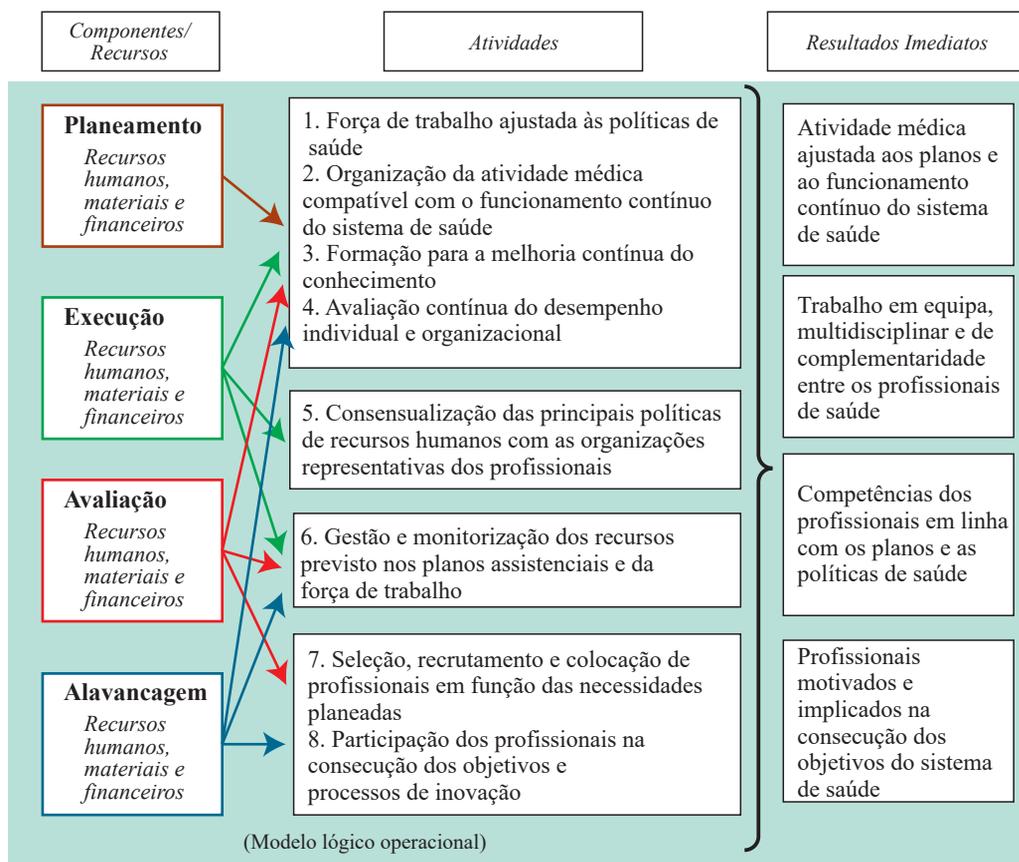
Figura 1. Modelo lógico teórico – influência relativa das componentes sobre os efeitos



Fonte: elaboração própria.

Já o modelo lógico operacional (Figura 2) representa a maneira como o programa deveria permitir alcançar os objetivos da intervenção<sup>23</sup>. Apresenta os recursos e os processos necessários para que a organização da atividade médica possa assegurar a resposta de cuidados de saúde durante 24 horas por dia e 7 dias por semana.

Figura 2. Modelo lógico operacional



Fonte: elaboração própria.

Com a participação dos peritos, integraram-se os dois modelos, lógico teórico e lógico operacional, e desenhou-se uma primeira versão do modelo lógico, seguindo-se a distribuição pelos participantes para, nas etapas do EA, debater questões, obter consenso e validar a versão final, com classificação das atividades e objetivos (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1. Classificação das atividades quanto à importância

Componentes / Atividades	Média	Desvio-padrão
<b>Planeamento (Plan)</b>		
1. Força de trabalho ajustada às políticas de saúde	9	1,5
2. Organização da atividade médica compatível com o funcionamento contínuo do sistema de saúde	9	1,1
3. Formação para a melhoria contínua do conhecimento	8	1,3
4. Avaliação contínua do desempenho individual e organizacional	8	1,2

Componentes / Atividades	Média	Desvio-padrão
<b>Execução (Do)</b>		
1. Força de trabalho ajustada às políticas de saúde	8	1,5
2. Organização da atividade médica compatível com o funcionamento contínuo do sistema de saúde	9	1,3
3. Formação para a melhoria contínua do conhecimento	8	1,3
4. Avaliação contínua do desempenho individual e organizacional	8	1,5
5. Consensualização das principais políticas de recursos humanos com as organizações representativas dos profissionais	7	1,5
6. Gestão e monitorização dos recursos previstos nos planos assistenciais e da força de trabalho	9	1,3
7. Seleção, recrutamento e colocação de profissionais em função das necessidades planeadas	8	1,5
8. Participação dos profissionais na consecução dos objetivos e processos de inovação	9	1,3
<b>Avaliação (Check)</b>		
1. Força de trabalho ajustada às políticas de saúde	8	1,3
2. Organização da atividade médica compatível com o funcionamento contínuo do sistema de saúde	9	1,5
3. Formação para a melhoria contínua do conhecimento	8	1,4
4. Avaliação contínua do desempenho individual e organizacional	8	1,3
6. Gestão e monitorização dos recursos previstos nos planos assistenciais e da força de trabalho	8	1,4
7. Seleção, recrutamento e colocação de profissionais em função das necessidades planeadas	9	1,6
8. Participação dos profissionais na consecução dos objetivos e processos de inovação	8	1,4
<b>Alavancagem (Act)</b>		
1. Força de trabalho ajustada às políticas de saúde	8	1,3
2. Organização da atividade médica compatível com o funcionamento contínuo do sistema de saúde	9	1,3
3. Formação para a melhoria contínua do conhecimento	9	1,2
4. Avaliação contínua do desempenho individual e organizacional	8	1,3
6. Gestão e monitorização dos recursos previstos nos planos assistenciais e da força de trabalho	8	1,3
7. Seleção, recrutamento e colocação de profissionais em função das necessidades planeadas	9	1,4
8. Participação dos profissionais na consecução dos objetivos e processos de inovação	8	1,4

Fonte: elaboração própria.

Tabela 2. Classificação dos objetivos quanto à importância

Objetivos	Média	Desvio padrão
1. Força de trabalho planeada e organizada	9	1,1
2. SNS organizado para responder em qualquer período do dia	8	2,1
3. Cuidados assistenciais disponíveis e acessíveis	9	1,3
4. Prestação de cuidados de saúde de qualidade e em tempo útil	7	3,0
<i>OBS.: O objetivo 4, com média igual a “sete” e desvio-padrão igual a “três”, apesar de importante, não foi incluído, por não ser consensual.</i>		

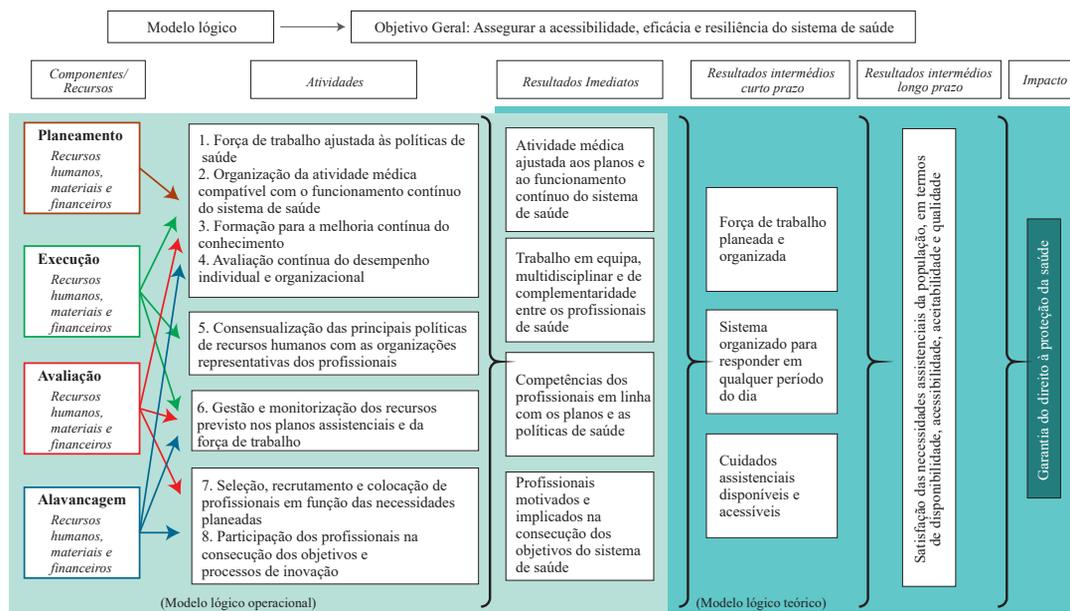
Fonte: elaboração própria.

No processo de discussão e validação do modelo lógico com os participantes, foi possível obter consenso relativamente aos seguintes aspectos:

- As atividades e objetivos do modelo são plausíveis;
- Há coerência entre os objetivos da intervenção e os problemas a resolver;
- A lógica da intervenção tornou-se mais clara;
- Contudo, a implementação da intervenção está em desvio com o previsto no programa da organização da atividade médica.

Nas rondas de intervenção dos participantes, recolheu-se opinião sobre os documentos, procurando compreender a ligação entre o modelo e a intervenção e as condições de alcançar os objetivos propostos. Assim, obteve-se um modelo lógico da intervenção (Figura 3) que, em termos de objetivos, resultados e impacto, reflete a intervenção planeada e incorpora, inevitavelmente, os princípios constitucionais de assegurar “o acesso de todos os cidadãos” aos cuidados de saúde, como também “uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde” [alínea b), n.º 3 do artigo 64.º da Constituição Portuguesa - CRP].

Figura 3. Modelo lógico da intervenção



Fonte: elaboração própria.

De igual modo, as atividades e os produtos (resultados imediatos, intermédios e impacto) refletem um modelo de gestão efetiva dos recursos por forma a dispor de uma força de trabalho planeada e organizada para satisfazer as necessidades assistenciais da população, em termos de acessibilidade, eficácia e resiliência. Assim, cada componente, atividade e objetivos do modelo lógico contribuem para o impacto e para o resultado, podendo não esgotar a natureza multidimensional dos fatores que concorrem para a resposta global do sistema de saúde, atendendo à interdependência das políticas de saúde ante as restantes políticas do Estado.

Salienta-se, porém, que o modelo lógico apresenta necessariamente algumas limitações: 1) representa o modo como supostamente a intervenção deveria acontecer no plano ideal, não considerando os possíveis obstáculos na execução; 2) não inclui resultados, além dos que serão normalmente esperados; 3) apresenta dificuldade em estabelecer o nexo de causalidade, já que outros fatores externos à intervenção podem influenciar os resultados.

Contudo, essa construção do modelo permite representar o caminho lógico entre as causas imediatas e as causas distantes focadas pela intervenção. Isto é, espera-se dispor de uma metodologia de organização da atividade médica que possibilite a

distribuição dos médicos pelas unidades de saúde com horários de trabalho flexíveis e ajustados ao funcionamento contínuo dos serviços e ao trabalho em equipe.

## Foco da avaliação

As avaliações são realizadas para responder a perguntas e aplicar critérios de julgamento de valor aos resultados encontrados. As perguntas avaliativas definem a direção da avaliação e o modelo lógico é essencial para a sua formulação<sup>36</sup>.

Assim, em uma primeira fase (divergente), as perguntas avaliativas foram identificadas, de forma tão abrangente quanto possível, sobre questões e interesses potencialmente relevantes<sup>21</sup>, seguindo-se a sua distribuição pelos participantes para debater questões e obter consenso. Delimitar o foco da avaliação e identificar os aspectos da intervenção que se pretende observar em profundidade foi fundamental. A abordagem participativa permitiu obter o grau de consensualização necessário para selecionar seis perguntas distribuídas pela avaliação da estrutura (duas), do processo (duas) e do resultado (duas) (Quadro 2).

Quadro 2. Seleção das perguntas avaliativas

Perguntas	Tipo de pergunta
1. Há um plano de recursos humanos para uma racional e eficiente cobertura do país em número de médicos?	Avaliação da estrutura
2. Existe um plano de organização da atividade assistencial, enquanto instrumento que se destina a satisfazer as necessidades de saúde da população, em termos de disponibilidade, acessibilidade e qualidade?	Avaliação da estrutura
O regime de trabalho médico é compatível com a exigência de funcionamento contínuo do sistema de saúde, 24 horas por dia, 7 dias por semana?	Avaliação do processo
4. O regime de trabalho médico é compatível com o trabalho em equipe, multidisciplinar e de complementaridade entre os diferentes profissionais de saúde?	Avaliação do processo
5. Os médicos são colocados e distribuídos pelas diferentes regiões do país, conforme as necessidades?	Avaliação do resultado
6. O desempenho individual e organizacional é avaliado?	Avaliação do resultado

Fonte: elaboração própria.

Surgiu, depois, a necessidade de perceber e decidir se o estudo seria capaz de responder a todas as perguntas, considerando os recursos e as prioridades. Sucedeu, naturalmente, a fase (convergente) em que se consensualizaram as perguntas com base em critérios de prioridade, utilidade, relevância e viabilidade<sup>21</sup>. Assim, recentrado

o foco na “atividade médica planeada e organizada por forma a garantir um sistema de saúde eficaz, acessível e resiliente”, o processo seletivo, validado posteriormente pelos participantes, levou-nos a identificar os aspectos fundamentais da “força de trabalho” que decorrem da Constituição Portuguesa (CRP) e da Lei de Bases da Saúde (LBS), e que são, em simultâneo, questões de avaliação e hipóteses de investigação de fatores contextuais que facilitam ou comprometem o sucesso da intervenção que, por sua vez, visam prosseguir os desafios da eficácia, acessibilidade e resiliência do sistema de saúde.

Desse modo, em conformidade com a matriz de análise e julgamento que segue, as respostas às perguntas avaliativas serão observadas a partir de critérios, indicadores e parâmetros que permitirão avaliar as mudanças na situação problemática como resultado da intervenção (Quadro 3).

Quadro 3. Matriz de análise e julgamento

Perguntas avaliativas	Crítérios / Indicadores	Parâmetros	Tipo de dados	Fonte de dados
1- Há um plano de recursos humanos para uma racional e eficiente cobertura do país em número de médicos?	Conhecimento do Plano. Percepção dos participantes / Coeficiente de implementação	Plano, conforme artigo 64.º, n.º 3, alínea b) da CRP	Secundários e primários	Legislação, fontes científicas publicadas (artigos, teses, dissertações), fontes de divulgação de ideias (revistas, sites etc.) e questionários
3- O regime de trabalho médico é compatível com a exigência de funcionamento contínuo do sistema de saúde, 24 horas por dia, 7 dias por semana?	Conhecimento do regime. Percepção dos participantes / Grau de compatibilidade	Compatibilidade total do regime com o funcionamento contínuo		
4- O regime de trabalho médico é compatível com o trabalho em equipe, multidisciplinar e de complementaridade entre os diferentes profissionais de saúde?	Conhecimento do regime. Percepção dos participantes / Grau de compatibilidade	Compatibilidade total do regime com o trabalho em equipe		
5- Os médicos são colocados e distribuídos pelas diferentes regiões do país, conforme as necessidades?	Conhecimento do resultado. Percepção dos participantes / Coeficiente de implementação	Colocação conforme necessidades		

Fonte: elaboração própria.

Na pesquisa avaliativa que vai suceder este estudo, será utilizada informação disponível em base de dados (dados secundários), bem como a resultante do tratamento dos questionários aplicados aos participantes (dados primários).

## Recomendações

O processo participativo permitiu constatar que, após a clarificação dos objetivos, a análise da realidade parece mostrar que a implementação da intervenção está em desvio do previsto. Todavia, é plausível que a intervenção alcance os resultados se recentrar o foco nas questões de avaliação identificadas, de interesse crucial para: a) fortalecer a lógica da intervenção de forma a torná-la mais clara, mensurável, realista e consensual; b) melhorar a implementação ao nível das atividades da intervenção para ter uma maior hipótese de alcançar os objetivos definidos.

Assim, utilizando o EA como ferramenta de apoio à tomada de decisão, e tendo por base os objetivos identificados no modelo lógico (Figura 3), bem como as questões que os participantes querem ver respondidas, podemos identificar na legislação e em algumas fontes de divulgação de ideias um conjunto de observações/recomendações importantes para a implementação da intervenção:

1. Um “plano de recursos humanos para uma racional cobertura do país em número de médicos”, como atividade decorrente de:
  - 1.1. A incumbência prioritária de o Estado garantir uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde (alínea b) do n.º 3 do artigo 64.º da CRP);
  - 1.2. A necessidade de reforçar a capacidade de planeamento e previsão em matéria de profissionais de saúde, plasmada no Regulamento (UE) n.º 282/2014 do Parlamento e do Conselho, de 11 de março de 2014<sup>1</sup>;
  - 1.3. As diversas iniciativas da Comissão Europeia, desde 2012, para desenvolver as capacidades dos Estados-Membros para responder aos problemas existentes nesta área e a ação conjunta sobre planeamento e previsão das necessidades de mão de obra no setor da saúde a fim de antecipar as futuras necessidades em matéria de competências e melhorar o desenvolvimento profissional contínuo<sup>37</sup>;
  - 1.4. O desenvolvimento do Inventário Nacional dos Profissionais de Saúde – criado pela Lei n.º 104/2015, de 24 de agosto – como mais um instrumento de uma política de utilização mais racional e eficiente dos recursos disponíveis, para continuar a garantir o direito à proteção da saúde dos cidadãos.
2. Um “regime de trabalho médico compatível com a exigência de funcionamento contínuo do sistema de saúde”, justificado por:
  - 2.1. O período entre as 20h e as 8h de segunda a sexta-feira, aos sábados, domingos e feriados – 108 (64,3%) das 168 horas semanais – é assegurado com as “até 18 horas semanais” de cada médico<sup>3,4</sup>, com trabalho extraordinário e, frequen-

temente, com prestação de serviços por médicos externos à instituição. Significa que, o atual regime legal de trabalho médico, em Portugal, ao contrário do normativo aplicável aos restantes profissionais, não assegura condições para apoio médico permanente às atividades de internamento, urgência externa e interna, unidades de cuidados intensivos e unidades de cuidados intermédios.

- 2.2. Haja ou não escassez de médicos, a gestão do tempo de trabalho desse grupo profissional é decisiva para os sistemas de saúde. Sendo o papel do médico insubstituível no diagnóstico e tratamento, conforme regime legal da carreira médica (artigos 9.º dos Decretos-Lei n.º 176/2009 e n.º 177/2009, ambos de 4 de agosto), é manifesta a correlação entre a organização do trabalho, o funcionamento contínuo dos serviços e o acesso. O trabalho médico condiciona a oferta de cuidados de forma inequívoca de tal modo que, ainda que fossem solucionados todos os outros problemas (a atividade dos outros profissionais, a adequação das instalações, a articulação institucional, a integração de cuidados etc.), a existência de períodos sem cobertura médica impossibilitará o acesso ao sistema de saúde.
3. Um “regime de trabalho médico compatível com o trabalho em equipa, multidisciplinar e de complementaridade entre os diferentes profissionais de saúde”, justificado por:
  - 3.1. Na área da saúde, o trabalho em equipe pressupõe “intensa colaboração entre profissionais”,<sup>38</sup> sem espaço para disputar o doente pois “a lógica não é obter lucros individuais, mas propiciar melhores condições de saúde”<sup>39</sup>;
  - 3.2. O reforço de modelos organizacionais de recursos humanos para instituir o “trabalho de equipa” é fundamental para assegurar a intervenção na doença crônica, na multimorbilidade, bem como na constituição e no desenvolvimento de competências para o trabalho multidisciplinar<sup>40</sup>;
  - 3.3. A organização interna dos estabelecimentos e serviços do SNS deve basear-se em modelos que privilegiam o “trabalho em equipa” (n.º 3 da Base 22 da LBS), cabendo ao Estado “promover uma política de recursos humanos que garanta” “o trabalho em equipa, multidisciplinar e de complementaridade entre os diferentes profissionais de saúde” [alínea c) do n.º 2 da Base 29]<sup>41</sup>;
  - 3.4. A organização coerente com trabalho em equipe tanto do pessoal médico como não médico é indispensável para garantir a qualidade e a continuidade dos cuidados de saúde que são progressivamente mais exigentes, implicando criar condições de sincronização dos tempos de trabalho para cooperação entre os profissionais de saúde<sup>42</sup>.

4. Um “processo de seleção e recrutamento que garante a colocação e distribuição de médicos pelas diferentes regiões do país”, porque incumbe prioritariamente ao Estado promover e prover:
  - 4.1. “Uma racional e eficiente cobertura de todo o país em recursos humanos e unidades de saúde” [alínea b), n.º 3 do artigo 64.º da CRP];
  - 4.2. “A igualdade e a não discriminação no acesso a cuidados de saúde de qualidade em tempo útil” (n.º 2, Base 4 da LBS);
  - 4.3. “Uma força de trabalho planeada e organizada de modo a satisfazer as necessidades assistenciais da população, em termos de disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade” (n.º 5, Base 22 da LBS).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, apresentamos um EA ou pré-avaliação que inclui um modelo de acompanhamento da intervenção com informações que podem ser utilizadas durante a sua execução, visando identificar precocemente possíveis problemas e assegurar o seu desenvolvimento conforme o planeado. Por último, pode-se utilizar este estudo com o propósito de aprofundar o tema e proporcionar uma nova abordagem.

Pretendeu-se conhecer se a intervenção poderia ser adequadamente avaliada e se a avaliação contribuiria para melhorar o desempenho. Para o efeito, materializou-se o desenho do estudo com as seguintes etapas:

- Identificação e revisão dos documentos orientadores e implementadores da intervenção;
- Descrição da intervenção e construção do modelo lógico;
- Envolvimento e interação com os participantes interessados sobre o modelo de avaliação, o modelo lógico da intervenção e perguntas avaliativas.

Os interesses dos participantes envolvidos foram considerados com a finalidade de maximizar a utilidade da avaliação. Obteve-se concordância em relação ao modelo lógico e perguntas avaliativas. Confirmou-se, também, que os propósitos e os objetivos do estudo foram bem definidos, são plausíveis e têm condições para a obtenção de dados.

Desse modo, os objetivos do EA foram alcançados a partir dos seguintes resultados:

- A descrição da intervenção<sup>31</sup> e o modelo lógico (Figura 3) foram validados pelos interessados;
- As perguntas avaliativas foram identificadas, e foi reconhecida a possibilidade de, em grande parte, poderem ser respondidas.

Concluimos, por conseguinte, que há condições de avaliabilidade da intervenção. Tanto a concordância entre os participantes sobre o modelo lógico quanto a coerência entre as ati-

vidades, objetivos e resultados esperados garantem a clareza da informação gerada e o seu possível uso no avanço do conhecimento empírico e teórico sobre a intervenção.

Reconhecemos que a principal limitação do estudo está relacionada com a inexistência de um programa devidamente estruturado com definição clara dos objetivos e metas. Seria expectável identificar os objetivos gerais e específicos bem como as metas da intervenção. Essas metas deveriam, também, ser específicas, viáveis, mensuráveis e localizadas no tempo e espaço. Porém, como referimos, esta intervenção, pela sua especificidade e complexidade, não dispõe de um documento estruturado que identifique com clareza os objetivos e os resultados esperados. Todavia, nessa situação, o EA é útil ao possibilitar uma visão mais nítida acerca da racionalidade da construção da intervenção. Além disso, auxilia na construção de um entendimento comum a respeito do problema que se quer resolver, além do processo necessário para alcançá-lo, bem como elucida a coerência da lógica interna, contribuindo para identificar lacunas e resultados incoerentes.

Importa salientar ainda que o reconhecido potencial desta análise, que utiliza métodos científicos para melhorar a informação sobre o funcionamento e a eficácia da intervenção, contribui para a sua melhoria, isto é, mostra-nos que pode ser avaliada e que a avaliação é capaz de contribuir para melhorar a sua performance.

O envolvimento dos participantes permitiu clarificar a lógica da intervenção e como se espera que os objetivos sejam alcançados, assim como criou condições para avançar para a sua avaliação<sup>43</sup>. Acresce que a maior parte da informação recolhida neste estudo pode ser utilizada na avaliação subsequente. O impacto é maximizado pelo envolvimento dos interessados na análise da informação obtida, na justificação das conclusões, bem como na partilha e divulgação das lições aprendidas.

## **Agradecimento**

Um agradecimento muito especial à Professora Zulmira Hartz pela sempre pronta disponibilidade, contribuição intelectual, apoio e amizade.

## **Referências**

1. European Commission. Comunicação sobre Sistemas de Saúde eficazes, acessíveis e resilientes COM (2014) 215 final [Internet]. 2014 [citado 2020 maio 17]. Disponível em: <https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2014/PT/1-2014-215-PT-F1-1.PDF>
2. European Commission. Directorate-General for Health and Food Safety. State of health in the EU: companion report 2017 [Internet]. 2017[cited 2020 May 17]. Available from: <http://dx.publications.europa.eu/10.2875/684855>

3. Portugal. Ministério das Finanças - DGAEP. Acordo Coletivo de Trabalho nº 2/2009. Alteração ao Acordo coletivo da carreira especial médica, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 198, de 13 de outubro de 2009, sob o n.º 2/2009, alterado pelo Aviso n.º 17239/2012, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 250, de 27 de dezembro de 2012 e sua republicação. Aviso n.º 12509/2015, Diário da República [Internet], 2.ª série, n.º 210; 27 out. 2015 [citado 2020 maio 17]. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/70819819/details/maximized>
4. Portugal. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Boletim do Trabalho e Emprego. Acordo Coletivo de Trabalho, carreira médica. BTE n.º 41, vol. 76 - ACT2009 [Internet]. 8 nov. 2009 [citado 2020 maio 17]. Disponível em: [http://bte.gep.msess.gov.pt/completos/2009/bte41\\_2009.pdf](http://bte.gep.msess.gov.pt/completos/2009/bte41_2009.pdf)
5. Borja-Santos R. Demissões em bloco na Saúde após morte de jovem no Hospital de São José. Jornal Público [Internet]. 22 dez. 2015 [citado 2020 maio 17]. Disponível em: <https://www.publico.pt/2015/12/22/sociedade/noticia/administradores-do-hospital-de-sao-jose-demitemse-apos-morte-de-jovem-por-falta-de-assistencia-1718249>
6. Campos A. Para evitar que médicos “adormeçam” nas urgências, Ordem quer fim de turnos de 24 horas. Público [Internet]. 11 ago. 2016 [citado 2019 nov 24]. Disponível em: <https://www.publico.pt/2016/08/11/sociedade/noticia/ordem-dos-medicos-exige-fim-definitivo-de-turnos-de-24-horas-nas-urgencias-1741002>
7. Teixeira F. Urgência pediátrica do Garcia de Orta encerra esta noite por falta de médicos. Público [Internet]. 12 out. 2019 [citado 2019 out 23]. Disponível em: <https://www.publico.pt/2019/10/12/sociedade/noticia/urgencia-pediatrica-garcia-orta-encerra-noite-falta-medicos-1889793>
8. Pires C. Urgências pediátricas do Hospital Garcia de Orta: “Se necessário, que se faça uma requisição civil”. Diário de Notícias [Internet]. 26 out. 2019 [citado 2019 nov 2019]. Disponível em: <https://www.dn.pt/vida-e-futuro/urgencias-pediatricas-do-hospital-garcia-de-orta-se-necessario-que-se-faca-uma-requisicao-civil-11449099.html>
9. Gaudêncio R. Chefes de cirurgia de Faro recusam fazer urgências a partir de Janeiro. Público [Internet]. 5 dez. 2019 [citado 2020 maio 17]. Disponível em: <https://www.publico.pt/2019/12/05/sociedade/noticia/chefes-cirurgia-faro-recusam-urgencias-partir-janeiro-1896351>
10. Gaspar S, Moreno C, Menna-Barreto L. Os plantões médicos, o sono e a ritmicidade biológica [Internet]. Rev Assoc Med Bras. 1998 [citado 2019 jul 27];44(3):239-45. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42301998000300013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42301998000300013&script=sci_arttext)

11. Dussault G, Dubois C-A. Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Hum Resour Health* [Internet]. 2003 [cited 2020 May 27];1:1. Available from: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/1>
12. Siegrist J, Shackelton R, Link C, Marceou L, Knesebeck O von dem, McKinlay J. Work stress of primary care physicians in the US, UK and German health care systems. *Soc Sci Med*. 2010;71(12):298-304.
13. Lapão LV, Dussault G. From policy to reality: clinical managers' views of the organizational challenges of primary care reform in Portugal. *Int J Health Plann Manage*. 2012;27(4):295-307.
14. Johnston A, Abraham L, Greenslade J, Thom O, Carlstrom E, Wallis M, et al. Review article: Staff perception of the emergency department working environment: Integrative review of the literature. *Emerg Med Australas*. 2016;28(1):7-26.
15. Domagala A, Bała MM, Storman D, Peña-Sánchez JN, Swierz MJ, Kaczmarczyk M, et al. Factors Associated with Satisfaction of Hospital Physicians: A Systematic Review on European Data. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(11):2546.
16. Ferreira M, Lopes A, Guimarães M, Barros H. A Carreira Médica e os Fatores Determinantes da Saída do Serviço Nacional de Saúde. *Acta Med Port*. 2018;31(9):483-88.
17. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos A-P, Denis J-L. A Análise da Implantação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Hartz Z, organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2016. p. 217-38.
18. Leviton LC, Collins CB, Laird BL, Kratt PP. Teaching evaluation using evaluability assesement. *Evaluation*. 1998;4(4):389-409.
19. Leviton LC, Khan LK, Rog D, Dawkins N, Cotton D. Evaluability Assessment to Improve Public Health Policies, Programs, and Practices. *Annu Rev Public Health*. 2010;31:213-33.
20. Lima LRF, Silva LMV. Ampliação do acesso à atenção oftalmológica: um estudo sobre a avaliabilidade da campanha "De Olho na Visão", Goiás, 2004. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2008 [citado 2019 maio 1];13(Sup 2):2059-64. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/z4LPXQDfB4XDv69h3xNTxMh/?lang=pt&format=pdf>
21. Worthen RB, Sanders JR, Fitzpatrick JL. Identificação e seleção de perguntas e critérios. In: Worthen RB, Sanders JR, Fitzpatrick JL. *Avaliação de Programas: concepções e práticas*. São Paulo: Gente; 2004. p. 341-71.
22. Rossi PH, Lipsey MW, Freeman HE. Expressing and assessing Program theory. In: Rossi PH, Lipsey MW, Freeman HE. *Evaluation: A System approach*. 7th ed. California: Sage; 2004. p. 133-66.

23. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos A-P. Modelizar as Intervenções. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Hartz Z, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2016. p. 61-74.
24. Yin RK. Case Study Research - Design and Methods. 3rd ed. California: Sage Publications; 2003.
25. Thurston WE, Ramaliu A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. *Can J Program Eval.* 2005;20(2):1-25.
26. Souza LEPF, Silva LMV, Hartz ZMA. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadoras. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [Internet]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005 [citado 2021 jan 26]. p. 65-102. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/xzdnf/pdf/hartz-9788575415160.pdf>
27. Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução de Luís Antero Reta e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 2000.
28. Worthen RB, Sanders JR, Fitzpatrick JL. Definição de limites e análise do contexto da Avaliação. In: Worthen RB, Sanders JR, Fitzpatrick JL. Avaliação de Programas: concepções e práticas. São Paulo: Gente; 2004. p. 301-5.
29. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
30. Nagae CY. Amostragem intencional [dissertação] [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007 [citado 2021 jul. 1]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/45/45133/tde-06122007-205037/>
31. Bernardino M. A política de organização da atividade médica em Portugal. *An Inst Hig Med Trop* [Internet]. 2020 [citado 2020 out 30];19:71-78 Pages. Disponível em: <http://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/358>
32. W.K. Kellogg Foundation. Guia de Desarrollo de Modelos Lógicos [Internet]. Michigan: W.K. Kellogg Foundation; 2001 [citado 2020 out 30]. Disponível em: <https://docplayer.es/6078915-Fundacion-w-k-kellogg-guia-de-desarrollo-de-modelos-logicos.html>
33. McNicholas C. A scientific approach to improvement: the use of Plan-Do-Study-Act cycles in healthcare [tese] [Internet]. London: Imperial College London; 2016 [cited 2020 Jul 22]. Available from: <http://spiral.imperial.ac.uk/handle/10044/1/43360>
34. Champagne F, Contandriopoulos A-P, Brousselle A, Hartz Z, Denis J-L. A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Hartz Z, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2016. p. 41-60.

35. Denis J-L, Champgne F. Análise da Implantação. In: Zulmira Hartz, organizadora. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1997. p. 49-88.
36. W.K. Kellogg. Foundation. Uso de su modelo lógico para planificar la evaluación- Formulación de preguntas de evaluación. In: Guia de Desarrollo de Modelos Lógicos. Michigan: W.K. Kellogg. Foundation; 2001. p. 35-48.
37. European Commission. Apresentação. [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 28]. Available from: [https://ec.europa.eu/health/workforce/overview\\_pt](https://ec.europa.eu/health/workforce/overview_pt)
38. Leathard A, editor. Interprofessional collaboration: from policy to practice in health and social care. Hove; New York: Brunner-Routledge; 2003. 378 p.
39. Pustai OJ. A “Ordem” de-vida para o médico pensar o paciente: uma ontologia espinosiana de ser humano na medicina [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.
40. Jorge A. A Saúde e o Estado: O SNS aos 40 anos. In: Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Saúde, um direito humano - Relatório Primavera 2019 [Internet]. Lisboa: OPSS; 2019 [citado 2020 jul 22]. p. 28-32. Disponível em: <http://opss.pt/relatorios/relatorio-primavera-2019/>
41. Portugal. Assembleia da República. Lei de Bases de Saúde. Lei n.º 95, de 4 de setembro de 2019. Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. Diário da República [Internet]. n.º 169/2019, Série I, 4 set. 2019 [citado 2020 jul 22]. Disponível em: <https://data.dre.pt/eli/lei/95/2019/09/04/p/dre>
42. Vauchel V. Gérer et organiser différemment le temps de travail médical. L'exemple des anesthésistes à l'Hôpital Universitaire Necker-Enfants malades [Internet]. École des Hautes Études en Santé Publique; 2014 [cited 2020 Jul 22]. Available from: <https://documentation.ehesp.fr/memoires/2014/edh/vauchel.pdf>
43. Peersman G, Guijt I, Pasanen T. Evaluability Assessment for Impact Evaluation. Guidance, Checklist and Decision Support [Internet]. Methods LAB; 2015 [cited 2020 Jul 22]. Available from: <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/9802.pdf>

### **Conflito de interesse**

Os autores declaram que não existem conflitos de interesse.

## CAPÍTULO 6

---

# PROGRAMA DE ATENÇÃO PÓS- PARTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ELABORAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA MATRIZ DE ANÁLISE E JULGAMENTO

---

*Postpartum care program in primary care: construction and validation of  
an Analysis and Judgment Matrix*

**Tatiane Baratieri<sup>1</sup>**

**Sonia Natal<sup>2</sup>**

1. Baratieri, T. Doutora. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual do Centro-Oeste. Guarapuava. Paraná. Brasil – E-mail: baratieri.tatiane@gmail.com

2. Natal, S. Doutora. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. Santa Catarina. Brasil.

## Resumo

**Objetivo:** Elaborar e validar uma Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) do programa de atenção pós-parto na atenção primária. **Metodologia:** Trata-se da elaboração e validação de uma MAJ, que se constituiu em uma das etapas de um estudo de avaliabilidade da atenção pós-parto na atenção primária. Para elaboração da MAJ, realizou-se revisão de literatura nacional e internacional, revisão de documentos nacionais e entrevistas com *stakeholders*. A validação da MAJ se deu por meio de Conferência de Consenso. **Resultados:** A MAJ foi composta por duas dimensões de análise, gestão e execução, desagregadas, respectivamente, por três e sete subdimensões. Cada subdimensão tem uma pontuação máxima, distribuída entre os critérios/indicadores que a compõem para que seja possível determinar o grau de implantação da atenção pós-parto. A dimensão gestão apresenta três subdimensões, que são: “recursos financeiros, materiais e físicos”; “recursos humanos” e “mecanismos para coordenação do cuidado e intersetorialidade”. A dimensão execução apresenta sete subdimensões: “longitudinalidade”; “acesso”, “saúde física”, “saúde mental”, “violência doméstica”, “aleitamento materno” e “planejamento reprodutivo”. **Considerações finais:** Elaborou-se um instrumento avaliativo para atenção pós-parto até então inexistente, com alto percentual de concordância na Conferência de Consenso, o que conferiu ao instrumento consistência e potencial para ser utilizado em diferentes realidades.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Período pós-parto. Saúde das mulheres. Avaliação em saúde.

## Abstract

**Objective:** To develop and validate an Analysis and Judgment Matrix (AJM) for the postpartum care program in primary care. **Methodology:** This is the elaboration and validation of an AJM, which constituted one of the stages of an evaluability study of postpartum care in primary care. To prepare the MAJ, a review of national and international literature, a review of national documents and interviews with stakeholders were carried out. AMJ validation took place through a consensus conference. **Results:** The AJM was composed of two dimensions of analysis, management and execution, disaggregated into three and seven sub-dimensions, respectively. Each sub-dimension has a maximum score, distributed among the criteria/indicators that compose it to make it possible to determine the degree of implementation of postpartum care. The management dimension has three sub-dimensions which are: “financial, material and physical resources”; “human resources” and “mechanisms for coordination of care and intersectorality”. The execution dimension has seven sub-dimensions which are: “longitudinality”; “access”, “physical health”, “mental health”, “domestic violence”, “breastfeeding” and “reproductive planning”. **Final considerations:** An evaluative instrument for postpartum care,

which did not exist until then, was developed, with a high percentage of agreement in the consensus conference, which gave the instrument consistency and potential to be used in different realities.

**Keywords:** Primary Health Care. Postpartum period. Women’s health. Health evaluation.

## Résumé

**Objectif:** Développer et valider une matrice d’analyse et de jugement (MAJ) pour le programme de soins post-partum en soins primaires. **Méthodologie:** Il s’agit de l’élaboration et de la validation d’une MAJ, qui a constitué l’une des étapes d’une étude d’évaluabilité des soins post-partum en soins primaires. Pour préparer le MAJ, une revue de la littérature nationale et internationale, une revue des documents nationaux et des entretiens avec les parties prenantes ont été réalisés. La validation MAJ a eu lieu par le biais d’une conférence de consensus. **Résultats:** Le MAJ était composé de deux dimensions d’analyse, de gestion et d’exécution, désagrégées respectivement en trois et sept sous-dimensions. Chaque sous-dimension a un score maximum, réparti entre les critères/indicateurs qui la composent pour permettre de déterminer le degré de mise en œuvre des soins post-partum. La dimension de gestion comporte trois sous-dimensions qui sont: les ressources financières, matérielles et physiques; ressources humaines et mécanismes de coordination des soins et intersectorialité. La dimension d’exécution comporte sept sous-dimensions qui sont: la longitudo; accès, santé physique, santé mentale, violence domestique, l’allaitement maternel et la planification de la reproduction. **Considérations finales:** Un instrument d’évaluation des soins post-partum, qui n’existait pas jusque-là, a été développé, avec un pourcentage élevé d’accord lors de la conférence de consensus, ce qui a donné à l’instrument une cohérence et un potentiel d’utilisation dans différentes réalités.

**Mots-clés:** Soins de santé primaires; période du postpartum; santé des femmes; évaluation de la santé.

## INTRODUÇÃO

Os dias e as semanas após o parto – pós-natal, pós-parto ou puerpério – são entendidos como uma fase do período reprodutivo no qual as mulheres experimentam transformação biológica, psicológica, sociocultural, além de passagem para a maternidade, com forte impacto na saúde e qualidade de vida<sup>1-4</sup>. Além disso, é uma fase crítica na vida das mulheres e crianças, em que a maioria das mortes maternas e infantis ocorre<sup>5-8</sup>.

A assistência integral no pós-parto se dá prioritariamente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), inicia-se imediatamente após o parto e engloba: atenção em

conformidade com as necessidades da mulher; acolhimento; vínculo com profissionais de saúde; educação e apoio à amamentação; educação relevante e oportuna às diversas necessidades; atenção à saúde reprodutiva e planejamento familiar; apoio para os pais/família; cuidados clínicos para promover a saúde física e psicológica e o bem-estar da mulher e da criança<sup>4,9</sup>.

No Brasil, estudos apontam baixa qualidade na assistência pós-parto prestada pela APS<sup>3,10,11</sup>. A última publicação da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, em 2009, apontou que 60,8% das mulheres não haviam realizado nenhuma consulta no puerpério, e que a atenção pós-parto na unidade de saúde ocorre prioritariamente para acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e imunização da criança<sup>12</sup>.

Faz-se necessário refletir sobre como estruturar a assistência puerperal no Brasil, a fim de garantir atenção adequada à saúde das mulheres nesse período. Para tanto, tornou-se evidente a necessidade de desenvolver mecanismos de avaliação e monitoramento das ações e serviços prestados no âmbito da atenção puerperal.

A avaliação é uma forma de orientar a implementação de ações e atividades, o que contribui para tomada de decisões. Avaliar o puerpério no âmbito da APS é oportuno, visto que a avaliação das políticas, programas e serviços de saúde é considerada de suma importância para o direcionamento da melhoria da qualidade deles<sup>13</sup>.

O Estudo de Avaliabilidade (EA) pode envolver a realização de uma pré-avaliação para determinar se um programa está pronto para ser avaliado, indicar aspectos para melhorias no programa, melhorar o conhecimento sobre o programa, garantir que uma avaliação produza informações úteis, envolver os interessados na avaliação, esclarecer as metas de intervenção e como elas devem ser alcançadas, e elaborar, testar e refinar uma teoria do programa acordada com interessados<sup>14-16</sup>, podendo ser utilizado em qualquer fase do programa, proporcionando aprofundamento no conhecimento sobre o funcionamento do mesmo<sup>15,16</sup>.

Estudos que avaliam a assistência pós-parto são escassos, e, em geral, os estudos nacionais tratam de avaliações normativas, com foco apenas no indicador de consulta pós-parto<sup>3,10,11,17,18</sup>; e os internacionais, de programas específicos, como de rastreamento da Depressão Pós-Parto (DPP) e programa de visita domiciliar<sup>19-21</sup>.

Assim, a elaboração e a validação de um modelo avaliativo por meio de um EA justificam-se, principalmente, pela escassez de estudos que avaliem a assistência às mulheres no pós-parto para além de aspectos normativos ou de “recortes” do programa<sup>22</sup>, pela elevada morbimortalidade das mulheres no período pós-parto<sup>5,23,24</sup> e pela baixa cobertura de consulta pós-parto<sup>25-27</sup>.

Dessa forma, objetivou-se elaborar e validar uma Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) do programa de atenção pós-parto na atenção primária.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo da elaboração e validação de uma MAJ, que se constituiu em uma das etapas de um EA<sup>28</sup> da atenção pós-parto na atenção primária, desenvolvido de novembro de 2016 a dezembro de 2018, seguindo os pressupostos de Thurston e Ramaliu<sup>29</sup>, Leviton<sup>16</sup> e Trevisan e Walser<sup>15</sup>, teóricos amplamente utilizados na área da saúde; e atendendo ao rigor metodológico para esse tipo de estudo<sup>30,31</sup>, seguindo as etapas apontadas no Quadro 1.

Quadro 1. Etapas do Estudo de Avaliabilidade

Etapa do EA	Descrição das etapas do EA
1) Revisão de literatura	Revisão integrativa: abordou as ações de programas de atenção pós-parto no âmbito da APS, tanto em nível nacional como internacional <sup>32</sup> .  Revisão sistemática: tratou de recomendações de diretrizes clínicas internacionais sobre a atenção às mulheres no pós-parto na APS <sup>33</sup> .
2) Revisão de documentos sobre o programa	Foram usados cinco documentos nacionais <sup>34-38</sup> vigentes, que tratam da atenção pós-parto na APS, localizados na página da Internet do Ministério da Saúde ( <a href="http://saude.gov.br/">http://saude.gov.br/</a> ).
3) Envolvimento dos <i>stakeholders</i>	Foi realizada entrevista semiestruturada, de agosto a outubro de 2018, com quatro mulheres representantes de movimento de mulheres, cinco profissionais da área de APS e saúde das mulheres da gestão dos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, e três profissionais com experiência na APS. Os participantes foram selecionados por sua reconhecida experiência acadêmica e/ou profissional na Região Sul na área de saúde das mulheres e/ou APS.
4) Definição de objetivos e metas do programa	A partir da revisão de literatura, revisão de documentos e conversa com os <i>stakeholders</i> , foram definidos os objetivos e as metas preliminares.
5) Elaboração do MLP	A partir da revisão de literatura, revisão de documentos e conversa com os <i>stakeholders</i> , foi elaborada primeira versão do MLP <sup>28</sup> .
6) Construção do MTA	A partir da revisão de literatura, revisão de documentos e conversa com os <i>stakeholders</i> , foi elaborada primeira versão do MTA <sup>28</sup> .
7) Elaboração da MAJ	A partir da revisão de literatura, revisão de documentos, conversa com os <i>stakeholders</i> e definição da primeira versão do MLP e MTA, foi elaborada primeira versão da MAJ.
8) Realização de Conferência de Consenso do MLP, MTA e MAJ com especialistas da área e <i>stakeholders</i>	Realizou-se Conferência de Consenso para validação do modelo avaliativo. Essa etapa é detalhada no decorrer do presente estudo.
9) Formulação da pergunta avaliativa	A pergunta avaliativa foi pactuada em Conferência de Consenso, no decorrer do processo de validação.
10) Elaboração das recomendações – uso do EA	Após a validação do modelo avaliativo, foram elaboradas as recomendações para o uso do EA <sup>28</sup> .

Fonte: elaboração própria.

Legenda: APS – Atenção Primária à Saúde; MLP – Modelo Lógico do Programa; MTA – Modelo Teórico da Avaliação; MAJ – Matriz de Análise e Julgamento; EA – Estudo de Avaliabilidade.

Ressalta-se que a entrevista com *stakeholders* (interessados na avaliação) se deu como parte do processo de envolvimento deles<sup>15,16,29</sup>, que participaram em todo o EA, desde a concepção da necessidade de avaliação até a validação final do modelo avaliativo. Realizou-se entrevista semiestruturada com quatro mulheres representantes de movimento de mulheres, cinco profissionais da área de APS e saúde das mulheres da gestão dos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, e três profissionais com experiência na APS. A escolha dos profissionais da gestão dos três estados da Região Sul se deu pela proximidade das pesquisadoras a essa realidade e pela necessidade de envolver os *stakeholders* das realidades em que o estudo avaliativo teria continuidade, por meio da análise de implantação.

Os participantes foram selecionados por sua reconhecida experiência acadêmica e/ou profissional na Região Sul na área de saúde das mulheres e/ou APS. As entrevistas foram realizadas em sala reservada, gravadas e transcritas na íntegra.

A MAJ foi elaborada a partir da teoria do programa<sup>28</sup>, validada por meio da técnica de Conferência de Consenso com especialistas da área de avaliação em saúde e saúde das mulheres e *stakeholders*, de acordo com a metodologia de Conferência de Consenso proposta por Hartz, Souza e Silva<sup>39</sup>, a qual ocorreu por intermédio de três etapas. Os especialistas foram selecionados intencionalmente pelas pesquisadoras, considerando a reconhecida experiência destes em avaliação em saúde e/ou saúde das mulheres.

Na etapa 1 da Conferência de Consenso, ocorreu a análise individual por parte dos *stakeholders* e dos especialistas. Foi enviada, por correio eletrônico, a proposta inicial da MAJ, elaborada em documento de texto Microsoft Word® em formato de tabela. Para cada item da MAJ (dimensões, subdimensões, critérios/indicadores), havia uma coluna para preenchimento sobre a “completa concordância”, “discordância parcial” ou “total discordância”, além de espaço para sugestões de alterações, quando pertinente. Essa etapa teve duração de três meses, em que participaram dela duas representantes de organizações de mulheres, dois profissionais da APS, cinco profissionais da área de APS e saúde das mulheres da gestão dos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, e cinco especialistas em avaliação em saúde e saúde das mulheres. De posse das respostas, os resultados foram consolidados, preservando o anonimato dos participantes.

Na etapa 2 da Conferência de Consenso, houve discussão aberta entre os participantes. Os *stakeholders* e os especialistas participaram de uma oficina para debater sobre os componentes da MAJ. Inicialmente, foi apresentada uma tabela com os resultados consolidados da primeira etapa, e então foi aberto para o debate, em que foram propostas novas alterações para o aprimoramento da MAJ. Essa oficina presencial teve

duração de quatro horas, em que participaram dessa etapa uma representante de organizações de mulheres, duas profissionais da área de APS e saúde das mulheres da gestão de Santa Catarina, dois especialistas em avaliação em saúde e um em saúde das mulheres.

Durante a etapa 3 da Conferência de Consenso, os *stakeholders* e os especialistas foram solicitados a se manifestar mais uma vez de maneira individual, via formulário eletrônico. Essa etapa oportunizou que cada participante pudesse manter suas primeiras respostas ou modificá-las a partir das considerações realizadas na segunda etapa. Essa fase teve duração de dois meses, em que participaram dela duas representantes de organizações de mulheres, dois profissionais da APS, cinco profissionais da área de APS e saúde das mulheres da gestão dos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, e quatro especialistas em avaliação em saúde e saúde das mulheres.

Após validação, a MAJ foi aplicada em três municípios, um em cada estado da região sul do Brasil<sup>40</sup>, sendo utilizada para determinar o grau de implantação da assistência pós-parto e identificar as evidências que explicam os diferentes graus de implantação.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (parecer nº 2.814.988/2018).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Tabela 1 apresenta os percentuais de concordância e discordância das dimensões e subdimensões da MAJ na etapa 1 da Conferência de Consenso. Percebe-se que, desde a primeira rodada, a MAJ apresentou um percentual de concordância elevado, especialmente no que diz respeito à dimensão “Operação”.

Tabela 1. Percentual de concordância e discordância das dimensões e subdimensões da MAJ na primeira etapa da Conferência de Consenso. Florianópolis/SC, 2018

Dimensão/subdimensão	Concordância total (%)	Concordância parcial (%)	Discordância (%)
<b>Gestão</b>	85,7	14,3	0,0
— Recursos financeiros	85,7	14,3	0,0
— Infraestrutura	92,9	7,1	0,0
— Recursos humanos	92,9	7,1	0,0
— Continuidade/coordenação do cuidado	92,9	14,3	0,0
— Trabalho intersetorial	92,9	7,1	0,0
<b>Operação</b>	92,9	7,1	0,0
— Acompanhamento	92,9	7,1	0,0
— Saúde física	100,0	0,0	0,0
— Saúde mental	92,9	7,1	0,0

— Violência doméstica	92,9	7,1	0,0
— Aleitamento materno	100,0	0,0	0,0
— Planejamento reprodutivo	100,0	0,0	0,0

Fonte: elaboração própria.

No que se refere à dimensão “Gestão”, ressalta-se que, na subdimensão “Recursos financeiros”, foi sugerida a exclusão dos indicadores “Proporção de recurso de saúde municipal destinados à APS” e “Execução do recurso destinado à APS no ano anterior”. Na subdimensão “Infraestrutura”, houve a inclusão de “sala educativa” como item de avaliação do critério “disponibilidade de espaço físico”.

Em “Recursos humanos”, foram incluídos os critérios “Equipes da AB que recebem apoio de especialistas (NASF)” e “Acesso a especialistas em tempo oportuno – menos de 30 dias (ginecologista, psiquiatra, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta)”. Já a subdimensão “Qualificação da assistência” foi retirada e reorganizada para ser incluída em “Recursos humanos”. A MAJ também era composta pela subdimensão “Intersetorialidade”, que foi unida à subdimensão “Continuidade/coordenação do cuidado”, sendo alterado o nome para “Mecanismos para coordenação do cuidado e intersetorialidade”. Nessa, foi incluído o indicador “assiduidade do gestor ou seu representante nas reuniões da Comissão Intergestora Regional no último ano”.

Em relação à dimensão “Operação”, havia a subdimensão “Acompanhamento”, a qual, por conter grande número de critérios/indicadores em relação às demais, teve como sugestão sua divisão em “Acompanhamento” e “Orientação do cuidado”, sendo que, nessa última, foram incluídos critérios/indicadores sobre uso de protocolos e acompanhamento longitudinal.

Na subdimensão “Saúde mental”, foi aprimorado o *rationale*, ampliando-o, e foi incluído o critério “Orientações sobre alterações emocionais”. Em “Violência doméstica”, o critério “Orienta, previne, identifica e intervém sobre os casos de violência doméstica” foi desmembrado em três critérios. Ainda na dimensão “Operação”, os parâmetros para julgamento dos critérios qualitativos foram alterados de uma pontuação fixa – Sempre (6,7), Às vezes (3,35), Nunca (0) – para uma pontuação gradativa, conforme Figura 2, possibilitando melhor julgamento.

Na etapa 2, os participantes concordaram com a maioria das alterações sugeridas na etapa 1, não havendo mudanças substanciais. Como principais mudanças, pode-se destacar que o critério “Acesso a especialistas em tempo oportuno – menos de 30 dias (ginecologista, psiquiatra, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta)” passou a contemplar apenas o profissional psiquiatra, por ser considerado de acesso mais difícil. Ainda houve alteração na denominação da dimensão “Operação”, que passou a ser denominada

“Execução”. Além disso, a subdimensão “Acompanhamento” passou a ser denominada “Acesso”, e a subdimensão “Orientação do cuidado” passou a ser “Longitudinalidade”.

Na etapa 3 da Conferência de Consenso, houve 100% de concordância em relação à MAJ, havendo apenas contribuições para melhoria da redação de alguns critérios/indicadores, sem mudanças substanciais.

Após as três etapas de Conferência de Consenso, a MAJ passou a ser composta por duas dimensões de análise, gestão e execução, desagregadas, respectivamente, por três e sete subdimensões. Para cada subdimensão, uma pontuação máxima foi atribuída, sendo distribuída entre os critérios/indicadores que a compõem (Figuras 1 e 2).

Figura 1. Matriz de Análise e Julgamento da assistência pós-parto às mulheres na atenção primária: dimensão gestão. Florianópolis/SC, 2018

Critério/indicador		Fonte de evidências	Cálculo	Parâmetros	PE*	PO*	
Recursos financeiros, materiais e físicos (10 pontos)	Ações para saúde das mulheres no pós-parto contempladas na Programação Anual de Saúde e executadas no último ano	documental (programação anual de saúde/); entrevista com gestores	Não se aplica	Contempladas e executadas (2) Não contempladas (0)	2	-	
	Execução do recurso de repasse estadual e federal destinado a APS no último ano	entrevista com gestores/SIOPS	Não se aplica	Executado (2) Não executa (0)	2	-	
	Disponibilidade de equipamentos essenciais nas UBSs	PMAQ 3º ciclo (UBS): Questões I.8.2, I.8.3, I.8.5, I.8.9, I.8.10, I.8.14, I.8.15, I.8.16	nº de UBSs com medida adequada / nº total de UBS (x100)	≥ 90%: BOM (1) 89% a 75%: REG (0,5) < 75%: RUIM (0)	1	-	
	Disponibilidade de contraceptivos nas UBSs	PMAQ 3º ciclo (UBS): Questões I.12.13, I.12.23, I.12.24, I.15.6.1, I.15.6.2, I.15.6.3, I.15.6.4, I.15.6.5	nº de UBSs com medida adequada / nº total de UBS (x100)	≥ 90%: BOM (1) 89% a 75%: REG (0,5) < 75%: RUIM (0)	1	-	
	Disponibilidade de medicamentos essenciais para puérperas nas UBSs	PMAQ 3º ciclo (UBS): Questões I.15.3.2, I.15.4.1, I.15.9.5, I.15.9.10, I.15.9.11, I.15.9.12, I.15.10.3	nº de UBSs com medida adequada / nº total de UBS (x100)	≥ 90%: BOM (1) 89% a 75%: REG (0,5) < 75%: RUIM (0)	1	-	
	Disponibilidade de materiais para coleta de citopatológico e exame ginecológico em puérperas nas UBSs	PMAQ 3º ciclo (UBS): questões: I.12.15, I.12.16,	nº de UBSs com medida adequada / nº total de UBS (x100)	≥ 90%: BOM (1) 89% a 75%: REG (0,5) < 75%: RUIM (0)	1	-	
	Adequação de espaço físico:	sala de espera, atendimento clínico e educativo	PMAQ 3º ciclo (UBS): questões I.6.1.5, I.6.3.1, I.6.3.2, I.6.3.3, I.6.3.12		≥ 90%: BOM (1) 89% a 75%: REG (0,5) < 75%: RUIM (0)	1	-
		espaços adequados para pessoas com deficiência	PMAQ 3º ciclo (UBS): I.4.2.1, I.4.2.2, I.4.2.3, I.4.2.4, I.4.2.5, I.4.2.6, I.4.2.7, I.6.1.2			1	-

Critério/indicador		Fonte de evidências	Cálculo	Parâmetros	PE*	PO*	
Recursos humanos (10 pontos)	Cobertura de atenção primária	e-gestor Atenção Básica	Não se aplica	≥ 90%: BOM (1) 89% a 80%: REG (0,5) < 79%: RUIM (0)	2	-	
	Equipes de Estratégia Saúde da Família	Entrevista com gestores; e-gestor Atenção Básica	n° equipe ESF / n° total equipes AB (x100)	≥ 90%: BOM (1) 89% a 75%: REG (0,5) < 75%: RUIM (0)	2	-	
	Qualificação profissional último ano	Atualizações médicos/enfermeiros: saúde das mulheres	entrevista com gestores e profissionais/documentos	n° de médicos e enfermeiros com participação em qualificação / n° total de profissionais	≥ 00%: BOM (1) 79% a 50%: REG (0,5) < 50%: RUIM (0)	2	-
		Atualizações médicos/enfermeiros sobre pós-parto				2	-
Protocolos/ diretrizes clínicas para saúde das mulheres que incluam atenção pós-parto implantados e disponíveis		entrevista com gestores e profissionais da APS/documentos	Não se aplica	Para todos os profissionais (2); Para profissional específico (1) Inexistente (0)	2	-	
Mecanismos para coordenação do cuidado e intersetorialidade (10 pontos)	Existência de mecanismos de referência e contrarreferência entre os pontos de atenção	entrevista com gestores e profissionais da APS/documentos	Não se aplica	Mecanismos existentes (1) Mecanismos inexistentes (0)	1	-	
	Monitoramento de indicadores sobre assistência pós-parto	entrevista com gestores e profissionais da APS/documentos	Não se aplica	Realiza monitoramento (1) Não realiza monitoramento (0)	1	-	
	Mecanismos de garantia de agendamento da primeira consulta pós-parto	entrevista com gestores e profissionais da APS/documentos	Não se aplica	Sai da maternidade com 1ª consulta agendada (2) Tem agenda garantida na UBS (1) sem agendamento (0)	2	-	
	Acesso da puérpera a outros pontos de atenção disponível e facilitado quando necessário (CAPS, PA, hospital) por fluxos formalizados.	entrevista com gestores e profissionais da APS/documentos	Não se aplica	Rede e fluxos formalizado/ implantado (1) Rede e fluxos não formalizados/ implantados (0)	1	-	
	Acesso a serviço de referência para laqueadura tubária e vasectomia em tempo oportuno (60 dias)	entrevista com gestores e profissionais da APS/documentos	Não se aplica	Rede e fluxos com acesso em tempo oportuno (1) Rede e fluxos inexistente ou acesso inoportuno (0)	1	-	
	Atenção especializada: as equipes de AB recebem apoio de outros profissionais para manejo de casos complexos	PMAQ 3º ciclo (Equipe): questão II 3.1	n° de UBSs com medida adequada / n° total de UBS (x100)	≥ 90%: BOM (1) 89% a 75%: REG (0,5) < 75%: RUIM (0)	1	-	
	Atenção especializada: acesso a especialista psiquiatra em tempo oportuno (menos de 30 dias)	entrevista com gestores e profissionais da APS	Não se aplica	Menos de 30 dias (1) 30 a 60 dias (0,5) mais de 60 dias (0)	1	-	
	Assiduidade do gestor ou representante legal nas reuniões da Comissão Intergestora Regional no último ano	entrevista com gestores, documentos	n° de reuniões com participação / n° total de reuniões (x100)	≥ 100%: BOM (1) 99% a 75%: REG (0,5) < 75%: RUIM (0)	1	-	
	Atuação articulada da APS com outros setores da sociedade por meio de rede e fluxos formalizados (no mínimo com assistência social)	entrevista com gestores e profissionais da APS, documentos	Não se aplica	Fluxos formalizados (1); Fluxos formalizados para situações específicas (0,5); não há fluxos (0)	1	-	

Fonte: elaboração própria.

Legenda: PE – Pontuação Esperada; PO – Pontuação Observada; APS – Atenção Primária à Saúde; SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde; PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; UBS – Unidade Básica de Saúde; ESF – Estratégia Saúde da Família; AB – Atenção Básica; CAPS – Centro de Atenção Psicossocial; PA – Pronto Atendimento.

Figura 2. Matriz de Análise e Julgamento da assistência pós-parto às mulheres na atenção primária: dimensão execução. Florianópolis/SC, 2018

	<b>Critério/indicador</b>	<b>Fonte de evidências</b>	<b>Cálculo</b>	<b>Parâmetros</b>	<b>PE*</b>	<b>PO*</b>
Longitudinalidade (5 pontos)	Envolvimento de famílias e ou companheiros(as) no cuidado às mulheres desde o pré-natal até o pós-parto	Entrevistas (profissionais e puérperas)	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-
	Estabelecimento do cuidado ao longo do tempo	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-
	Realização de plano de cuidado pós-parto	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-
	Continuidade do cuidado no puerpério remoto	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-
	Uso de protocolos/diretrizes clínicas para atenção às mulheres no pós-parto	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Sempre usa (1,0) às vezes usa (0,9-0,1); Não usa (0)	1	-
Acesso (5 pontos)	Acolhimento à demanda espontânea	Entrevistas (profissionais e puérperas)	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-
	Gestantes acompanhadas no pré-natal	sistemas de informação em saúde (SISAB, e-SUS)	nº de gestantes 6 ou mais consultas / nº de gestantes acompanhadas, no mesmo local e período (x100)	≥ 90%: BOM (0,5) 89% a 75%: REG (0,3) < 75%: RUIM (0)	1	-
	Realização de visita domiciliar na primeira semana		nº de visitas pós-parto no último ano / nº de gestantes acompanhadas, no último ano (x100)	≥ 90%: BOM (0,5) 89% a 75%: REG (0,3) < 75%: RUIM (0)	1	-
	Realização de consultas pós-parto		nº de consultas realizadas até 42 dias pós-parto no último ano/nº de gestantes acompanhadas no último ano (x100)	≥ 75% com duas consultas: ÓTIMO (1); ≥ 90% com uma consulta: BOM (0,7) 89% a 75% com uma consulta: REG (0,3) < 75%: RUIM (0)	1	-
	Busca ativa de mulheres faltosas no pós-parto		Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-

	<b>Critério/indicador</b>	<b>Fonte de evidências</b>	<b>Cálculo</b>	<b>Parâmetros</b>	<b>PE*</b>	<b>PO*</b>
Saúde Física (5 pontos)	Investigação sobre intercorrências/ agravos no pré-natal e parto e intervenção para continuidade do cuidado quando necessário	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-
	Orientação, prevenção, identificação e intervenção sobre os problemas comuns no pós-parto, conforme necessidade	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-
	Orientação, identificação e intervenção sobre os sinais de alerta no pós-parto, conforme necessidades	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-
	Aconselhamento sobre nutrição/higiene/atividade física	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-
	Suplementação de ferro 3 meses pós-parto	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-
Saúde mental (5 pontos)	Investigação sobre suporte familiar e social durante o pré-natal e no pós-parto	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-
	Investigação sobre história de agravo/doença mental durante o pré-natal e no pós-parto	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-
	Investigação sobre estado emocional durante pós-parto	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-
	Orientações sobre alterações emocionais comuns no pós-parto	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-
	Aplicação de escala para diagnóstico de DPP ao identificar sinais de alerta	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-
Violência doméstica	Orientação sobre violência doméstica	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1,5	-
	Identificação e atenção às mulheres em situação de violência doméstica	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	2	-
	Notificação de casos de violência doméstica	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1,5	-

	<b>Critério/indicador</b>	<b>Fonte de evidências</b>	<b>Cálculo</b>	<b>Parâmetros</b>	<b>PE*</b>	<b>PO*</b>
Aleitamento materno	Recomendação e promoção do aleitamento materno exclusivo até 6 meses	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	2	-
	Prevenção, identificação e tratamento de problemas relacionadas com a amamentação	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	2	-
	A terapêutica medicamentosa (quando houver) é revisada, com atenção às contraindicações devido ao AM.	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1	-
Planejamento reprodutivo	Realização de aconselhamento sobre saúde sexual	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1,7	-
	Recomendação e orientação sobre direitos e planejamento reprodutivo	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1,7	-
	Envolvimento do(a) parceiro(a), quando houver, no planejamento reprodutivo.	Entrevistas (profissionais e puérperas); prontuários	Não se aplica	Atende plenamente (1,0) Atende parcial (0,9-0,1) Não atende (0)	1,6	-

Fonte: elaboração própria.

Legenda: PE – Pontuação Esperada; PO – Pontuação Observada; SISAB – Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica; AM – Aleitamento Materno.

A dimensão “Gestão” busca identificar as atividades e as responsabilidades no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde quanto à normatização e a padronização da atenção, provisão de recursos (financeiros, humanos, materiais e físicos), qualificação dos profissionais e da assistência e garantia de articulação na Rede de Atenção à Saúde, tendo a APS como ordenadora do cuidado, com a finalidade de viabilizar a assistência pós-parto de qualidade no âmbito da APS.

Essa dimensão apresenta três subdimensões, que são: “Recursos financeiros, materiais e físicos”; “Recursos humanos” e “Mecanismos para coordenação do cuidado e intersetorialidade”. As categorias foram desagregadas em critérios ou em indicadores conforme apresentado na Figura 1. A subdimensão “Recursos financeiros, materiais e físicos” atribui o financiamento da saúde à responsabilidade das três esferas do governo. A gestão deve oferecer condições de infraestrutura adequada para o desenvolvimento do processo de trabalho.

A subdimensão “Recursos humanos” trata que a gestão municipal deve garantir equipe multiprofissional mínima suficiente e qualificada para atender às demandas populacionais para APS<sup>41</sup>. É fundamental a promoção do aperfeiçoamento e do desenvolvimento profissional para assistência pós-parto<sup>42</sup>. Além disso, para a qualificação da assistência, devem ser formalizados o uso de protocolos e as diretrizes clínicas<sup>23</sup>.

A subdimensão “Mecanismos para coordenação do cuidado e intersectorialidade” aponta que a gestão municipal deve garantir mecanismos de transferência de informação para subsidiar decisões com relação à assistência às mulheres, além de garantir a assistência nos diferentes pontos de atenção e articulação com setores da sociedade, oportunizando atenção integral e enfrentamento de problemas complexos<sup>43</sup>.

Já a dimensão “Execução” se caracteriza pelo escopo de ações/atividades desenvolvidas pelos profissionais da APS a fim de prestar atenção integral às mulheres no período pós-parto. Para tanto, a assistência deve-se iniciar durante o pré-natal e ter continuidade após o parto por meio de um cuidado longitudinal, de acordo com as necessidades das mulheres<sup>5,23</sup>. Essa dimensão apresenta sete subdimensões, que são: “Longitudinalidade”; “Acesso”, “Saúde física”, “Saúde mental”, “Violência doméstica”, “Aleitamento materno” e “Planejamento reprodutivo”. As categorias foram desagregadas em critérios ou em indicadores, apresentados na Figura 2.

A subdimensão “Longitudinalidade” demonstra que a assistência pós-parto deve ocorrer com respeito às escolhas das mulheres e envolvimento de companheiros(as) e famílias, cuidado longitudinal e ter início durante o pré-natal com elaboração do plano pós-parto<sup>8,44</sup>. É importante que a assistência seja orientada por diretrizes clínicas, a fim de qualificar o cuidado<sup>23,45</sup>.

A subdimensão “Acesso” aponta que o acompanhamento das mulheres no pós-parto deve ocorrer de acordo com suas necessidades de saúde, iniciar-se durante o pré-natal e continuar ao longo do pós-parto remoto, por meio de acolhimento à demanda espontânea, consultas individuais, grupos de apoio/educativos, visitas domiciliares e busca ativa de faltosas<sup>5,34</sup>. Minimamente, deve ser realizada uma consulta próxima ao sétimo dia, uma até 42 dias, e uma visita domiciliar na primeira semana<sup>5,23,34</sup>.

No que diz respeito à subdimensão “Saúde física”, ressalta-se que os profissionais devem orientar, prevenir, identificar e intervir sobre a saúde física das mulheres, a fim de melhorar a qualidade de vida e saúde destas<sup>5,23,34</sup>. Por sua vez, com relação à subdimensão “Saúde mental”, é importante esclarecer que os transtornos mentais podem ocorrer durante o período do pré-natal e pós-parto, sendo que os sintomas podem preceder a concepção e continuar com a gestação, ou começar a qualquer momento após a concepção, nascimento ou durante o ano seguinte ao nascimento. No período pós-parto, o *baby blues* ou *blues* puerperal, estado depressivo mais brando, ocorre em até 90% das mulheres, é transitório, não incapacitante e associado às mudanças cotidianas e perdas vividas pelas mulheres nessa fase de transição<sup>34</sup>. A DPP, prevalente em até 40% das mulheres em países em desenvolvimento, é considerada uma das complicações mais comuns no pós-parto<sup>46-48</sup>. Assim, os profissionais da APS devem fazer a assistência em

saúde mental às mulheres, a fim de assegurar a detecção precoce de transtornos e a intervenção terapêutica adequada, com foco na DPP<sup>2,23,46</sup>.

A subdimensão “Violência doméstica” contempla que a violência entre parceiros íntimos causa efeitos duradouros e cumulativos, que permanecem mesmo após a sua cessação. As consequências podem ser devastadoras quando a violência ocorre durante a gravidez ou nos primeiros meses pós-parto, como problemas mentais, podendo ser uma causa de morte materna. Os serviços de APS podem servir como locais de alerta e sentinela para a detecção de mulheres que sofrem violência por parceiro íntimo, já que esses são, muitas vezes, a principal porta de entrada para o sistema de saúde<sup>49,50</sup>.

A subdimensão “Aleitamento materno” aborda que inúmeros são os benefícios do aleitamento materno para a saúde da mulher<sup>51</sup>, e as principais dificuldades para a manutenção deste surgem nos primeiros meses pós-parto, sendo que a APS se constitui em um ambiente incentivador dessa prática<sup>52</sup>, considerando sua proximidade à mulher e seu papel prioritário na prestação da atenção puerperal<sup>53</sup>.

A subdimensão “Planejamento reprodutivo” trata que as ações de planejamento reprodutivo são voltadas para o fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos e se baseiam em ações clínicas, preventivas, educativas, oferta de informações e dos meios, métodos e técnicas para regulação da fecundidade. Devem incluir e valorizar a participação masculina, uma vez que a responsabilidade e os riscos das práticas anticoncepcionais são predominantemente assumidos pelas mulheres<sup>34</sup>.

Ressalta-se que no julgamento do parâmetro, quando o cálculo “não se aplica”, foi julgado da seguinte forma: i) Atende plenamente: quando os profissionais da APS cumprem de forma integral o critério estabelecido, em consonância com o disposto pelo seu *rationale* (definição); ii) Atende parcialmente: quando os profissionais da APS atendem em algum aspecto a esse critério, de acordo com seu *rationale* – para determinar a pontuação do item “atende parcialmente”, o critério foi discutido pela equipe de pesquisa após a coleta de dados; por se tratar de um critério subjetivo, a triangulação das diferentes fontes de evidências deu subsídio para discutir o critério, resultando na atribuição da pontuação –; e iii) Não atende: quando nenhum aspecto do critério foi atendido de acordo com seu *rationale*.

A proporção do somatório dos Pontos Observados (PO) nas dimensões/subdimensões em relação à Pontuação Esperada (PE) determina o julgamento de valor para o Grau de Implantação (GI) =  $(\sum PO / \sum PE) \times 100$ . As proporções estratificadas são em quartis para a classificação do GI, conforme a Tabela 2:

Tabela 2. Pontos de corte para a classificação dos casos conforme os graus de implantação

Pontos de corte	Grau de Implantação
76% a 100%	Implantação satisfatória
51% a 75%	Implantação parcial
26% a 50%	Implantação incipiente
Abaixo de 26%	Implantação crítica

Fonte: Alves et al.<sup>54</sup>

Para análise dos dados da MAJ, foi proposta a triangulação das fontes de evidências que fortalece a validade interna do estudo, pois verifica de forma contínua a confiabilidade e a interpretação das informações coletadas<sup>55</sup>.

Para determinar o grau de implantação, é proposta a análise temática, para os dados qualitativos, utilizando-se uma lista predefinida de códigos<sup>56</sup> de acordo com a MAJ, com auxílio do software NVivo® versão 11. Para os dados quantitativos, sugere-se uma análise descritiva simples, de acordo com o cálculo e parâmetro estabelecido para cada indicador.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização do presente estudo, foi possível validar um instrumento avaliativo da atenção pós-parto na atenção primária, com vistas à atenção integral às mulheres, até então inexistente. O alto percentual de concordância em relação aos componentes da MAJ durante todas as etapas de validação demonstra consistência no instrumento, o que viabiliza seu uso em diferentes realidades.

A principal potencialidade foi o uso de diferentes estratégias para garantir a validade e a confiabilidade dos resultados, como o uso de referencial teórico adequado para um EA, diferentes fontes de evidências (entrevistas, análise documental, revisão de literatura) e a Conferência de Consenso<sup>31</sup>.

A principal limitação do estudo foi sua realização por meio de demanda acadêmica, o que pode diminuir o uso da MAJ, se comparado a estudos sob demanda institucional. Tentou-se superar essa limitação com o envolvimento dos *stakeholders* em todo o processo de elaboração e validação da MAJ.

## Referências

1. Bashour HN, Kharouf MH, AbdulSalam AA, El Asmar K, Tabbaa MA, Cheikha SA. Effect of postnatal home visits on maternal/infant outcomes in Syria: A randomized controlled trial. *Public Health Nurs.* 2008;25(2):115-25.
2. Glavin K, Smith L, Sørnum R, Ellefsen B. Redesigned community postpartum care to prevent and treat postpartum depression in women – a one-year follow-up study. *J Clin Nurs.* 2010;19(21-22):3051-62.
3. Oliveira DC, Mandu ENT, Correa ACP, Tomiyoshi JT, Teixeira RC. Estrutura organizacional da atenção pós-parto na estratégia saúde da família. *Esc Anna Nery.* 2013;17(3):446-54.
4. Corrêa MSM, Feliciano KVO, Pedrosa EN, Souza AI. Acolhimento no cuidado à saúde da mulher no puerpério. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2017 [citado 2019 jan 21];33(3):12. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000305011&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000305011&lng=pt&tlng=pt)
5. World Health Organization. WHO recommendations on Postnatal care of the mother and newborn. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2013.
6. Nabukera SK, Witte K, Muchunguzi C, Bajunirwe F, Batwala VK, Mulogo EM, et al. Use of postpartum health services in rural Uganda: Knowledge, attitudes, and barriers. *J Community Health.* 2006;31(2):84-93.
7. Brodribb W, Zadoroznyj M, Dane A. The views of mothers and GPs about postpartum care in Australian general practice. *BMC Fam Pract* [Internet]. 2013 [cited 2019 Jan 21];14(1):1. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/257072905\\_The\\_views\\_of\\_mothers\\_and\\_GPs\\_about\\_postpartum\\_care\\_in\\_Australian\\_general\\_practice](https://www.researchgate.net/publication/257072905_The_views_of_mothers_and_GPs_about_postpartum_care_in_Australian_general_practice)
8. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Optimizing Postpartum Care: Acog committee opinion. *Obstetrics & Gynecology.* 2018;131(728):35-42.
9. National Institute for Health and Care Excellence. Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists; 2014.
10. Vilarinho LM, Nogueira LT, Nagahama EEI. Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2012 [citado 2019 jan 21];16(2):312-9. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452012000200015&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200015&lng=pt&tlng=pt)
11. Silva LLB, Feliciano KVO, Oliveira LNFP, Pedrosa EN, Corrêa MSM, Souza AI. Cuidados prestados à mulher na visita domiciliar da “Primeira Semana de Saúde Integral.” *Rev Gaúcha En-*

ferm [Internet]. 2016 [citado 2019 jan 21];37(3):1-8. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472016000300415&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000300415&lng=pt&tlng=pt)

12. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [citado 2019 jan 21]. 300 p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds\\_crianca\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf)

13. Hartz ZMA, Silva LMV. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

14. Craig P, Campbell M. Evaluability Assessment: a systematic approach to deciding whether and how to evaluate programmes and policies [Internet]. Scotland: What Works Scotland; 2015 [cited 2019 Jan 21]. 15 p. Available from: <http://whatworksscotland.ac.uk/wp-content/uploads/2015/07/WWS-Evaluability-Assessment-Working-paper-final-June-2015.pdf>

15. Trevisan MS, Walser TM. Evaluability Assessment: improving evaluation quality and use. Publications, SAGE; 2015.

16. Leviton LC, Khan LK, Rog D, Dawkins N, Cotton D. Evaluability Assessment to Improve Public Health Policies, Programs, and Practices. *Annu Rev Public Health*. 2010;31(1):213-33.

17. Hass CN, Teixeira LB, Beghetto MG. Adequabilidade da assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família de Porto Alegre-RS. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013;34(3):22-30.

18. Laporte-Pinfildi ASC, Zangirolani LTO, Spina N, Martins PA, De Medeiros MAT. Atenção nutricional no pré-natal e no puerpério: Percepção dos gestores da Atenção Básica à Saúde. *Rev Nutr*. 2016;29(1):109-23.

19. Segre LS, O'Hara MW, Brock RL, Taylor D. Depression Screening of Perinatal Women by the Des Moines Healthy Start Project: Program Description and Evaluation. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2012 [cited 2019 Jan 21];63(3):250–5. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.201100247>

20. Saias T, Lerner E, Greacen T, Simon-Vernier E, Emer A, Pintaux E, et al. Evaluating fidelity in home-visiting programs a qualitative analysis of 1058 home visit case notes from 105 families. *PLoS One*. 2012;7(5).

21. Robling M, Bekkers MJ, Bell K, Butler CC, Cannings-John R, Channon S, et al. Effectiveness of a nurse-led intensive home-visitation programme for first-time teenage mothers (Building Blocks): A pragmatic randomised controlled trial. *Lancet*. 2016;387(10014):146-55.

22. Baratieri T, Natal S. Postpartum program actions in primary health care: An integrative review. *Cienc Saude Coletiva*. 2019;24(11):4227-38.

23. Espanha. Grupo de trabalho de la Guía de práctica clínica de atención em el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención em el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10.; 2014.
24. Langlois ÉV, Miszkurka M, Zunzunegui MV, Ghaffar A, Ziegler D, Karp I. Inequities in postnatal care in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Heal Organ* [Internet]. 2015[cited 2019 Jan 21];93:259-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.140996>
25. Bittencourt SDA, Cunha EM, Domingues RMSM, Dias BAS, Dias MAB, Torres JA, et al. Nascido no Brasil: continuity of care during pregnancy and postpartum period for women and newborns. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan 26];54(100):1-11. Available from: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002021>
26. Gonçalves CDS, Cesar JA, Marmitt LP, Gonçalves CV. Frequency and associated factors with failure to perform the puerperal consultation in a cohort study. *Rev Bras Saude Matern Infant* [Internet]. 2019 [cited 2021 jan 26];19(1):63-70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042019000100004CristianedeSouzaGoncalves1https://orcid.org/0000-0002-9668-5459>
27. Asratie MH, Muche AA, Geremew AB. Completion of maternity continuum of care among women in the post-partum period: Magnitude and associated factors in the northwest, Ethiopia. *PLoS One*. 2020;15:1-14.
28. Baratieri T, Natal S, Hartz ZM de A. Cuidado pós-parto às mulheres na atenção primária: construção de um modelo avaliativo. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2020 [citado 2021 jan 26];36(7):e00087319. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2020000705010&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000705010&tlng=pt)
29. Thurston WE, Ramaliu A. Evaluability Assessment of a Survivors of Torture Program: Lessons Learned. *Can J Progr Eval*. 2005;20(2):1-25.
30. Walser TM, Trevisan MS. Evaluability Assessment Thesis and Dissertation Studies in Graduate Professional Degree Programs: Review and Recommendations. *Am J Eval*. 2016;37(1):118-38.
31. Baratieri T, Nicolotti CA, Natal S, Lacerda JT. Aplicação do Estudo de Avaliabilidade na área da saúde: uma revisão integrativa. *Saúde Debate*. 2019;43(120):231-46.
32. Baratieri T, Natal S. Postpartum program actions in primary health care: An integrative review. *Cienc Saude Coletiva*. 2019;24(11):4227-38.
33. Baratieri T, Soares LG, Kappel EP, Natal S, Lacerda JT. Recomendações para o cuidado pós-parto às mulheres na atenção primária: revisão sistemática. *Rev APS*. 2019;22(3):682-701.

34. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 230 p.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2012. 318 p.
36. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Diário Oficial da União. 27 jun. 2011.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos HumanizaSUS: humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 465 p.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria no 650, de 5 de outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha. Diário Oficial da União [Internet]. 6 out. 2011 [citado 2019 abr 25]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650\\_05\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html)
39. Souza LEPPF, Silva LMV, Hartz ZMA. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Silva LMV, editoras. Dos modelos teóricos à prática na avaliação de programa e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 65-102.
40. Baratieri T. Avaliação da implantação da assistência pós-parto às mulheres na atenção primária à saúde na região sul do Brasil [tese] [Internet]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2020 [citado 2019 abr 25]. Disponível em: <https://tede.ufsc.br/teses/PGSC0261-T.pdf>
41. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de dezembro 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). Diário Oficial da União [Internet]. 22 set. 2017 [citado 2021 jun 7]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)
42. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 10, de 3 de janeiro de 2017. Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como Componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União [Internet]. 4 jan. 2017 [citado 2018 fev 5]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010\\_03\\_01\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html)
43. Starfield B. Atenção Primária. Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde; 2002. 177 p.

44. Stumbras K, Rankin K, Caskey R, Haider S, Handler A. Guidelines and Interventions Related to the Postpartum Visit for Low-Risk Postpartum Women in High and Upper Middle Income Countries. *Matern Child Health J.* 2016;20(1):103-16.
45. Mehndiratta A, Sharma S, Gupta N, Sankar M, Cluzeau F. Adapting clinical guidelines in India—a pragmatic approach. *BMJ evidence-based Med [Internet].* 2017[cited 2019 Jan 21];359:j5147. Available from: <http://mospi.nic.in/sites/default/>
46. Abiodun OA. Postnatal depression in primary care populations in Nigeria. *Gen Hosp Psychiatry.* 2006;28(2):133-6.
47. Rojas G, Santelices P, Martínez P, Tomicic A, Reinel M, Olhaberry M, et al. Barreras de acceso a tratamiento de la depresión posparto en Centros de Atención Primaria de la Región Metropolitana : un estudio cualitativo Barriers restricting postpartum depression treatment in Chile. *Rev Medica Chile.* 2015;143:424-32.
48. Leung SSL, Leung C, Lam TH, Hung SF, Chan R, Yeung T, et al. Outcome of a postnatal depression screening programme using the Edinburgh Postnatal Depression Scale: A randomized controlled trial. *J Public Health (Bangkok).* 2011;33(2):292-301.
49. Moraes CL, Oliveira AGS, Reichenheim ME, Gama SGN, Leal MC. Prevalência de violência física entre parceiros íntimos nos primeiros seis meses após o parto no Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica [Internet].* 2017 [citado 2019 jan 21];33(8):1-13. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017000805006&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000805006&lng=pt&tlng=pt)
50. Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Med.* 2013;10(5).
51. Rito RVF, De Oliveira MIC, Brito ADS. Degree of compliance with the ten steps of the Breastfeeding Friendly Primary Care Initiative and its association with the prevalence of exclusive breastfeeding. *J Pediatr (Rio J).* 2013;89(5):477-84.
52. Passanha A, Benício MHDA, Venâncio SI, Dos Reis MCG. Implementation of the Brazilian breastfeeding network and prevalence of exclusive breastfeeding. *Rev Saude Publica.* 2013;47(6):1141-8.
53. NICE. National Institute for Health and Care Excellence. Postnatal care up to 8 weeks after birth. National Institute for Health and Care Excellence; 2015.
54. Alves CKA, Natal S, Felisberto E, Samico I. Interpretação e Análise das informações: O Uso de Matrizes, Critérios, Indicadores e Padrões. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG,

editores. Avaliação em Saúde: Bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro; 2010. p. 89-107.

55. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2015. 290 p.

56. Miles MB, Huberman AM, Saldaña J. Qualitative data analysis: a methods sourcebook. 3rd ed. Califórnia: SAGE Publications, Inc. Arizona State University.; 2014. 341 p.

#### **DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE**

Declaramos não haver conflitos de interesse.

## CAPÍTULO 7

---

# ANÁLISE DE IMPLANTAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO INTERSETORIAL PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MUNICÍPIOS BRASILEIROS

---

*Analysis of the implementation of an intersectoral intervention for health promotion in Primary Health Care in Brazilian municipalities*

**Níliá Prado<sup>1</sup>**

**Rosana Aquino<sup>2</sup>**

**Zulmira Hartz<sup>3</sup>**

**Hebert Santos<sup>2</sup>**

**Guadalupe Medina<sup>3</sup>**

1. Prado, N. Universidade Federal da Bahia – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Instituto Multidisciplinar em Saúde – Campus Anísio Teixeira. Endereço postal: Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58, Vitória da Conquista, Bahia, Cep: 45.029-094, Brasil. Contato: 55 (77) 99153-6663. Orcid: 000-0001-8243-5662 – E-mail: nilia.prado@ufba.br;

2. Aquino, R. Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva. Orcid: 0000-0003-3906-5170

3. Hartz, Z. Universidade Nova de Lisboa (UNL), Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) – Lisboa, Portugal. Orcid: 0000-0001-9780-9428

4. Santos, H. Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde. Orcid: 000-0003-2722-7945

5. Medina, G. Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva. Orcid: 000-0001-7283-2947

## Resumo

A intervenção intersetorial Promovendo Saúde na Escola (Prose), desenvolvida e implementada pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, objetivou dinamizar a Política Nacional de Promoção da Saúde e o Programa Saúde na Escola, por meio do reforço a ações de promoção da saúde direcionadas a adolescentes em territórios cobertos pela Estratégia Saúde da Família em municípios do estado da Bahia, Brasil. Foi realizado um estudo avaliativo em duas etapas: uma abordagem extensiva a cinco municípios para apreciação do grau de implantação (com uso de matriz avaliativa validada por um estudo prévio de avaliabilidade) e uma abordagem intensiva por meio de entrevistas com agentes-chave em dois municípios, para análise dos diferenciais relacionados ao contexto. Observou-se influência do contexto organizacional no grau de implantação e espaços de possibilidade ante a sinergia de competências e estratégias político-administrativas e redes sociais preexistentes; e as instabilidades político-institucionais como restritivos. A pesquisa avaliativa logrou êxito, em especial, quanto ao reforço de competências para planejar e executar ações integradas à Atenção Primária à Saúde. Todavia, reverbera a necessidade de fortalecimento da governança colaborativa consistente (não apenas circunstancial), para suscitar a sustentabilidade local em longo prazo das iniciativas para promoção da saúde.

**Palavras-chave:** Promoção da saúde. Ação intersetorial. Promoção da Saúde na Escola. Atenção Primária à Saúde. Avaliação em saúde.

## Abstract

The intersectoral intervention Promoting Health at School (Prose), developed and implemented by the Institute of Collective Health at the Federal University of Bahia, aimed to streamline the National Health Promotion Policy and the School Health Program, by strengthening health promotion actions aimed at adolescents in territories covered by the Family Health Strategy in municipalities of the state of Bahia, Brazil. An evaluative study was conducted, in two stages, an extensive approach to five municipalities to assess the degree of implementation (using an evaluation matrix validated by a previous evaluability study) and an intensive approach through interviews with key agents in two municipalities, to analyze the context-related differentials. The influence of the organizational context was observed in the degree of implementation and spaces of possibility before the synergy of competencies and political-administrative strategies and pre-existing social networks; and the political-institutional instabilities as restrictions. The evaluative research was successful, especially regarding the strengthening of competencies to plan and execute integrated actions to Primary Health Care. However, it reverberates the need to strengthen collaborative and consistent gover-

nance (not just circumstantial), in order to raise long-term local sustainability of the initiatives for health promotion.

**Keywords:** Health promotion. Intersectoral action. Health Promotion at School. Primary Health Care. Health assessment.

## Résumé

TL'intervention intersectorielle Promouvoir la santé à l'école (Prose), développée et mise en œuvre par l'Institut de santé collective de l'Université fédérale de Bahia, visait à dynamiser la politique nationale de promotion de la santé et le programme de santé scolaire en renforçant les actions de promotion de la santé destinées aux adolescents dans les territoires couverts par la stratégie de santé familiale dans les municipalités de l'État de Bahia, au Brésil. Une étude évaluative a été menée en deux étapes, une approche extensive dans cinq municipalités pour évaluer le degré de mise en œuvre (en utilisant une matrice d'évaluation validée par une étude d'évaluabilité précédente) et une approche intensive par le biais d'entretiens avec des agents clés dans deux municipalités pour analyser les différentiels liés au contexte. L'influence du contexte organisationnel a été observée dans le degré de mise en œuvre et les espaces de possibilité avant la synergie des compétences et des stratégies politique-administratives et les réseaux sociaux préexistants; et les instabilités politique-institutionnelles, comme restrictives. La recherche évaluative a réussi, surtout en ce qui concerne le renforcement des compétences pour planifier et exécuter des actions intégrées aux soins de santé primaires. Mais, cela réverbère le besoin de renforcer la gouvernance, la collaboration cohérente (pas seulement circonstancielle), pour augmenter la durabilité locale à long terme des initiatives pour la promotion de la santé.

**Mots-clés:** Promotion de la santé ; Action intersectorielle; Promotion de la santé à l'école; soins de santé primaires; Évaluation de la santé.

## INTRODUÇÃO

Desde o início do século XX, diferentes concepções de promoção da saúde se desenvolveram no mundo. A visão mais moderna adota como enfoque prioritário a atuação sobre as iniquidades e os Determinantes Sociais da Saúde (DSS), por meio da implementação de políticas públicas articuladas intersectorialmente e direcionadas ao reforço da capacidade dos indivíduos e à comunidade, abrangendo os aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais e comunitários<sup>1-4</sup>.

A abordagem colaborativa no processo de tomada de decisões multissetoriais em prol de oportunidades equitativas para todos os cidadãos tem sido discutida sob a insígnia da “Saúde em Todas as Políticas” (*Health in all policies/Hiap*)<sup>5</sup>. Entretanto, observam-se desafios operacionais para inclusão dos DSS e integração de políticas e programas já em vigor em uma perspectiva integrada<sup>6</sup>. Para superar tais dificuldades, alguns autores<sup>7-11</sup> sugerem um enfoque sistêmico e dinâmico sobre os determinantes sociais da saúde em territórios delimitados, por meio de intervenções que, embora complexas, sejam adaptativas e construídas gradualmente e reconstruídas, conforme os resultados das ações alcançadas pelos distintos atores e setores interconectados de forma consistente.

Sob essa ótica, no Brasil, o movimento sanitário que vem se constituindo em torno da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) tem direcionado reflexões acerca da necessidade de mudança do modelo de atenção, com redefinição de prioridades pela Atenção Primária à Saúde (APS) e implementação de intervenções articuladas com os DSS<sup>12</sup>. À guisa do exposto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido apontada como o *locus* privilegiado para a operacionalização das ações de promoção da saúde, e parece ter criado algumas condições de possibilidade para mudar o foco das práticas sanitárias na direção da saúde, e não da doença, ao estreitar os vínculos relacionais entre a equipe de saúde e a população e ao integrar o setor sanitário a outros setores do governo e da sociedade<sup>13</sup>.

Nesse contexto, as práticas intersetoriais incluem o Programa Saúde na Escola (PSE), que tem a interdisciplinaridade como fundamento e a intersetorialidade como ferramenta operacional, para fomentar consciência sanitária, participação social e equidade em saúde<sup>14,15</sup>. Entretanto, a expansão do PSE nos diferentes territórios do País<sup>16-19</sup> revela que, apesar de o PSE, como estratégia política, trazer em seu bojo um conjunto de princípios e diretrizes que orientam a colaboração intersetorial na definição de prioridades e implementação de ações para a promoção da saúde, a articulação com a APS não está consolidada<sup>20</sup>.

Ante os aspectos supracitados, este estudo tomou como objeto a intervenção intersetorial Promovendo Saúde na Escola (Prose), elaborada por meio de um projeto desenvolvido por pesquisadores do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e financiado pelo Fundo Nacional de Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, com o apoio técnico das Secretarias Estaduais de Saúde e Educação do Estado da Bahia. Os pressupostos se relacionaram ao fortalecimento do desenvolvimento de intervenções reprodutíveis no âmbito dos serviços públicos que contemplem os propósitos de ações e políticas que, embora tenham sido enunciadas ou pactuadas, carecem de estratégias que viabilizem sua execução e a sustentabilidade

da equidade em saúde, e problematização das relações pesquisa e gestão e pesquisa e intervenção, compreendendo que a intervenção se molda ao seu contexto; e as possibilidades de que ela seja efetiva estão diretamente relacionadas com a sua permeabilidade aos contextos socioculturais, assim como a utilidade da avaliação em saúde<sup>21</sup>.

Dessa forma, este capítulo objetiva sistematizar a análise do grau de implantação da intervenção Prose, os diferenciais que expressaram a influência do contexto para o alcance de distintos resultados, e suscitar reflexões acerca do reforço a capacidades avaliativas por municípios brasileiros.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo avaliativo da intervenção Prose, realizado no período de maio de 2013 a outubro de 2014, com o intuito de apreender diferenciais que expressassem a influência do contexto no grau de implantação e no alcance dos efeitos desejados em cinco municípios localizados em diferentes regiões do estado da Bahia, Brasil (Tabela 1).

Tabela 1. Características gerais dos municípios participantes da intervenção Prose

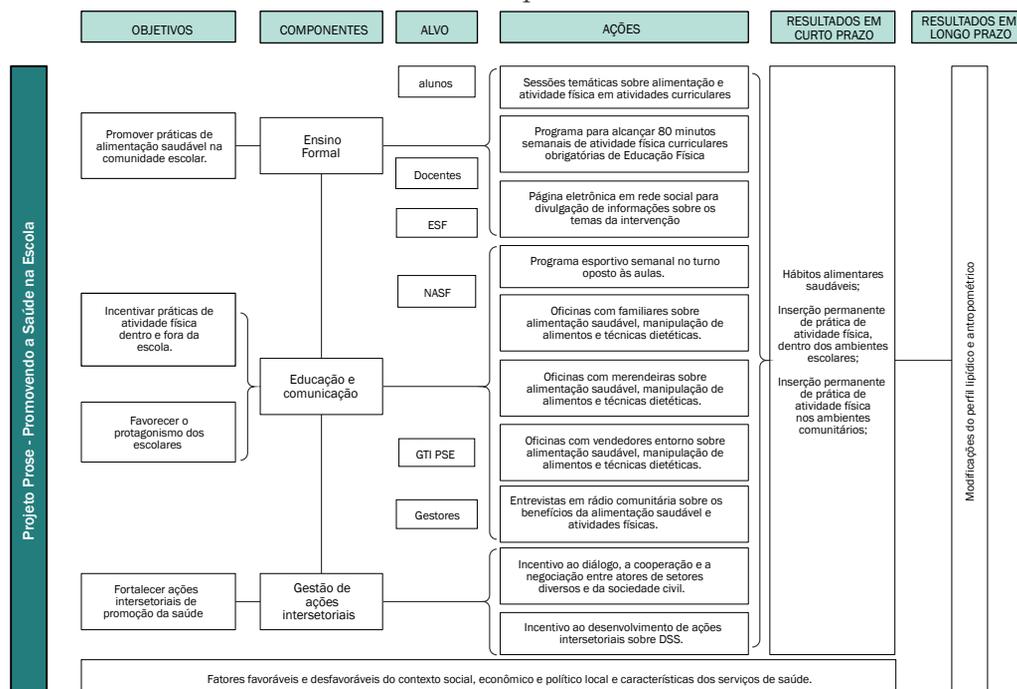
CARACTERÍSTICAS	MUNICÍPIOS				
	M1	M2	M3	M4	M5
Distância da capital (em km)	444	148	384	742	216
<b>Demografia</b>					
População total (hab.)	44.701	47.880	35.164	21.001	27.274
Taxa de urbanização (%)	78	58	53	48	84
Desenvolvimento local					
Índice de Gini (%)	0,55	0,58	0,52	0,51	0,61
Percentual de pobres (%)	68	60	72	56	59
Taxa de desemprego (%)	14	11	8	10	12
IDHM	0,604	0,626	0,588	0,615	0,588
IDHM renda	0,583	0,611	0,534	0,604	0,637
Economia local	Agricultura	Fábrica (sapatos)	Agricultura e energia eólica	Agricultura, pecuária e silvicultura	Turismo, artesanato, agricultura
<b>Educação</b>					
Taxa de analfabetismo (%)	26	22	23	18	19
IDHM educação	0,474	0,498	0,478	0,496	0,532
Tendência do grupo político local	Orientada por partidos de direita (Gestão em 2013/esquerda)	Orientada por partidos de direita	Orientada por partidos de direita	Orientada por partidos de direita	Orientada por partidos de direita

CARACTERÍSTICAS	MUNICÍPIOS				
	M1	M2	M3	M4	M5
<b>Organização dos serviços APS</b>					
Nº de equipes da ESF	10	12	11	9	9
Cobertura da ESF	86	84	80	86,8	70
Tipo de NASF implantado	Tipo 1	Tipo 1	Tipo 1	Tipo 1	Tipo 1
Nº de equipes NASF	2	1	1	1	1
Ano de adesão ao PSE	2013	2011	2012	2012	2012

Fonte: IBGE/cidades (2013) e Atlas Brasil 2013 (Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento/PNUD).

A intervenção Prose (conforme a Figura 1), descrita e representada graficamente por um modelo teórico lógico, validado por um estudo de avaliabilidade<sup>22</sup>, objetivou promover práticas de alimentação saudável e atividades físicas dentro e fora da escola; e favorecer o protagonismo dos escolares, o desenvolvimento e a gestão de ações interseoriais por meio de estratégias direcionadas à dinamização e à articulação da execução do PSE no território da APS. A intervenção apresentou múltiplos componentes ('educação e comunicação'; 'educação formal' e 'gestão de ações interseoriais'), traduzidos por ações em diversos espaços do território de atuação das equipes de saúde, inclusive a comunidade escolar, o núcleo familiar e demais equipamentos sociais do território. O componente 'educação formal' voltou-se para os aspectos formativos dos alunos e buscou incluir as ações previstas pelo Prose nos objetivos pedagógicos das escolas participantes nos municípios. O componente 'educação e comunicação' direcionou-se à difusão de conhecimentos por meio do desenvolvimento de estratégias de comunicação e informação acerca da promoção da saúde, dentro e fora do contexto escolar. Já o componente 'gestão de ações interseoriais' buscou fortalecer o diálogo e a negociação entre os agentes institucionais e fomentar a implantação das ações articuladas nos territórios da APS. Almejaram-se como resultados de curto prazo a mudança de hábitos alimentares e a inserção contínua da prática de atividade física na escola no turno de aula e no turno oposto, bem como fora da escola, e o incentivo a hábitos alimentares saudáveis na merenda escolar e em domicílio.

Figura 1. Modelo teórico lógico da intervenção Prose, conforme estudo de avaliabilidade prévio



Fonte: Prado, Medina e Aquino<sup>22</sup>.

Cabe salientar que a etapa inicial da intervenção contou com uma fase preparatória, na qual foram realizadas oficinas com os estudantes, pais, as merendeiras e os vendedores de alimentos do entorno escolar, e um Curso de Extensão em Gestão de ações intersetoriais no Sistema Único de Saúde (SUS) para os profissionais de saúde e educação, na modalidade de educação a distância<sup>23</sup>, com o objetivo de capacitar os agentes para a execução de ações articuladas e para constituir novos espaços de diálogo entre os setores da saúde e da educação, direcionando-os para um processo contínuo de planejamento e monitoramento de ações intersetoriais. O fato de tomar como ponto de partida o processo pedagógico evidenciava o intuito de reforçar habilidades e competências e, conseqüentemente, de formar agentes multiplicadores com potencial para compartilhar um problema, assim como ampliar a autonomia local para identificar e planejar ações locais.

A realização deste estudo ocorreu em duas etapas: uma abordagem extensiva a cinco municípios para apreciação do grau de implantação; e uma abordagem intensiva em dois municípios, considerados exitosos quanto à implementação das ações da intervenção Prose.

A primeira etapa, apreciação do grau de implantação, foi realizada para cada um dos componentes da intervenção, para as 10 escolas e para os 5 municípios, após 6 meses (abrangendo 952 alunos e 57 professores) e após 18 meses (abrangendo 693 alunos e 42 professores). Para tanto, procedeu-se à análise dos dados derivados da aplicação de questionários semiestruturados contendo os itens correspondentes às dimensões e aos critérios da matriz de julgamento padrões e indicadores<sup>22</sup>, utilizada para determinar o grau de implantação da intervenção nos municípios. A classificação final do grau de implantação foi determinada com base no somatório obtido pelas dimensões e critérios, considerando como pontos de corte os seguintes parâmetros: Incipiente (INC): 0 a 29 pontos; Intermediário (INT): 30 a 69 pontos; Implantado (IMP):  $\geq 70$  pontos (Tabela 2).

Inserir Tabela 2. Matriz de julgamento padrões e indicadores da intervenção Prose, conforme estudo de avaliabilidade prévio

Componentes	Dimensões	Critérios	Padrão	Indicador	Pontuação			Peso	Pontuação máxima	Pontuação por componente
					Incipiente (INC)	Intermediário (INT)	Avançado (AVA)			
Ensino Formal	Atividades em classe	Realização de sessões temáticas sobre alimentação saudável em atividades curriculares obrigatórias	8 sessões temáticas com duração de 50 minutos a cada 15 dias	nº de sessões temáticas conduzidas ou assistidas/nº total de sessões temáticas	< 5	5 a 9	10	1,4	14,0	
			Inclusão de um plano de aula para cada sessão temática	nº de planos de aulas incluídos/total de planos de aulas	< 5	5 a 9	10	0,6	6,0	
	Alimentação saudável	Inclusão do consumo de alimentos saudáveis no ambiente escolar	Consumo de merenda escolar contendo alimentos saudáveis/semana	Consumo de alimentos saudáveis na escola / três vezes por semana	0	1 a 9	10	0,5	5,0	
			Consumo de alimentos saudáveis domicílio/três vezes por semana	Inclusão do consumo de alimentos saudáveis domicílio/por semana	0	1 a 2	3 a 5	1,0	5,0	
	Atividade Física	Atividade Física curricular no turno das atividades curriculares obrigatórias	$\geq 80$ minutos semanais	Duração da atividade física curricular/semana	0	1 a 2	3 a 5	1,0	5,0	
			$\geq 5h$ /semana	Frequência atividades curriculares de Educação Física/semana	0	1 a 2	3 a 5	1,0	5,0	
		Implantação de programa esportivo curricular, no turno oposto das aulas	2 horas semanais no turno oposto das aulas	Carga horária de atividade física no turno oposto as aulas/semana	0	1 a 2	3 a 5	1,0	5,0	

Componentes	Dimensões	Critérios	Padrão	Indicador	Pontuação			Peso	Pontuação máxima	Pontuação por componente
					Incipiente (INC)	Intermediário (INT)	Avançado (AVA)			
Ensino Formal	Atividade Física	Inclusão do consumo de alimentos saudáveis no domicílio	1 sessão temática com duração de 50 min a cada 15 dias	Sessão temática conduzida ou assistida	0	1	1 a 2	2,5	5,0	60
			Inclusão de plano de aula para a sessão temática sobre atividade física	Inclusão de plano de aula da sessão temática sobre atividade física	0	1	1 a 2	2,5	5,0	
		Prática de atividade física fora do ambiente escolar	Relato de prática de atividade física fora do ambiente escolar	Frequência da atividade física fora do ambiente escolar/ semana	0	1 a 2	3 a 5	1,0	5,0	
Educação e Comunicação	Acesso a informação	Acesso à página eletrônica em rede social para obtenção de informações sobre os temas da intervenção	Quatro acessos mensais ao <i>site</i> do Prose na internet	nº de acessos ao <i>site</i> do Prose/mês	0	1	2	1,5	3,0	30
		Acesso as ações e informações Projeto Prose mediante e-mail pessoal	Quatro acessos mensais ao e-mail pessoal	nº de acessos e respostas enviadas pelo e-mail pessoal ao e-mail do Prose/mês	0	1	2	1,5	3,0	
		Participação nos Fóruns de discussões no site do Prose	1 acesso semanal ao Fórum de Discussões do site do Prose	nº de participações no Fórum de Discussões do site do Prose/mês	0	1	2	1,0	2,0	
		Acesso as informações na página do Facebook do Prose	1 acesso semanal a página do Prose em uma rede social	nº de acessos a página do Prose em uma rede social/mês	0	1	2	1,0	2,0	
	Atividades comunitárias	Realização de oficinas	Realização de 3 oficinas com merendeiras e pais	nº de oficinas realizadas	0	1 a 2	3 a 5	1,0	5,0	
		Participação nas oficinas do Projeto Prose/Intervenção	Participação em todas as oficinas preparatórias do Projeto Prose	nº de participantes por oficina/nº convidados	0	5	10	0,2	2,0	
		Realização de oficinas com familiares dos estudantes	3 oficinas, com carga horária de 2 horas cada	nº de oficinas com familiares dos estudantes	0	1 a 2	3 a 5	0,5	2,5	
		Realização de oficinas com merendeiras	3 oficinas, com carga horária de 2 horas cada	nº de oficinas realizadas com as merendeiras	0	1 a 2	3 a 5	0,5	2,5	
		Realização de oficinas com vendedores do entorno da escola	3 oficinas, com carga horária de 2 horas cada	nº de oficinas com vendedores do entorno da escola	0	5	10	0,5	5,0	
		Realização de entrevistas em rádio comunitária	2 entrevistas realizadas	nº de entrevistas em rádio comunitária	0	1	2	1,5	3,0	

Componentes	Dimensões	Critérios	Padrão	Indicador	Pontuação			Peso	Pontuação máxima	Pontuação por componente
					Incipiente (INC)	Intermediário (INT)	Avançado (AVA)			
Gestão de ações intersetoriais	Ações intersetoriais	Existência de Grupo de Trabalho Intersectorial (GTI) PSE	1 reunião/mês do GTI PSE	nº de reuniões do GTI PSE	0	1	2	2,5	5,0	
		Realização de ações intersetoriais entre PSE e ESF	Realização de pelo menos duas ações intersetoriais entre PSE e ESF	nº de ações intersetoriais realizadas	0	1	2	2,5	5,0	10
Legenda: Incipiente (INC): ≤ 29 pontos; Intermediário (INT): entre 30 e 69 pontos; Avançado (AVA): ≥ 70 pontos.					Pontuação total			100,0	100,0	

Fonte: Prado, Medina e Aquino<sup>22</sup>.

Para análise de implantação (propriamente dita) da intervenção, na segunda etapa, procedeu-se à realização de 56 entrevistas (13 gestores saúde e educação, 17 professores, 3 diretores das escolas, 13 alunos, 3 merendeiras, 7 profissionais de saúde do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica – NASF-AB e da ESF) e de exame dos registros do monitoramento efetivado pelos pesquisadores do Prose durante todo o período. Em seguida, o material transcrito foi ordenado, e classificados os núcleos temáticos e as categorias analíticas, de acordo com as dimensões e subdimensões da intervenção, com auxílio do *software* NVivo® versão 11.0. Os resultados viabilizaram a reconstituição da rede de relações entre os agentes e a identificação dos fatores contextuais nos espaços sociais exitosos (M1 e M2), conforme os tipos e volumes de capital<sup>i</sup>, à luz da teoria da ação social e disposicional de Bourdieu<sup>24-29</sup>.

O projeto de pesquisa Desenvolvimento e avaliação de uma intervenção intersetorial sobre padrões alimentares e de atividade física de adolescentes no âmbito da ESF (Prose) foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (CCA/E 09709112.3.0000.5030) (Número do parecer 182.685).

## RESULTADOS

Os resultados foram agrupados em dois tópicos: 1. Grau de implantação da intervenção Prose nos cinco municípios; 2. Análise de implantação (propriamente dita) da intervenção Prose em dois municípios (considerados exitosos na etapa anterior).

i. Para Bourdieu, o capital é uma energia social acumulada, um elemento que permite ao seu portador jogar, disputar, lutar em um dado espaço social. A obtenção de determinado capital pressupõe investimento e disposição pessoal do agente para obtê-lo. O poder é uma resultante das diversas espécies de capital que se expressa na relação entre os agentes<sup>29</sup>.

## Grau de implantação da intervenção Prose nos cinco municípios

A comparação entre os cinco casos revelou, em geral, que apenas o município 1 (M1) obteve resultado exitoso (avançado) no grau de implantação (75,6 pontos e 76,5, respectivamente, após 6 meses e 18 meses) (obteve apoio dos gestores e profissionais dos dois setores desde o período de apresentação inicial do projeto e solicitação do termo de anuência). No município 2 (M2), nos primeiros 6 meses, a implantação da intervenção também foi considerada avançada (70,2 pontos), mas, no segundo momento, apresentou um desempenho inferior, alcançando um grau intermediário (52,9 pontos).

O município 3 (M3) obteve resultado intermediário nos dois momentos (47 e 46,2 pontos, respectivamente, em 6 meses e 18 meses), e os municípios 4 (M4) (15 pontos nos primeiros 6 meses e 15,5 pontos em 18 meses) e município 5 (M5) (4 pontos nos dois momentos) avançaram muito pouco na implantação da intervenção (Tabela 3).

Tabela 3. Estimativa do grau de implantação da intervenção Prose em dois momentos, 6 meses e 18 meses, nos cinco municípios

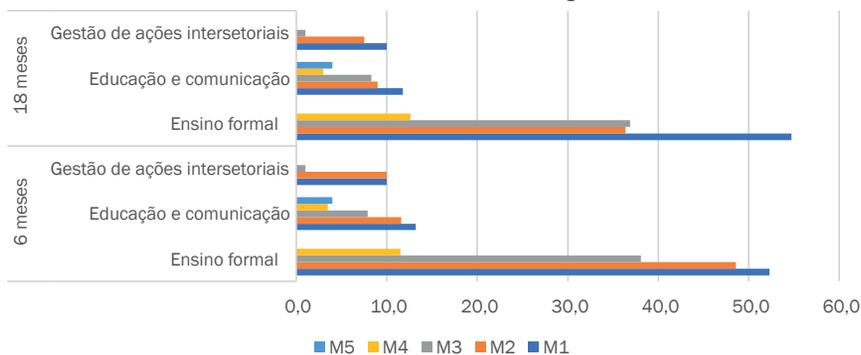
Critérios	Pont. Max	Pontuação			M1	M2	M3	M4	M5	M1	M2	M3	M4	M5
		INC	INT	AVA	6 meses					18 meses				
C1- Realização de sessões temáticas em atividades curriculares obrigatórias	20,0	0 a 6	7 a 13,8	13,8 a 20,0	20,0	18,5	10,0	5,0	0,0	20,0	15,5	10,0	5,0	0,0
C2 - Inclusão do consumo de alimentos saudáveis no ambiente escolar	5,0	0 a 1,45	1,46 a 3,45	3,46 a 5,0	5,0	5,0	2,5	1,3	0,0	5,0	2,5	3,5	1,3	0,0
C3 - Inclusão do consumo de alimentos saudáveis no domicílio	5,0	0 a 1,45	1,46 a 3,45	3,46 a 5,0	2,5	2,3	0,5	1,3	0,0	2,3	2,3	1,3	1,8	0,0
C4 - Atividade física durante as atividades curriculares obrigatórias	10,0	0 a 3,9	4,0 a 6,9	7,0 a 10,0	7,0	7,3	8,3	2,8	0,0	8,5	6,0	5,0	2,8	0,0
C5 - Implantação de programa esportivo na escola, no turno oposto das aulas	5,0	0 a 1,45	1,46 a 3,45	3,46 a 5,0	3,5	3,0	3,0	0,0	0,0	5,0	1,5	3,0	0,0	0,0
C6 - Sessão temática sobre atividade física em atividades curriculares obrigatórias	10,0	0 a 3,9	4,0 a 6,9	7,0 a 10,0	10,0	10,0	10,0	0,0	0,0	10,0	5,0	10,0	0,0	0,0
C7 - Prática de atividade física fora do ambiente escolar.	5,0	0 a 1,45	1,46 a 3,45	3,46 a 5,0	2,5	2,0	3,5	1,3	0,0	4,0	3,0	3,8	0,5	0,0
C8 - Acesso a informações sobre os temas da intervenção no <i>site</i> do Prose	3,0	0 a 1,17	1,18 a 2,07	2,08 a 3,0	1,8	0,6	0,3	0,0	0,0	0,5	0,6	0,4	1,3	0,0
C9 - Acesso as ações e informações do Prose pelo e-mail pessoal	3,0	0 a 1,17	1,18 a 2,07	2,08 a 3,0	2,0	2,0	2,0	0,0	0,0	1,5	2,0	1,8	0,0	0,0
C10 - Participação nos Fóruns de discussões no <i>site</i> do Prose	2,0	0 a 0,78	0,79 a 1,38	1,39 a 2,0	0,9	0,5	0,3	0,0	0,0	0,5	0,5	0,7	0,0	0,0

Critérios	Pont. Max	Pontuação			M1	M2	M3	M4	M5	M1	M2	M3	M4	M5
		INC	INT	AVA	6 meses					18 meses				
C11 - Acesso as informações na página do Facebook do Proe	2,0	0 a 0,78	0,79 a 1,38	1,39 a 2,0	1,0	1,0	1,5	1,5	2,0	1,3	1,0	1,3	1,0	2,0
C12 - Realização de oficinas temáticas					3,0	2,9	0,0	0,0	0,0	2,0	1,8	0,0	0,0	0,0
C13 - Participação nas oficinas de capacitação					2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,8	2,0	2,0	2,0	2,0
C14 - Realização de oficinas com familiares dos estudantes					0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
C15 - Realização de oficinas com merendeiras	2,5	0 a 0,975	0,976 a 1,725	1,726 a 2,5	1,6	0,7	0,0	0,0	0,0	1,3	0,5	0,0	0,0	0,0
C16 - Realização de oficinas com vendedores do entorno da escola	5,0	0 a 1,45	1,46 a 3,45	3,46 a 5,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
C17 - Realização de entrevistas em rádio comunitária	3,0	0 a 1,17	1,18 a 2,07	2,08 a 3,0	2,8	2,5	2,1	0,0	0,0	3,0	1,3	2,6	0,0	0,0
C18 - Existência de Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI) PSE ativo	5,0	0 a 1,45	1,46 a 3,45	3,46 a 5,0	5,0	5,0	0,0	0,0	0,0	5,0	5,0	0,0	0,0	0,0
C19 - Realização de ações inter-setoriais	5,0	0 a 1,45	1,46 a 3,45	3,46 a 5,0	5,0	5,0	1,0	0,0	0,0	5,0	2,5	1,0	0,0	0,0
Pontuação final	100,0				75,5	70,2	47,0	15,0	4,0	76,5	52,9	46,2	15,5	4,0
					AVA	AVA	INT	INC	INC	AVA	INT	INT	INC	INC

Fonte: elaboração própria.

Com relação aos componentes da intervenção, a análise empreendida demonstrou que *Ensino Formal* e *Gestão de ações intersetoriais* alcançaram maiores escores. Ressalta-se que o componente *Gestão de ações intersetoriais* obteve escore de grau de implantação marcadamente incipiente (M3, M4 e M5) ou claramente avançado (M1 e M2). Por outro lado, o componente *Educação e comunicação* não alcançou escore avançado em nenhum município (Gráfico 1).

Gráfico 1. Grau de implantação por componentes da intervenção Prose, em 6 e 18 meses, nos cinco municípios



Fonte: elaboração própria.

Posteriormente, foi realizada a análise das dimensões do componente *Ensino Formal*; as *Atividades em classe* apresentaram maior estabilidade (realização de todas as sessões temáticas previstas com o apoio dos planos de aulas discutidos previamente nas oficinas de capacitação da fase preparatória); a *Atividade física* apresentou uma grande variação, com pontuações extremamente baixas, atribuídas à falta de cobertura das quadras poliesportivas, com alta exposição às variações climáticas e atividades restritas a campeonatos poliesportivos sazonais); e *Alimentação saudável* obteve melhores resultados nos municípios M1 e M2 (que possuía uma horta comunitária, na qual algumas frutas e hortaliças eram colhidas e complementavam o preparo da merenda escolar, com inclusão de frutas e verduras em quase todos os dias da semana, com envolvimento das nutricionistas do NASF em reuniões mensais para planejamento de compras, definição dos cardápios e orientação das merendeiras), mantendo-se incipiente nos demais locais (a existência de comércio de alimentos por vendedores ambulantes e estabelecimentos comerciais do entorno escolar pode ter influenciado o consumo de alimentos pouco saudáveis).

No que se refere às dimensões do componente *Educação e Comunicação*, o *Acesso a informações* obteve um grau de implantação intermediário na maioria dos locais (M1, M2 e M3) e incipiente nos demais (M4 e M5), demonstrando uma certa dificuldade dos participantes em utilizar os canais de comunicação disponibilizados (e-mail, *site* e página da intervenção *prose* em uma rede social), com destaque para o reduzido acesso dos professores e profissionais de saúde (de todos os municípios) às temáticas propostas, por meio de um fórum de discussões no *site* da intervenção *Prose*. Com relação às *Atividades comunitárias*, quando avaliada a participação dos agentes nas oficinas preparatórias, oficinas temáticas e entrevistas em rádios comunitárias, observou-se um grau incipiente em todos os municípios nos primeiros 6 meses, à exceção do M1 (intermediário). Após 18 meses, ocorreu ampliação dos escores dessa dimensão apenas no M2.

Por fim, a dimensão *Ações intersetoriais*, relacionada ao componente *Gestão de ações intersetoriais*, manteve um grau de implantação estável durante todo o período analisado, sendo avançado em dois municípios, M1 (100%) e M2 (89%), e incipiente nos demais (M3, M4 e M5).

A existência de Grupo de Trabalho Intersectorial (GTI) do PSE ativo nos municípios foi um aspecto avaliado, que alcançou escores altos (implantação avançada) nos dois municípios exitosos, com comprovação da continuidade das ações no município por meio de registro fotográfico, disponibilização de fotocópias, das atas de reuniões e dos planos de ação discutidos em vários encontros. Os informantes atribuíram maior qua-

lificação e habilidade para desenvolver ações articuladas após a participação no curso de Ensino a Distância (EAD) para *Gestão de ações intersetoriais no SUS*, realizado pela equipe de pesquisadores (agentes da pesquisa) do Prose no final do primeiro ano de implementação da intervenção.

### **Análise de implantação (propriamente dita) da intervenção Prose em dois municípios (considerados exitosos na etapa anterior)**

A análise do contexto de implantação da intervenção Prose nos municípios mais exitosos (M1 e M2) pautou-se pela identificação da dinâmica relacional entre os agentes envolvidos (as interações e relações prévias estabelecidas antes da implementação da intervenção Prose; as relações intermitentes e aquelas decorrentes do envolvimento com a intervenção), assim como a identificação da posição ocupada pelos 56 agentes nos subespaços sociais, volumes e tipos de capitais (Quadro 1). Consideraram-se, ainda, a natureza heterogênea dos municípios, as dificuldades enfrentadas em cada sistema local e as estratégias utilizadas para desenvolver as ações em cada local, para apreender os aspectos diretamente relacionados à sua permeabilidade aos contextos socioculturais.

Quadro 1. Volume dos diferentes tipos de capital e posições ocupadas no subespaço da saúde e educação nos municípios 1 e 2

MUNICÍPIO 1 (M1)							
POSIÇÃO SUBESPAÇO	SUBESPAÇO	TIPO E VOLUME DE CAPITAL					
		CSi	CE	CSo	CB	CP	CM
Secretário de Educação (M1)	Político/Burocrático	M	A	AA	A	M	A
Secretário de saúde		M	M	AA	A	M	A
Coord. Geral da Saúde/ Coord. AB	Burocrático/Militante	B	M	AA	M	B	A
Coord. técnica PSE (Educação)		B	B	A	M	B	A
Coord. PSE/ Saúde	Burocrático	B	M	AA	M	B	-
Apoiadora Institucional (M1)		B	M	AA	M	B	-
Enfermeira ESF		B	M	AA	B	B	B
Enfermeira ESF		B	M	AA	B	B	B
Enfermeira ESF		B	M	AA	B	B	B
Nutricionista NASF		B	M	AA	B	-	-
Educadora Física NASF (M1)		B	M	AA	B	B	B
Vice-diretora (C1)	Burocrático	M	M	A	M	B	B

MUNICÍPIO 1 (M1)							
POSIÇÃO SUBESPAÇO	SUBESPAÇO	TIPO E VOLUME DE CAPITAL					
		CSi	CE	CSo	CB	CP	CM
Prof. Português/ Ex-diretora (C1)	Institucional	B	B	A	B	B	B
Professor História (C1)		B	B	A	-	-	-
Prof. Matemática (C1)		B	B	A	-	-	-
Prof. Geografia (C1)		B	B	A	-	-	-
Prof. Ciências (C2)		B	B	A	-	-	-
Prof. Ed. Física (C2)		B	B	A	-	-	-
Prof. Ed. Física (C2) (M1(C2))		B	M	A	-	-	-
Prof. Português (C2)		B	B	A	-	-	-
Aluna (C1)		-	-	-	-	-	-
Aluna (C1)		-	-	-	-	-	-
Aluna (C1)		-	-	-	-	-	-
Aluna (C1)		-	-	-	-	-	-
Aluno (C2)		-	-	-	-	-	-
Aluno (C2)		-	-	-	-	-	-
Merendeira (C1)		-	-	-	-	-	-
Merendeira (C2)		-	-	-	-	-	-

MUNICÍPIO 2 (M2)							
POSIÇÃO SUBESPAÇO	SUBESPAÇO	TIPO E VOLUME DE CAPITAL					
		CSi	CE	CSo	CB	CP	CM
Secretário de Educação	Burocrático	M	A	M	A	A	A
Coord. do PSE		M	M	M	M	-	M
Ex-Coord.do PSE/ GTI PSE educação		B	M	M	M	-	-
Secretário de Saúde		B	M	AA	A	A	M
Coord. da AB		M	M	AA	M	-	-
Coordenador do PSE /Saúde	Institucional	B	M	AA	-	-	-
Educador Físico NASF		B	M	AA	-	-	-
Nutricionista NASF		B	M	AA	-	-	-
Enfermeiro ESF		B	B	A	-	-	-
Prof. de Língua Portuguesa (C3)		B	B	A	-	-	-
Prof. Biologia e Química (C3)		B	M	A	-	-	-
Professora de História (C3)		B	A	A	-	-	-
Prof. Educação Física (C3)		B	M	AA	M	-	-
Diretor (C4)	Burocrático	M	A	A	B	-	-
Vice-diretora(C4)	Institucional	M	B	A	B	-	-

MUNICÍPIO 2 (M2)							
POSIÇÃO SUBESPAÇO	SUBESPAÇO	TIPO E VOLUME DE CAPITAL					
		CSi	CE	CSo	CB	CP	CM
Prof. Língua Portuguesa (C4)	Institucional	B	M	A	-	-	-
Prof. Inglês (C4)		B	B	A	-	-	-
Prof. Educação Física (C4)		B	M	A	-	-	-
Prof. Educação Física (C4)		-	B	A	-	-	-
Prof. Educação Física (C4)		-	B	A	-	-	-
Aluno (C3)		-	-	-	-	-	-
Aluno (C3)		-	-	-	-	-	-
Aluno (C4)		-	-	-	-	-	-
Aluno (C4)		-	-	-	-	-	-
Aluno (C4)		-	-	-	-	-	-
Aluno (C4)		-	-	-	-	-	-
Aluno (C4)		-	-	-	-	-	-
Aluno (C4)		-	-	-	-	-	-
Merendeira (C4)	-	-	-	-	-	-	

Legenda 1: SE: subespaço; CE: capital escolar; CSi: capital simbólico; CB: capital burocrático; CP: capital político; CM: capital militante; CSo: capital social.

Legenda 2: AA: muito alto; A: alto; M: médio; B: baixo.

Legenda 3: C1: colégio 1; C2: colégio 2; C3: colégio 3; C4: colégio 4.

Fonte: elaboração própria, conforme referências: \*Rombaldi M. O capital militante: uma tentativa de definição, de Frédérique Matonti e Franck Poupeau. Plural. 2006;13:127-34. doi: 10.11606/issn.2176-8099.pcs.2006.75164; Bourdieu P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. Campinas (SP): Papirus; 1996; Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil; 2001; Bourdieu P. A distinção: crítica social do julgamento. Porto Alegre (RS): Zouk; EDUSP; 2008; Bourdieu, P. Sobre o Estado: cursos no Collège de France (1989-92). 1ª edição. São Paulo: Companhia das letras, 2014.

No município 1, as relações prévias entre os agentes apresentavam-se diversificadas: no espaço social da saúde, os agentes do alto escalão da gestão dos setores saúde e educação as mantinham restritas a articulações pontuais para formalização ou implementação de políticas e programas; os coordenadores de APS, do PSE e profissionais de saúde cultivavam interações contínuas, sobretudo os que ocupavam cargos na gestão (o que foi propício para a organização e o desenvolvimento da intervenção); e no espaço social da educação, as relações prévias eram mais concretas e bidirecionais entre os agentes localizados nas instituições escolares (professor ou aluno), ao passo que, entre a coordenadora técnica do PSE, diretores e professores, elas eram ocasionais e pontuais.

Com o início das atividades previstas pela intervenção, novas relações emergiram, principalmente durante a fase preparatória, a partir do envolvimento ativo da coordenadora do PSE local, a qual, com alto volume de capital burocrático, viabilizou a comunicação com os demais agentes, instituições e gestores, convocando-os a participar do processo de implementação da intervenção. A partir desse esforço, as relações entre os agentes envolvidos de forma mais direta com o Prose tornaram-se progressivamente

mais recorrentes e intensas, e as articulações culminaram na composição de um novo subespaço intersetorial, a comissão que representava o GTI do PSE local.

No novo subespaço social, ainda que prevalecessem diferentes pontos de vista entre os agentes dos dois setores, assim como disputas (relacionadas com a legitimação de qual setor assumiria a coordenação mais efetiva do PSE e do Prose, e relacionadas com a condução das pautas na comissão<sup>ii</sup>) e conflitos derivados da inexperiência em estabelecer um processo de trabalho intersetorial, paulatinamente desenvolveram-se relações (a partir de novas disposições e novas tomadas de posição) mais objetivas, possibilitando a negociação entre agentes dos diferentes subespaços.

No decorrer da implementação, destacaram-se dois elementos a que os agentes atribuíram maior dificuldade operacional: o processo inicial de organização das práticas educativas pelos profissionais de saúde e professores, que revelou dissonâncias quanto à linguagem científica das videoaulas, especialmente no que se refere às distintas matrizes disciplinares e discursivas entre os setores; e o desenvolvimento de ações intersetoriais mais abrangentes no contexto do território da APS, as quais exigiam maior esforço dos envolvidos, revelando dificuldades no decorrer do desenvolvimento.

Contudo, a implantação da intervenção foi avançada; e, entre os elementos potenciais do contexto, podem-se elencar: a existência de um agente catalítico; a facilidade para organização e coesão entre os agentes do subespaço da saúde no planejamento e desenvolvimento das ações dos componentes por meio da atuação ativa do GTI-M; as atividades direcionadas à comunidade extraescolar, que culminaram em importantes avanços referentes à alimentação saudável e à prática de atividade física; e a inclusão das temáticas do Prose na semana pedagógica das escolas. Além disso, é importante pontuar a organização prévia existente no sistema de saúde local e a viabilidade política e administrativa, presente nos dois setores. O Quadro 2 apresenta excertos das falas dos agentes que expressam os principais resultados alcançados nos dois municípios.

---

ii. Para Bourdieu, as comissões são uma forma de organização social constituída por um conjunto de pessoas, reconhecidas como habilitadas e nomeadas pelo Estado para desempenhar uma função burocrática ou um ato do Estado ou para administrar os poderes públicos. Para o referido autor, “as comissões públicas são encenações, operações que consistem em encenar um conjunto de pessoas destinadas a desempenhar reflexões sobre os problemas públicos”<sup>227(p. 56)</sup>.

Quadro 2. Síntese dos principais resultados referentes à implementação dos componentes da intervenção Prose nos municípios

MUNICÍPIO 1		
Componente	Principais resultados	Extratos das falas dos agentes
Ensino Formal	Realização de aulas temáticas e jornadas pedagógicas;	<p>“não foi possível incluir no primeiro ano de implementação do Prose, pois os PPPs já haviam sido planejados e encaminhados para outras instâncias da secretaria municipal de educação para compor o planejamento anual. As aulas temáticas foram incluídas no cronograma da programação dos componentes curriculares conduzidos pelos professores que se envolveram com o Prose.” (E20).</p> <p>“A gente este ano, teve a preocupação, por exemplo, no momento da jornada pedagógica, que as escolas permitam a chegada do profissional da saúde para chegar de forma conjunta e planejarem ações para o ano letivo, pra que esse profissional da saúde ele não chegue na escola para desenvolver atividades pontuais, que essas atividades elas sejam contextualizadas.” (E28).</p>
	Ampliação e diversificação das atividades físicas;	<p>“Nós fomos além da proposta do PROSE, com muitas atividades de educação física na escola, promovemos grupo de dança, campeonato, disputas entre os alunos”. (E40).</p> <p>“Caminhada... Nós fizemos caminhadas. Eu fiz aula de aeróbica, fiz esporte... Depois do horário da aula, tinha um horário, aí, os alunos ficavam comigo e eu fazia atividades... Mas, tivemos algumas dificuldades...alguns professores reclamavam quando iam as escolas... Falavam que tirávamos o foco dos alunos das aulas [previstas no plano pedagógico tradicional das escolas], mas até Hip-Hop”. (E26).</p>
	Mudanças de alimentação em domicílio e na escola;	<p>“minha família passou a ingerir muito mais frutas e verduras e que antigamente [antes do Prose], a gente não jantava não...comia só pão e café com leite. Aí após as aulas e oficinas, ele conversou em casa...e a minha mãe passou a mudar as refeições, tinha sopas quase todos os dias e outros alimentos bem mais saudáveis.” (E46).</p> <p>“[alguns alunos] chegavam na janela do refeitório e perguntavam a receita de alguns alimentos e eles falavam que queriam ensinar as mães deles, pois a merenda estava muito gostosa. E a gente dava, né?” (E43).</p>
	Oficinas e feiras de saúde sobre alimentação saudável;	<p>“muitos compareceram as aulas (familiares, merendeiras e vendedores de alimentos), mas a baixa adesão dos familiares se deu devido aos horários agendados para realização das oficinas (turno diurno /horário comercial), quando a maioria cumpria a jornada de trabalho. Inclusive nos ensinou aqui na escola, no dia da feira de saúde, uma receita de tempero caseiro (e sem sal) que usava coentro, manjerição, cebola e cebolinha batido no liquidificador, que a filha havia aprendido com a nutricionista do NASF.” (E50).</p>
	Entrevistas em rádios comunitárias	<p>“As entrevistas poderiam proporcionar um maior alcance das nossas ações e ajudariam tanto a divulgar as ações do Prose, quanto a instituir uma ligação com a comunidade para as ações do PSE. Pena que os profissionais não entenderam desta forma”. (E19).</p>
	Ampliação da articulação intersetorial;	<p>“Acho que é botar a mão na massa mesmo. Vir, conversar, ter interesse e tal.... Às vezes, parecia que o pessoal da saúde não estava disponível pra escola. Às vezes, parecia que a escola não estava disponível pra o pessoal da saúde e vice-versa. Então, assim, é um processo de construção” (E40).</p> <p>“Não adianta eu resolver questões apenas a respeito de alguma patologia, mas que faz parte daquela comunidade especificamente, que haja uma apropriação dos dados epidemiológicos, que haja essa apropriação por parte dos professores e dos estudantes e que isso reverbera na comunidade refletindo na qualidade de vida, esses são alguns desafios que nós temos enfrentado e que são desafios que nós sabemos que devem ser superados e que não estamos omissos nessa causa”. (E38).</p>

MUNICÍPIO 2		
Componente	Principais resultados	Extratos das falas dos agentes
Ensino Formal	Realização das aulas temáticas nos componentes curriculares;	<p>“Quando começou a primeira semana, a gente começou a se reunir e falar como ia ser feito né? Os horários, dividir tudo como ia ser feito... A gente fez isso aí. Teve esse planejamento” (E31).</p> <p>“Teve o professor que era responsável por dar aquela aula, entendeu? A gente, na época, eu lembro que teve um cronograma com os horários dos professores e profissionais, e o que que cada um ia dar” (E62/C3).</p>
	Disputas entre os agentes;	<p>“Essa linguagem intersetorial é do profissional da saúde, mas não é papel do professor, é que eles têm uma abordagem para aula, e não dentro das disciplinas ... de saúde” (E22).</p> <p>“Cheguei ao colégio em uma data que estava prevista a realização da aula sobre uso de sal na alimentação. E, lá fui avisada pela professora que ela já havia conduzido. Fiquei sem entender e sem realizar esta ação. Faltou diálogo” (E30).</p>
	Diversificação das atividades esportivas e qualificação das quadras;	<p>“Além da gente montar os times de cada um, a gente acompanhou os treinamentos eles me chamaram mesmo no horário que a gente não trabalhava fora do colégio, e os alunos sempre pediam: ‘tem como a gente ir no NASF, treinar com os educadores físicos?’ Essa troca aconteceu e foi muito positiva. Os alunos tomaram gosto pelo esporte” (E30).</p> <p>“E a gente percebeu o retorno, do Prose, algumas mudanças na escola, né? Inclusive, as duas escolas estão com quadra, a outra escola que existia uma quadra coberta foi reformada, e incluiu alguns esportes na rotina. Isso foi um grande avanço” (E38).</p>
	Mudanças alimentação escolar e no domicílio dos alunos;	<p>“A cantina mudou, né? a alimentação assim, dos alimentos gordurosos, dando mais fruta, mas tem uma resistência dos alunos, de frutas, são poucos, muitos não querem, fruta, salada de fruta, eles recusam, aí querem a merenda mais gordurosa... Mas, comem e muitos (a maioria) elogiam... Por isso, não podemos parar” (E81/C4).</p> <p>“na minha casa mudou muito, acho que antes eles não tinham muita consciência do perigo do sal, gordura” (E67).</p>
Educação e Comunicação	Realização de entrevistas em rádio comunitária;	“foi um momento muito rico, as merendeiras perguntaram muito e se interessaram em saber sobre a higienização de alimentos e principalmente novas técnicas de manipulação” (E30).
Gestão de ações intersetoriais	Ampliação das ações no território e articulação inter-setorial;	<p>“Os materiais das sessões temáticas, nós do NASF estamos utilizando em outras atividades, nas USF em algumas palestras, nas próprias escolas”. (E30).</p> <p>“Relacionar Educação e Saúde tem sido um desafio para a educação no que se refere à possibilidade de garantir uma aprendizagem efetiva e transformadora de atitudes e hábitos de vida. É preciso incluir nos planos [pedagógicos] componentes que permitam educar para a saúde levando em conta todos os aspectos envolvidos na formação de hábitos e atitudes que acontecem no dia a dia da escola. Por esta razão, a educação para a Saúde deve ser tratada como tema transversal, permeando todas as áreas que compõem o currículo escolar” (E66).</p> <p>“a saúde foi aprendendo junto com a educação e a educação foi aprendendo junto com a saúde e esse ano eu achei que a gente deu o pulo do gato, né? Nós melhoramos muito de 2013 para cá, foi criado um subgrupo do PSE, com os professores, para discutirmos em cada território as demandas e instituir os planos de ação, orientados e acompanhados pelos representantes do GTI-M” (E17).</p>

Fonte: elaboração própria.

No processo de análise, vários aspectos restritivos se sobrepuseram, quais sejam: a existência de sobrecarga de atribuições e carga horária dos agentes dos dois setores; a obrigatoriedade em participar concomitantemente de vários programas, a exemplo do projeto Pró-jovem e do programa Mais Educação (nas escolas/professores e profissionais de saúde e nas USF), e do PMAQ-AB (profissionais de saúde); o incipiente protagonismo dos estudantes, o que pode ter inibido a ampliação das ações propostas pela intervenção no território.

No segundo município, as relações prévias entre os agentes eram intermitentes, em especial, entre aqueles que ocupam cargos no subespaço burocrático e político das duas secretarias. Esses, o secretário municipal de educação, a coordenadora técnica do PSE e a representante do GTI-M assumiram um posicionamento neutro quanto à intervenção Prose, e um envolvimento praticamente restrito à formalização da adesão ao projeto de intervenção Prose, conforme *habitus* em comum, atualizados e expressos por meio de suas práticas. Da mesma forma, não foi constatada a existência de relações prévias sólidas entre os representantes do GTI-M local ou entre eles e os profissionais da saúde e da educação, pois as atividades do PSE estavam descontinuadas nos últimos seis meses. Cabe destacar que a coordenadora do PSE local, apesar de um moderado volume de capital escolar e burocrático, não apresentou qualquer engajamento com a proposta interventiva.

As relações eram mais sólidas entre os agentes situados nas instituições escolares (diretores, professores e alunos). O posicionamento favorável e mais ativo ante a implementação da intervenção da diretora e dos professores de Ciências Biológicas, História e Geografia do colégio C3 viabilizou as articulações com os demais agentes do subespaço da saúde (coordenadora da Atenção Básica, que, em uma relação de imposição vertical, congregou os profissionais, em particular, os educadores físicos e nutricionista do NASF) e comunidade escolar.

Todavia, não foi possível caracterizar a constituição de um “novo subespaço” ou comissão intersetorial com ações contínuas e sistemáticas que envolvessem o planejamento e a execução de ações intersetoriais antevistas pela intervenção. Similarmente, o protagonismo dos escolares e a participação mais ativa das famílias, dos vendedores ambulantes e comerciantes também não foram evidenciados. Na mesma direção, evidenciaram-se problemas relacionados à administração pública (burocracia e pouca sustentação dos projetos); limites institucionais no planejamento de intervenções; e dificuldade em definir prioridades para as ações previstas pela intervenção Prose. Além disso, ações direcionadas aos escolares e à comunidade escolar lograram mais êxito, em detrimento das ações que previam interações com a comunidade e o território de abrangência da APS.

Em que pesem as divergências e as disputas, não houve resistências a ponto de inviabilizar o desenvolvimento das ações. Outrossim, as condições de possibilidade para a implementação da intervenção Prose relacionaram-se a um maior estreitamento das relações e a novos posicionamentos dos profissionais de saúde e educação, especialmente no C3, que assumiram o engajamento para propiciar o desenvolvimento da intervenção, e, mesmo diante da inviabilidade política e administrativa, criaram condições para o desenvolvimento das ações.

Em ambos os municípios, os interesses dos agentes em participar da implementação foram relacionados, principalmente, ao pertencimento a um subespaço social específico e à necessidade de participar do Prose, porque era um projeto que ajudaria a desenvolver as ações do PSE, que, até então, apesar da adesão preexistente, apresentavam-se descontínuas.

## DISCUSSÃO

Este estudo avaliativo da intervenção Prose levou em consideração a maneira pela qual se estabeleceram as ações, bem como as explicações para o alcance de diferentes resultados pelos municípios. Ademais, considerando que a intenção deste estudo não foi o julgamento de cada município isoladamente, mas a compreensão de processos que acontecem no território, os achados apontam que, para além de se atentar para as regras formais que norteiam os processos típicos das políticas públicas intersetoriais, ou de somente mensurar o alcance das ações, faz-se necessário observar as relações estabelecidas e outros fatores que compõem a rotina organizacional local, que nem sempre é favorável e/ou flexível à inclusão de iniciativas intersetoriais para a promoção da saúde.

A avaliação das ações e a identificação dos processos e resultados, em extensão e profundidade, sobretudo a partir dos desdobramentos das modificações estruturais em diferentes contextos e em longo prazo, explicitaram inconsistências relacionadas com diversos aspectos. Do ponto de vista da institucionalidade, a existência do GTI com funcionamento regular tem sido referida como um mecanismo potente para afirmar e reforçar as relações de corresponsabilidade necessárias para a consolidação da intersetorialidade no âmbito local. Em busca de um modelo de gestão cooperativo, os agentes depararam-se com contradições relativas à organização dos distintos setores, institucional (recursos econômicos, humanos) e política (centralização decisória), apresentando ameaças à coesão e à coordenação conjunta da política. Sob essa ótica, os argumentos dos entrevistados denunciaram que a interferência política e a baixa autonomia dos gestores evidenciaram a fragilidade do processo decisório.

Diversos estudos<sup>30,31</sup> têm demonstrado que a criação de viabilidade política e administrativa é essencial para a atuação integrada no que diz respeito à competência e

ao estabelecimento de responsabilidades, com base na capacidade de cada nível, e um desafio para o âmbito local a sustentabilidade de intervenções intersetoriais em longo prazo. Todavia, os estudos analisados não abordaram evidências sistematizadas sobre os tipos de estratégias adotadas pelos decisores políticos em fases específicas e avançadas de gestão do ciclo político intersetorial, para possibilitar a gestão das ações articuladas.

Com relação ao aludido, ao investigar os limites e/ou possibilidades advindas da implementação de uma intervenção, foi possível revelar que a reduzida capacidade institucional, política, técnica e administrativa nos cenários (anteriores à intervenção) não garantia a implementação das ações, conforme as diretrizes normativas do PSE. Esse impasse agravou-se mediante a proposta de implantação de um programa/política ou intervenção intersetorial em locais com grandes assimetrias de capacidade de gestão pautadas por tradições setoriais, em especial, no M2, resultando em soluções pontuais por meio de uma mera colaboração interinstitucional. Em outra perspectiva, enquanto as fronteiras relacionais entre os subespaços de origem dos agentes estiverem fortemente marcadas, o processo de interiorização de *habitus*<sup>iii</sup> específico de cada setor predomina sob a forma de ações, reações, sinais distintivos e discursos fragmentados que buscam explicar as matrizes reais das práticas setorizadas<sup>29</sup>.

Do mesmo modo, coube ressaltar os principais fatores contextuais que modularam os arranjos, a convergência entre os setores e, conseqüentemente, os resultados avançados no município 1: 1) a adequada organização do sistema de saúde local; 2) o expressivo engajamento dos agentes, gestores e instituições para desenvolver as ações propostas; e 3) a ampliação da capacidade de coordenação interinstitucional por meio da institucionalização do planejamento estratégico em espaços de decisão compartilhada (GTI e de comissões intersetoriais). É importante destacar que a promoção da saúde foi priorizada nas práticas dos profissionais de saúde no âmbito da ESF e do NASF e contribuiu para a conformação da intervenção nos municípios que obtiveram resultados mais avançados na implementação da intervenção, indicando maior articulação da APS no âmbito local.

Nesse sentido, o reforço das habilidades dos agentes na etapa inicial de implementação de uma política intersetorial, por meio de capacitações gradativas para viabilizar a adaptação às mudanças e a superação de modelos de políticas setorizadas e fragmentadas, foi o ponto nevrálgico do Prose, pois viabilizou um espaço de possíveis (ou seja, as alternativas que existiam naquele momento) para propiciar novas relações interinstitucionais. Esses resultados coadunam-se com outras evidências<sup>32-35</sup> que demonstram a priorização de questões e

---

iii. O *habitus* é, de certa forma, uma tradução dos saberes práticos inculcados sobre os agentes, inclusive relacionado ao aprendizado tácito incorporado ao longo da prática profissional, como membro do corpus publicus (saberes tácitos que, incorporando, ao mesmo tempo, elementos cognitivos, esquemas e percepções em um grupo de indivíduos) ao procurar ajustar o seu esquema de pensamento, percepção e ação às exigências daquele espaço social<sup>29</sup>.

o alinhamento das agendas setoriais como aspectos-chave no desenvolvimento de políticas integradas, mas, para tanto, requerem um apoio contínuo em treinamento e desenvolvimento de competências pessoais, financiamento e disponibilidade dos agentes, quando não há funções intersetoriais ou colaborações prévias no nível local.

No que diz respeito à capacitação dos agentes, faz-se necessária uma ressalva, tendo em vista que o projeto de intervenção Prose disponibilizou uma estratégia para capacitação dos agentes envolvidos na implementação das ações: o curso EAD para gestão de ações intersetoriais no SUS, já referido anteriormente. A capacitação dos atores foi um aspecto decisivo para modificar as relações instituídas entre os agentes para a implementação da intervenção. Outros estudos<sup>36,37</sup> também indicaram a necessidade de investimentos relacionados com o reforço da capacidade de gestão intersetorial da esfera local, para propiciar a implementação participativa e reflexiva de políticas integradas de natureza abrangente e complexa.

Intervenções complexas, compostas por vários componentes e cujos resultados sofrem influência do contexto e requerem avaliações que contemplem todos os processos<sup>38</sup> – e, portanto, apresentam desafios significativos para os pesquisadores, profissionais e tomadores de decisão, em particular, quanto às questões relacionadas com a transferibilidade dos resultados, que podem ser influenciados por condições contextuais<sup>39</sup>.

Esta ponderação é necessária, uma vez que se notou que, embora um dos municípios tenha revelado uma certa durabilidade da intervenção, nos demais locais, mudanças sutis se delimitaram aos primeiros 6 meses ou no máximo 18 meses (em um dos municípios) de implementação, e não lograram mudanças sociais mais abrangentes e consistentes, com reconfiguração de redes de agentes e transformação das relações sociais, capazes de garantir a solidez da intervenção na práxis<sup>40</sup>. Tal assimetria oportunizou, do mesmo modo, averiguar a existência de relação entre o grau de institucionalização de um programa e a compatibilidade com o projeto de governo<sup>41-43</sup>. Além disso, outros fatores potenciais para abordagens sustentáveis de promoção da saúde foram evidenciados<sup>44-46</sup>, quais sejam: experiências anteriores de colaboração entre os agentes com efetiva inclusão de ações e serviços de saúde; capacitação dos envolvidos em todos os âmbitos (nacional, local ou território) quanto às competências necessárias ao desenvolvimento de políticas intersetoriais; e investimentos em métodos de pesquisa inovadores para a tradução de conhecimento (tais quais os objetivos da intervenção Prose).

## CONCLUSÃO

A análise de implantação da intervenção intersetorial Prose permitiu apreender os diferenciais e explicar os presumidos vínculos causais que determinaram a variabilidade dos resultados obtidos nos distintos sistemas locais.

A realização do estudo em duas etapas oportunizou a ampliação das possibilidades de análise, a compreensão do fenômeno e o grau de confiabilidade nos resultados da pesquisa, na medida em que ampliou as perspectivas sobre a organização política, administrativa e técnica (práticas setoriais e intersetoriais), conforme o foco do objeto investigado.

Considera-se como possível limite deste estudo não termos realizado a análise da implantação propriamente dita da intervenção Prose nos cinco casos, o que pode ter restringido o detalhamento de fatores contextuais nos casos em que a implantação da intervenção foi incipiente. Entretanto, acredita-se que o cotejamento entre as fontes de informação e a análise empreendida nos dois casos tenham minimizado essas possíveis lacunas.

Ao analisar os resultados alcançados com a implementação da intervenção Prose, é cabível supor que, embora a pesquisa avaliativa tenha sido desenvolvida em 2014, os resultados descritos sistematizam elementos que servirão como base para futuras pesquisas, por viabilizarem a formação de agentes multiplicadores com potencial para compartilhar uma problemática, mas, também, para ampliar a autonomia local para identificação e planejamento de ações locais para promoção da saúde, particularmente em municípios de pequeno ou médio porte. Essas suposições revelaram, do mesmo modo, que a pesquisa avaliativa baseada em parcerias entre instituições acadêmicas, gestores, profissionais e comunidade pode constituir uma referência acadêmica científica para outros estudos, com abordagens metodológicas semelhantes.

Em síntese, a superação dos obstáculos ao desenvolvimento de políticas intersetoriais ainda é objeto de intenso debate e implica propiciar a sustentabilidade e a dinâmica de políticas públicas que, embora enunciadas, não foram suficientemente traduzidas no âmbito da APS, cenário imprescindível para a consolidação do SUS, tão ameaçado pela conjuntura atualmente instituída em nosso país.

## **Agradecimentos**

Este trabalho não teria sido desenvolvido sem as contribuições e os *insights* da Profa. Dra. Zulmira Hartz durante o período do estágio doutoral no IHMT/UNL, que foram fundamentais para o aprimoramento das análises e dos resultados.

## **Colaboradores**

Todos os autores contribuíram substancialmente para a concepção, o planejamento, a análise e a interpretação dos dados e para a revisão da versão final.

## Referências:

1. Hahn RA. Two Paths to Health in All Policies: The Traditional Public Health Path and the Path of Social Determinants. *Am J Public Health*. 2019;109(2):253-254. doi: 10.2105/AJPH.2018.304884.
2. Thompson SR, Watson MC, Tilford S. The Ottawa Charter 30 years later: still an important standard for health promotion. *Int J Health Promot Educ*. 2017;56(2):1-12. doi: 10.1080/14635240.2017.1415765
3. World Health Organization. Commission On The Social Determinants Of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Executive summary of the final report of the Commission on Social Determinants of Health [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO; 2008 [cited 2021 Jul 25]. Available from: [https://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/csdh\\_finalreport\\_2008.pdf](https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf)
4. World Health Organization. The Shanghai declaration on health promotion in the 2030 agenda for sustainable development. In: 9th Global Conference on Health Promotion, Shanghai, November 21-24, 2016. Geneva: WHO; 2016.
5. Ståhl T. Health in All Policies: From rhetoric to implementation and evaluation – the Finnish experience. *Scand J Public Health*. 2018;46(20\_suppl):38-46. doi:10.1177/1403494817743895
6. Cairney P, Denny E St, Mitchell H. The future of public health policymaking after COVID-19: a qualitative systematic review of lessons from Health in All Policies. *Open Research Europe*. 2021;1:23. doi: 10.12688/openreseurope.13178.2
7. Larouche A, Bilodeau A, Laurin I, Potvin L. Health promotion innovations scale up: combining insights from framing and actor-network to foster reflexivity. *Health Promot. Int*. 2021;daab026. doi: 10.1093/heapro/daab026
8. Bilodeau A, Potvin L. Unpacking complexity in public health interventions with the Actor–Network Theory. *Health Promot Int*. 2018;33(1):173-81. doi: 10.1093/heapro/daw062
9. Figueiró AC, Santos MA, Kabad J, Cruz MM, Hartz Z. Avaliação da Rede Programa de Desenvolvimento e Inovação Tecnológica em Saúde Pública – Teias: inovação e produtos em questão. *Saúde Debate*. 2017;41(n. spe):290-301. doi: 10.1590/0103-11042017S21.
10. Hawe P. Lessons from complex interventions to improve health. *Annu Rev Public Health*. 2015;36:307-23. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114421.
11. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(suppl 2):S331-6. doi: 10.1590/S0102-311X2004000800026

12. Buss PM, Hart Z, Pinto LF, Rocha CMF. Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). *Ciênc Saúde Colet*. 2020;25(12):4723-35. doi: 10.1590/1413-812320202512.15902020
13. Farias JM, Minghelli LC, Soratto J. Promoção da saúde: discursos e concepções na atenção primária à saúde. *Cad Saúde Coletiva*. 2020;28(3):381-9. doi: 10.1590/1414-462X202028030351
14. Brasil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola (PSE), e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*, 5 dez. 2007; seção 1:2.
15. Pinto MB, Silva KL. Promoção da saúde na escola: discursos, representações e abordagens. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(3):e20180774. doi: 10.1590/0034-7167-2018-0774
16. Mendonça EM, Lanza FM. Intersectoriality perspectives on the daily life of Primary Health Care in Brazil: a theoretical reflection. *Res Soc Dev*. 2020;9(11):e2549119834. doi: 10.33448/rsd-v9i11.9834.
17. Kriegner S, Ottersen T, Røttingen JA, Gopinathan U. Promoting intersectoral collaboration through the evaluations of public health interventions: insights from key informants in 6 European countries. *Int J Health Policy Manag*. 2021;10(2):67-76. doi: 10.34172/ijhpm.2020.19
18. Souza LB, Arcêncio RA, Cândido FCA, Campoy LT, Cartagena-Ramos DA, Fiorati RC. Social iniquities in Primary Health care intersectoral action: a descriptive study. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(6):e20190196. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0196
19. Lopes IE, Nogueira JAD, Rocha DG. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. *Saúde Debate*. 2018;42(118):773-89. doi: 10.1590/0103-1104201811819
20. Paim JS. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis*. 208;18(4):625-44. doi: 10.1590/S0103-73312008000400003
21. Aquino R, et al. PROSE – Projeto Promovendo Saúde na Escola. Relatório Final das atividades do Projeto Desenvolvimento e avaliação de uma intervenção intersetorial sobre padrões alimentares e de atividade física de adolescentes no âmbito da Estratégia Saúde da Família. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2016.
22. Prado NMBL, Medina MG, Aquino R. Intervenção intersetorial para promoção da saúde em sistemas locais: um estudo de avaliabilidade. *Saúde Debate*. 2017;41(3):214-27. doi: 10.1590/0103-11042017S316
23. Prado NMBL, Barroso RF, Pamponet ML, Campos HLP, Medina MG, Aquino R. Utilização de ambiente virtual de aprendizagem na articulação interprofissional para a promoção da saúde. In: Murta SG, et al. organizadoras. *Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos à Saúde: diálogos de Norte a Sul*. Porto Alegre: Rede Unida; 2021. p. 147-65.

24. Bourdieu P. Razões práticas: sobre a teoria da ação. Campinas (SP): Papyrus; 1996.
25. Bourdieu P. O poder simbólico. Rio de Janeiro (RJ): Bertrand Brasil; 2001.
26. Bourdieu P. A distinção: crítica social do julgamento. Porto Alegre (RS): Zouk; EDUSP; 2008.
27. Bourdieu, P. Sobre o Estado: cursos no Collège de France (1989-92). 1ª edição. São Paulo: Companhia das letras, 2014.
28. Vieira-da-Silva LM, Pinell P. The genesis of collective health in Brazil. *Sociol Health Illn*. 2014;36(3):432-46. doi: 10.1111/1467-9566.12069
29. Bourdieu P, Passeron JC. A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino. Petrópolis, RJ: Vozes; 2013.
30. Barry MM. Transformative health promotion: what is needed to advance progress? *Glob Health Promot*. 2021;17579759211013766. doi: 10.1177/17579759211013766
31. Corbin JH, Jones J, Barry MM. What makes intersectoral partnerships for health promotion work? A review of the international literature. *Health Promot Int*. 2018;33(1):4-26. doi: 10.1093/heapro/daw061.
32. Souza LB, Arruda BF, Cunha JHS, Fiorati RC. Intersectoral actions in decreasing social inequities faced by children and adolescents. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2021;29:e3427. doi: 10.1590/1518-8345.4162.3427
33. Darlington E, Masson J. Challenges and perspectives on how to articulate social inequalities, equity, citizenship and solidarity in health promotion. *Revue Éducation, Santé, Sociétés [Internet]*. 2020 [cited 2021 Jul 28]; 6(1): 23-37. Available from: [https://www.researchgate.net/publication/341293132\\_Challenges\\_and\\_perspectives\\_on\\_how\\_to\\_articulate\\_social\\_inequalities\\_equity\\_citizenship\\_and\\_solidarity\\_in\\_health\\_promotion](https://www.researchgate.net/publication/341293132_Challenges_and_perspectives_on_how_to_articulate_social_inequalities_equity_citizenship_and_solidarity_in_health_promotion)
34. Béland D, Katapally TR. Shaping Policy Change in Population Health: Policy Entrepreneurs, Ideas, and Institutions. *Int J Health Policy Manag*. 2018;7(5):369-373. doi: 10.15171/ijhpm.2017.143
35. Brunton G, Thomas J, O'Mara-Eves A, Jamal F, Oliver S, Kavanagh J. Narratives of community engagement: a systematic review-derived conceptual framework for public health interventions. *BMC Public Health*. 2017;17(1):944. doi: 10.1186/s12889-017-4958-4
36. Weiss D, Lillefjell M, Magnus E. Facilitators for the development and implementation of health promoting policy and programs – a scoping review at the local community level. *BMC Public Health*. 2016;16:140. doi: 10.1186/s12889-016-2811-9

37. Heard E, Fitzgerald L, Wigginton B, Mutch A. Applying intersectionality theory in health promotion research and practice. *Health Promot Int*. 2020;35(4):866-876. doi: 10.1093/heapro/daz080
38. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2015;350:h1258. doi: 10.1136/bmj.h1258
39. Hawe P, Shiell A, Riley T. Theorising interventions as events in systems. *Am J Community Psychol*. 2009;43(3-4):267-76. doi: 10.1007/s10464-009-9229-9
40. Paina L, Peters DH. Understanding pathways for scaling up health services through the lens of complex adaptive systems. *Health Policy Plan*. 2012;27(5):365-73. doi: 10.1093/heapol/czr054
41. Oliveira SRA, Medina MG, Figueiró AC, Potvin L. Strategic factors for the sustainability of a health intervention at municipal level of Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(7):e00063516. doi: 10.1590/0102-311X00063516
42. Friend S, Flattum CF, Simpson D, Nederhoff DM, Neumark-Sztainer D. The researchers have left the building: what contributes to sustaining school-based interventions following the conclusion of formal research support? *J Sch Health*. 2014;84(5):326-33. doi: 10.1111/josh.12149
43. Whelan J, Love P, Pettman T, Doyle J, Booth S, Smith E, et al. Cochrane update: Predicting sustainability of intervention effects in public health evidence: identifying key elements to provide guidance. *J Public Health (Oxf)*. 2014;36(2):347-51. doi: 10.1093/pubmed/fdu027.
44. Harris N, Sandor M. Defining sustainable practice in community-based health promotion: a Delphi study of practitioner perspectives. *Health Promot J Austr*. 2013;24(1):53-60. doi: 10.1071/HE12908.
45. Hawe P. Lessons from complex interventions to improve health. *Annu Rev Public Health*. 2015;36:307-23. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031912-114421.
46. Bergerona DA, Talbot LR, Gabouryc I. Context and the mechanisms in intersectoral school-based health promotion interventions: A critical interpretative synthesis. *Health Educ J*. 2019;78(7):713-27 doi: 10.1177/0017896919833422.

## CAPÍTULO 8

---

# AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM OLHAR PARA A ORIENTAÇÃO FAMILIAR E COMUNITÁRIA EM UM MUNICÍPIO DE PORTE MÉDIO DO CENTRO- OESTE BRASILEIRO

---

*Evaluation of Primary Health Care: a look at Family and Community  
Guidance in a medium-sized municipality in the Brazilian Midwest*

**Lorena Araujo Ribeiro<sup>1</sup>**

**João Henrique Gurtler Scatena<sup>2</sup>**

**Simone Andreta dos Santos<sup>3</sup>**

**Vanessa Guadagnini<sup>4</sup>**

1. Ribeiro, LA. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Rondonópolis. Rondonópolis, Brasil – E-mail: lorena@ufr.edu.br.

2. Scatena, JHG. Doutor em Saúde Pública. Docente (aposentado) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, Brasil

3. Santos, SA. Graduada em Enfermagem. Enfermeira assistencial do Hospital Regional Albert Sabin de Alta Floresta e Hospital e Maternidade Santa Rita. Alta floresta, Brasil

4. Guadagnini, V. Graduada em Enfermagem. Enfermeira do Hospital Santa Casa de Rondonópolis e Hospital Unimed. Rondonópolis, Brasil

## Resumo

O objetivo deste trabalho foi avaliar a atenção implementada por Equipes de Saúde da Família de um município do estado de Mato Grosso ante os atributos derivados da Atenção Primária à Saúde (APS) e sob a ótica dos usuários desse serviço. Tratou-se de uma pesquisa avaliativa de abordagem quantitativa e delineamento transversal realizada em 35 Unidades de Saúde da Família com mais de dois anos de funcionamento ininterrupto na região urbana do município. Para tal avaliação, foram entrevistados 397 usuários adultos, aos quais foram aplicados dois instrumentos: questionário sociodemográfico e Primary Care Assessment Tool (PCATool). Os resultados revelaram que os usuários eram majoritariamente do sexo feminino e de baixa escolaridade. Acerca da avaliação dos serviços, evidenciou-se desempenho insatisfatório para os atributos Orientação Familiar (5,3) e Orientação Comunitária (6,2). Os baixos escores para ambos os atributos denotam fragilidade na participação do usuário nas decisões relacionadas com a sua assistência, remetendo a resquícios do modelo médico-hegemônico, caracterizado pela posição hierarquicamente superior e privilegiada do profissional. Ademais, a incipiência das equipes na inclusão da família e da comunidade no planejamento de suas ações revelam a necessidade de fortalecimento de mecanismos de fomento à participação social, o que certamente implicaria positivamente também os atributos essenciais da APS. **Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Avaliação em saúde. Avaliação de serviços de saúde.

## Abstract

The objective of this study was to evaluate the care implemented by Family Health Teams in a municipality in the State of Mato Grosso, in view of the attributes derived from Primary Health Care and from the perspective of users of this service. This was an evaluative research with a quantitative approach and cross-sectional design carried out in 35 Family Health Units with more than two years of uninterrupted operation, in the urban region of the municipality. For this assessment, 397 adult users were interviewed, to whom two instruments were applied: a sociodemographic questionnaire and the Primary Care Assessment Tool (PCATool). The results revealed that the users were mostly female and had a low level of education. Regarding the assessment of services, unsatisfactory performance was evidenced for the attributes Family Guidance (5.3) and Community Guidance (6.2). Low scores for both attributes denote weak user participation in decisions related to their care, referring to remnants of the medical-hegemonic model, characterized by the professional's hierarchically superior and privileged position. Furthermore, the incipience of the teams in the inclusion of the family and the community in the planning of

their actions reveals the need to strengthen mechanisms to encourage social participation, which would certainly also imply positively in the essential attributes of PHC.

**Keywords:** Primary Health Care. Family Health Strategy. Health evaluation. Health services research.

## Résumé

Le but de ce travail a été d'évaluer l'attention portée par des équipes du personnel de Santé de la Famille dans une commune de l'Etat du Mato Grosso, face aux attributs dérivés de l'Attention Primaire à la Santé et selon le regard des usagers de ce service. Cela s'est fait grâce à une recherche tenant compte de l'évaluation de l'approche quantitative et l'ébauche transversale réalisées en 35 Unités de Santé de la Famille, en service de façon ininterrompue depuis deux ans, dans la région urbaine de la commune. Pour ce faire, 397 usagers adultes ont été interrogés, répondant à un questionnaire socio-démographique et au Primary Care Assessment Tool. Selon les résultats, la plupart des usagers était de sexe féminin et peu scolarisée. En ce qui concerne l'évaluation des services, il est apparu que pour les attributs Orientation Familiale (5,3) et Orientation Communautaire (6,2) l'efficacité était insatisfaisante. Les faibles scores de ces deux attributs démontrent la faible participation de l'utilisateur dans les décisions concernant son assistance, renvoyant à des écarts du modèle médico-hégémonique, caractérisé par la position hiérarchique supérieure et privilégiée du professionnel. En plus, le fait que les équipes s'impliquent dans l'inclusion de la famille et de la communauté en ce qui concerne la planification de leurs actions, cela révèle le besoin/la nécessité de renforcer les mécanismes d'incitation à la participation sociale, ce qui rejaillirait, sans doute, de façon positive sur les attributs essentiels de l'APS.

**Mots-clés:** Soins de Santé Primaires. Stratégie de la Santé Familiale. Évaluation de la santé. Recherche sur les services de santé.

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, com vistas a promoção, prevenção e reabilitação, que são determinantes e/ou condicionantes da saúde de indivíduos, famílias e comunidade<sup>1</sup>.

No Brasil, a APS é constituída de tipologias variadas, mas a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido a forma priorizada para a reorientação de modelo de atenção à saúde. Operacionalizada pelo trabalho em equipe, dirigido às populações de territórios delimitados, ela tem a responsabilidade de promover uma atenção continuada e integral

pautada nos princípios de universalidade, acessibilidade, vínculo, responsabilização, humanização, equidade e participação social<sup>2</sup>.

A ESF surge como uma ampliação do Programa Saúde da Família, criado pelo Ministério da Saúde em 1994. É reconhecida como um modelo necessário e prioritário para maior resolutividade dos problemas encontrados na APS, representando o primeiro nível de atenção à saúde e uma estratégia para a reorganização do sistema de saúde público, o Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>3</sup>. É apreendida como um serviço que extrapola a assistência médica, organizando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, percebidas a partir da produção de vínculos entre os usuários desse serviço e seus profissionais, em contato permanente com o território<sup>4</sup>.

Como um dos modelos possíveis de APS, a ESF deve igualmente fundar-se nas diretrizes estruturantes desse nível de atenção, também conhecidas como atributos. Estes caracterizam a APS e diferenciam-na dos demais serviços do sistema de saúde, além de constituírem, sobretudo, medida da qualidade da atenção prestada a uma pessoa ou população<sup>4</sup>. Os atributos são denominados essenciais – Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação – e derivados – Orientação Familiar e Orientação Comunitária<sup>5,6</sup>.

Entende-se por Orientação Familiar o compromisso do serviço em promover uma assistência centrada na família e na comunidade, considerando-o como parte integral do cuidado. Já a Orientação Comunitária refere-se à capacidade de reconhecer as características e as necessidades locais para uma atenção mais contextualizada e efetiva<sup>5-7</sup>.

Embora os atributos derivados constituam aspectos cruciais à configuração dos serviços de APS, estudos revelam que eles não têm sido bem avaliados, sugerindo fragilidades em sua operacionalização nos serviços e apontando a necessidade de fortalecer o seu desempenho nesse contexto<sup>8,9</sup>.

Acredita-se que falhas na implementação da orientação familiar reflitam a persistência de práticas assistenciais centradas no profissional e prejudiquem a transformação do modelo de atenção a ser efetivado pelo SUS, em que a família representaria a mais importante das unidades de cuidado<sup>10</sup>. Por conseguinte, problemas na operacionalização da orientação comunitária podem representar um risco à situação de saúde da população de um determinado território, pois denotam dificuldade em captar especificidades locais e epidemiológicas, o que pode implicar planejamento pouco estratégico e descontextualizado para o enfrentamento dos determinantes sociais da saúde no âmbito local<sup>11</sup>.

A adoção de práticas avaliativas destaca-se como importante mecanismo para captar fragilidades e potencialidades dos serviços e prover informação qualificada aos

gestores, orientar e justificar suas escolhas. Sua utilização torna-se ainda mais relevante na saúde, campo em que o desenvolvimento acelerado de tecnologias, a escassez de recursos financeiros e o envelhecimento da população conformam um contexto que exige dos governos o controle dos custos, a garantia de respostas a expectativas cada vez mais apuradas e o acesso equitativo a serviços de qualidade<sup>12</sup>.

Embora a avaliação pressuponha geração de informação para a ação, ressalta-se que nem sempre os produtos da avaliação se traduzem em ações e se restringem ao processo decisório, mas, entre outras possibilidades, influenciam atores sociais ligados à instituição, motivando transformações organizacionais<sup>13,14</sup>.

Diante do contexto exposto e reconhecendo o potencial da avaliação para o aprimoramento dos serviços e a importância dos atributos derivados para o direcionamento do trabalho no primeiro nível de atenção, este estudo tem como objetivo avaliar a atuação de Equipes de Saúde da Família (EqSF) de um município de médio porte do estado de Mato Grosso ante os atributos derivados da APS e sob a ótica dos usuários do serviço.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de recorte de uma pesquisa maior<sup>15</sup> que, com base em dados quantitativos secundários, dados quantitativos primários providos por trabalhadores e usuários da ESF e dados qualitativos oriundos de grupos focais (trabalhadores e gestores), avaliou aspectos específicos e atributos da APS.

O presente trabalho caracteriza-se como pesquisa avaliativa<sup>16,17</sup>, de abordagem quantitativa e delineamento transversal, abarcando Unidades de Saúde da Família (USF) do terceiro município mais populoso do estado de Mato Grosso. Rondonópolis, com estimados 228.857 habitantes, em 2018, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tem sua rede de APS constituída por EqSF e Unidades Básicas de Saúde tradicionais, distribuídas pelos cinco distritos sanitários (Norte, Sul, Leste, Oeste e Centro-Oeste) organizados no município (e-Gestor, 2020). Esta pesquisa envolveu todas as USF localizadas na zona urbana, com dois anos ou mais de funcionamento ininterrupto, de cujas populações adscritas foi extraída a amostra de usuários adultos para investigação.

O cálculo amostral dos participantes considerou o número total de indivíduos com 18 anos ou mais segundo o IBGE<sup>18</sup> e os seguintes pressupostos: nível de confiança de 95%, erro amostral de 5% e proporção esperada de 0,50. Para garantir representatividade territorial, tal amostra probabilística foi distribuída respeitando-se a proporcionalidade populacional de cada distrito, e dentro deles igualmente entre as 35 USF que atenderam aos critérios de inclusão.

Os participantes foram recrutados aleatoriamente na própria unidade, e selecionados a partir dos seguintes critérios: pessoas de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos; ter se submetido a atendimento médico ou pelo enfermeiro nos últimos seis meses; possuir cadastro familiar na USF; e aceitar participar da pesquisa. Foram excluídos os usuários: submetidos exclusivamente a atendimento odontológico; sem condições cognitivas e de comunicação para responder aos questionamentos da entrevista.

A coleta dos dados ocorreu entre julho e agosto de 2017 mediante aplicação de dois instrumentos: o questionário sociodemográfico e o Primary Care Assessment Tool, PCATool – Brasil versão adulto, instrumento de fácil aplicação e comprovadamente sensível aos padrões de qualidade da APS. O apontamento de escore por cada um dos atributos permite a identificação pontual de potencialidades e debilidades na implementação dos princípios da APS em cada serviço<sup>19,20</sup>. Neste recorte, foram utilizadas apenas as questões relacionadas com os atributos derivados que são assim distribuídas: Orientação Familiar com 3 itens (I1, I2 e I3) que investigam o quanto o serviço reconhece e valoriza o contexto familiar como elemento central do cuidado; e Orientação Comunitária composta por 6 itens (J1, J2, J3, J4, J5 e J6), dedicados a avaliar o quanto os profissionais reconhecem e admitem a influência do contexto social e comunitário sobre o processo saúde-doença de indivíduos e famílias.

As respostas são estruturadas em uma escala do tipo Lickert, cujos valores possíveis para cada item do questionário são: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/não lembro” (valor=0, não considerado no cálculo de média do item). O escore para cada um dos atributos ou seus componentes é calculado por meio da média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que os compõem<sup>19</sup>. Os valores alcançados são ainda transformados para uma escala de 0 a 10, em que o escore com valor médio  $\geq 6,6$  indica qualidade satisfatória e  $< 6,6$  sugere qualidade insatisfatória<sup>20</sup>.

As informações coletadas por meio dos questionários (sociodemográfico e PCATool) foram submetidas à análise descritiva. Para a entrada dos dados, utilizou-se o programa Epi Info 2000 versão 3.3.2, em dupla digitação e posterior uso do data compare. Os dados relativos à caracterização dos usuários foram expressos por frequências absoluta e relativa; e aqueles originários da aplicação do PCATool, apresentados no formato de escore médio, atendendo à recomendação do Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde – PCATool – Brasil<sup>19</sup>.

O estudo obedeceu aos preceitos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa por meio da Plataforma Brasil, sob o registro CAAE de nº 68354617.3.0000.5541.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 397 usuários adultos de 35 equipes de ESF, assim distribuídos: 70 indivíduos em cada um dos distritos Leste, Oeste, Centro-Oeste e Norte e 117 indivíduos no distrito Sul.

Em relação às características dos usuários (Tabela 1), predominaram: sexo feminino (75,57%), pardos (58,19%) e casados ou em união estável (45,59%). No geral, a faixa etária de 50 a 69 anos foi a mais frequente (40,04%), mas a média de idade das mulheres (47 anos) foi discretamente inferior à dos homens (52 anos).

A maioria dos usuários tinha o ensino fundamental incompleto (42,42%), renda familiar mensal de 1 a 1,99 salário mínimo (48,99%), famílias constituídas de 2 a 3 pessoas (55,17%) e sem plano de saúde privado (90,93%).

Tabela 1. Caracterização dos usuários adultos de Unidades de Saúde da Família, segundo variáveis demográficas e sociais, Rondonópolis-MT, 2017

Variável	Total (n=397)	Porcentagem (%)
<b>Sexo</b>		
Feminino	300	75,57
Masculino	97	24,43
<b>Cor/Raça (autorreferida)</b>		
Parda	231	58,19
Branca	105	26,45
Preta	57	14,36
Amarela/Indígena	4	1,00
<b>Estado Civil</b>		
Casado/União estável	181	45,59
Solteiro	127	31,99
Divorciado	45	11,34
Viúvo	44	11,08
<b>Faixa Etária</b>		
18 – 29	70	17,64
30 – 49	121	30,48
50 – 69	159	40,04
70 anos ou mais	47	11,84
<b>Escolaridade*</b>		
Não Alfabetizado	34	8,59
Ensino Fundamental Incompleto	168	42,42
Ensino Fundamental Completo	25	6,31
Ensino Médio Incompleto	28	7,07

Variável	Total (n=397)	Porcentagem (%)
Ensino Médio Completo	91	22,98
Ensino Superior Incompleto	23	5,81
Ensino Superior Completo	27	6,82
<b>Renda Mensal</b>		
< 1 Salário mínimo (SM)**	35	8,84
De 1 a 1,99 SM	194	48,99
De 2 a 3,99 SM	125	31,57
> 4 SM	42	10,60
<b>Quantidade de moradores por domicílio</b>		
1 a 3	270	68,01
4 a 6	117	29,47
7 ou mais pessoas	10	2,52

Fonte: elaboração própria.

Notas: \* Informações válidas para a variável: Distrito Sul com n=116; \*\*SM em 2017 = R\$ 937,00.

Estudos semelhantes, realizados em três municípios de Pernambuco e municípios do sul de Minas Gerais, constataram que a maioria dos usuários entrevistados também era do sexo feminino, casada e com renda mensal até dois salários mínimos<sup>10,11</sup>. A literatura refere que as mulheres procuram os serviços de saúde cerca de 1,9 vez mais do que os homens, diferença atribuída ao fato de elas serem mais ativas na busca por exames de rotina e prevenção (ginecológicos e/ou obstétricos), enquanto os homens procuram o serviço, predominantemente, na presença de doença<sup>21,22</sup>. O estudo de Pinheiro<sup>21</sup> também aponta que as mulheres acessam mais as informações em saúde e percebem com maior facilidade os riscos e sintomas, recorrendo ao serviço de saúde com maior frequência.

No que tange à cor da pele e à idade, pesquisas desenvolvidas no âmbito da APS também observaram grande proporção de usuários autorreferidos como pardos e média de idade para mulheres menor que a dos homens, reforçando os dados do último censo e a observação de que homens buscam o serviço quando mais velhos e, provavelmente, na presença de sintomas<sup>11,18,21,23,24</sup>. O maior percentual dos usuários adultos na faixa etária acima de 50 anos corrobora outros estudos que também denotaram um aumento na frequência de busca por serviços de saúde a partir dos 50 anos de idade, atribuída, em grande parte, ao aumento da incidência e à prevalência das doenças crônicas<sup>25</sup>. O fato de a demanda por serviços de saúde ser até 2,5 vezes menor, pelas pessoas nas faixas etárias inferiores a 50 anos em relação às maiores que 50 anos, transforma tal condição em fator de risco.

Sobre a avaliação das USF ante os atributos derivados da APS, ambos foram classificados como insatisfatórios pelos usuários, sendo o escore da Orientação Familiar (5,3) inferior ao da Orientação Comunitária (6,2).

Pesquisas semelhantes, realizadas no Paraná e no Rio de Janeiro, também evidenciaram baixo desempenho dos atributos derivados<sup>26,27</sup>. Estudos de revisão que buscaram analisar a performance de serviços de APS por meio do PCATool apontaram que, na maior parte das produções, os atributos derivados apresentavam baixo desempenho<sup>8,11</sup>. Cabe ressaltar que o alcance de um nível elevado das qualidades próprias desse modelo de atenção está relacionado com a exitosa operacionalização dos atributos derivados, e debilidades na sua implementação expressam dificuldades dos serviços em prestar assistência integral que envolva além de indivíduos, seus grupos familiares e comunitários, constituindo-se um contrassenso aos princípios da APS e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no Brasil<sup>5,8</sup>.

A Tabela 2 apresenta os escores referentes aos itens que compõem o atributo Orientação Familiar.

Tabela 2. Escores médios dos componentes do atributo Orientação Familiar, segundo item e distrito sanitário, Rondonópolis-MT, 2017

Item	Aspectos avaliados	Distritos Sanitários*					Mun.
		L	O	CO	N	S	
I1	A participação do usuário para decisões relacionadas ao seu tratamento ou de familiares	2,87	3,80	4,03	2,70	2,93	3,23
I2	Investigação do histórico familiar de saúde	5,90	6,53	6,67	6,80	6,00	6,33
I3	Disponibilidade dos profissionais do serviço para reunir-se com usuário e sua família para discutir demandas apresentadas pelo usuário	6,87	7,80	6,20	6,13	6,13	6,57

Fonte: elaboração própria.

Nota:\* Distritos Sanitários – L: Leste; O: Oeste; CO: Centro-Oeste; N: Norte; S: Sul.

O item I1 apresentou o pior escore entre os demais componentes, situação observada nos cinco distritos de saúde do município, indicando fragilidade na participação do usuário nas decisões relacionadas com o tratamento, o que coincide com estudos desenvolvidos por Daschevi et al.<sup>27</sup> e Paula et al.<sup>11</sup> com cuidadores de crianças menores de 2 anos, nos quais foram observados valores semelhantes aos levantados por esta investigação.

Os baixos escores obtidos nesse item indicam que as opiniões dos usuários acerca do tratamento são pouco valorizadas pelo profissional de saúde, remetendo a resquícios de um modelo médico-curativo, caracterizado, entre outros aspectos, pela posição hierarquicamente superior e privilegiada do profissional e uma participação passiva e subordinada do consumidor em saúde<sup>28</sup>.

Além de preocupante, esse resultado contraria diretrizes essenciais para o bom funcionamento da APS, as quais primam por um cuidado que não se restringe exclusivamente aos indivíduos, mas envolve e valoriza seus respectivos grupos familiares<sup>28</sup>. A assistência produzida no âmbito dos serviços de APS deve ser construída conjuntamente entre profissionais, usuários e famílias, respeitando-se as necessidades e as potencialidades daqueles que buscam o cuidado, no intuito de favorecer o alcance de uma vida independente e plena<sup>29</sup>. Nessa perspectiva, é necessário que a assistência prestada nas ESF seja realizada de maneira integral, contextualizada e dialógica, de modo a considerar o indivíduo em todas as suas especificidades, bem como a sua opinião no que se refere à escolha do tratamento ideal<sup>11</sup>.

Quanto aos itens relativos à investigação do histórico familiar de saúde (6,33) e disponibilidade profissional para mediar situações de saúde na família (6,57), embora mais bem avaliados que item anterior, eles não atingiram valores considerados satisfatórios, sugerindo a necessidade de aprimoramento nesses quesitos. Observou-se desempenho semelhante entre a maioria dos territórios investigados, sendo que apenas o distrito Oeste teve avaliação muito positiva (7,80) em relação ao item I3.

Pesquisa realizada em municípios do sul de Minas Gerais<sup>10</sup> encontrou resultados semelhantes, exceto para o item I2, que foi avaliado de maneira positiva pelos entrevistados. Em contrapartida, Sala et al.<sup>30</sup>, ao avaliarem serviços de APS do município de São Paulo, observaram escores satisfatórios apenas para o item I3. A variabilidade nos achados de estudos de natureza semelhantes, desenvolvidos em diferentes regiões do País, refletem as disparidades na implementação de práticas inerentes às ESF e imprescindíveis a uma assistência de qualidade.

A investigação aprofundada do histórico de saúde dos usuários possibilita o desenvolvimento de práticas de promoção e prevenção pautadas no cuidado integral e longitudinal, com vistas à diminuição de agravos e ao incremento da qualidade de vida tanto dos indivíduos quanto dos seus grupos familiares<sup>31</sup>. A família é uma importante rede de apoio, sobre a qual repercutem os problemas de saúde de cada um dos seus membros. Essa indissociabilidade exige dos profissionais da ESF formação, habilidades ou condições para adoção de abordagens mais abrangentes, que ultrapassem o âmbito individual.

Quanto às debilidades relacionadas com a disponibilidade dos profissionais em se reunir com usuário e familiares, estas remetem a duas concepções. A primeira delas evidencia fragilidades no vínculo entre equipe e usuários, que pode resultar em dificuldades na implementação de estratégias no cuidado em saúde que atendam também às necessidades mais íntimas, como as que envolvem a família<sup>32</sup>. Enquanto a segunda revela desconhecimento dos usuários acerca da disponibilidade desse tipo serviço na

ESF, conseqüentemente, em virtude de não divulgação dessa possibilidade de interação serviço comunidade<sup>11,27</sup>. Acredita-se que o melhor desempenho do distrito Oeste, para esse item, possa estar relacionado com o fato de este se localizar em região periférica, mais distante dos demais serviços que compõem a rede de atenção à saúde, fazendo com que a maior parte das demandas de saúde seja provida no contexto da unidade, o que, de certo modo, fortalece o vínculo entre a equipe e os usuários.

Ressalta-se que embora a Orientação Familiar ainda apresente resultados aquém do desejável, pesquisas revelam que o desempenho de tal atributo em unidades com saúde da família é superior quando comparado a unidades básicas tradicionais<sup>33</sup>.

O detalhamento do atributo Orientação Comunitária (Tabela 3) evidenciou que as dimensões visitas domiciliares (J1) e conhecimento de problema de saúde na comunidade, por parte do serviço (J2), receberam escore satisfatório em todos os distritos e no município. Tais achados se assemelham aos estudos de Paula et al.<sup>11</sup>, realizados em Pernambuco, e de Oliveira<sup>34</sup>, realizados nos municípios de Londrina-PR, Cascavel-PR e João Pessoa-PB.

Tabela 3. Escores médios dos componentes do atributo Orientação Comunitária, segundo item e distrito sanitário, Rondonópolis-MT, 2017

Item	Aspectos avaliados	Distritos Sanitários*					Mun.
		L	O	CO	N	S	
J1	Realização de visitas domiciliares por parte do serviço	7,37	9,43	9,13	8,33	7,60	8,30
J2	Conhecimento sobre problemas de saúde importantes da vizinhança	6,67	8,13	7,90	7,43	6,77	7,30
J3	Ouve a opinião e ideias da comunidade para melhorar os serviços de saúde	5,97	7,00	7,23	5,87	5,63	6,27
J4	Pesquisas para saber se os serviços atendem as necessidades das pessoas	3,87	5,30	5,77	4,47	3,90	4,57
J5	Pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde	4,97	7,00	5,63	6,10	4,77	5,57
J6	Convite para participar do conselho local de saúde	5,13	6,90	6,70	4,87	3,93	5,33

Fonte: elaboração própria.

Nota: \*Distritos Sanitários – L: Leste; O: Oeste; CN: Centro-Oeste; N: Norte; S: Sul.

A realização de visita domiciliar foi o item com melhor resultado (8,3) entre os seis avaliados nessa dimensão, refletindo a grande visibilidade dessas práticas, tão usuais e rotineiras no contexto da ESF. A visita domiciliar é uma atividade instituída na rotina da ESF, desenvolvida por toda a equipe (principalmente pelos agentes comunitários de saúde), com o objetivo de subsidiar planejamentos assistenciais ou intervenções no

processo saúde-doença mais coerentes com as condições familiares, socioeconômicas, culturais e ambientais dos sujeitos<sup>35</sup>. Essa dimensão da Orientação Comunitária tem apresentado boa performance na maior parte dos estudos de avaliação realizados em USF, sendo ainda apontada como um dos fatores que contribuem positivamente para a efetividade deste atributo<sup>25,27,32,36</sup>.

A capacidade do serviço de reconhecer os problemas de saúde da comunidade (J2) e a realização de levantamento epidemiológico no território para tal fim (J5) são itens que, de certa forma, deveriam estar relacionados. No entanto, o último, diferentemente do primeiro, teve escores não satisfatórios. O desempenho desses itens revela que os serviços conhecem os problemas de saúde mais recorrentes em seus territórios, no entanto, apresentam dificuldade, em potencial, para implementar métodos mais formais que permitam apreender os principais fatores que intervêm na difusão e na propagação de doenças em um dado espaço geográfico. Por outro lado, pondera-se que o levantamento das principais doenças da população adscrita, embora realizado pela equipe e materializado na produção de relatórios de acompanhamentos e notificações que alimentam mensalmente as bases nacionais de dados de saúde, ainda é uma atividade com pouca visibilidade para os usuários.

A orientação para a comunidade se traduz como uma prática de identificação das necessidades de saúde de indivíduos e coletividades, alcançada predominantemente pelo estreitamento dos laços entre o serviço e a população e da geração de informações epidemiológicas consistentes<sup>37</sup>. Para tanto, é imprescindível que a gestão atue concomitantemente em duas frentes. Em uma delas, buscando investir na criação/manutenção de ferramentas que permitam a divulgação dos dados levantados, validados e agregados por EqSF, para fins de informação populacional e subsídio ao planejamento assistencial, no âmbito local<sup>20</sup>. Na outra, fomentando ações de educação permanente com vistas ao desenvolvimento de práticas que articulem a “clínica, a epidemiologia e as ciências sociais, modificando os programas a partir das necessidades e avaliando a efetividade dessas modificações”<sup>26(p. 445)</sup>.

As dimensões destinadas a analisar o incentivo dado aos usuários à sua participação ou relevância para o planejamento dos serviços também foram avaliadas como insatisfatórias, sendo a dimensão J4 (o quanto os serviços atendem as necessidades das pessoas) aquela que concentra um dos piores valores na avaliação da Orientação Comunitária, com escore de 4,57 para o município. A má avaliação desses itens revela pouca participação da comunidade na produção da rotina dos serviços e endossa resultados de pesquisas análogas que demonstram a fragilidade das EqSF na inclusão da família e da comunidade no planejamento de suas ações, bem como a necessidade de fortalecer

seus mecanismos de fomento à participação social<sup>26,38</sup>. Pereira et al.<sup>39</sup> afirmam a necessidade de rever o processo de trabalho de forma a que as unidades assegurem a participação da população nas mais diversas instâncias, desde as ideias e propostas até a devida efetivação das intervenções. Cabe ressaltar a importância de ouvir a população para se criar espaços mais democráticos, participativos e organizados para atender, de maneira contextualizada, as necessidades de saúde de um dado território<sup>40</sup>.

Os usuários atribuíram baixos escores (5,33) à questão relacionada com a participação da comunidade nos conselhos de saúde (J6). Tal desempenho foi observado para o município e para a maioria dos distritos e corrobora dados de estudos semelhantes<sup>7,11,37</sup>. Os resultados sugerem atuação restrita da comunidade nas decisões e debilidades das EqSF em favorecer ou incentivar a participação da população nas deliberações relativas a problemas mais recorrentes na comunidade. Além disso, acentua a necessidade de os serviços intensificarem as estratégias de divulgação dessa possibilidade.

A participação social configura-se como um processo de aprendizagem firmado no respeito às diferenças e fortalecido nos espaços de convivência e debate político. Esses espaços, por sua vez, podem representar estratégias potencialmente eficazes para transformação social e aprimoramento democrático, pois favorecem o envolvimento e o diálogo de diferentes atores sociais (gestores, profissionais e usuários), dando a estes a possibilidade de interferir, paritariamente, na execução de políticas públicas<sup>35,41</sup>. No âmbito da ESF, a participação popular alicerça-se na integralidade da atenção à saúde e na inclusão da comunidade nas resoluções de problemas<sup>27</sup>. A valorização desses aspectos, por parte das equipes, promove o empoderamento dos usuários, colabora para o contínuo acesso à informação e para o maior envolvimento e corresponsabilidade desses agentes sociais na luta por melhorias da qualidade da APS. Ademais, reafirma compromisso ético profissional com a efetivação da orientação dos serviços de APS às necessidades e realidades de cada território<sup>37</sup>.

## CONCLUSÃO

A ESF consiste em uma iniciativa arrojada e resolutiva, comprometida com a oferta de uma assistência orientada às necessidades de saúde de indivíduos, famílias e comunidade, operacionalizada por meio da interação social e de práticas epidemiológicas e clínicas. No entanto, observam-se dificuldades das equipes na implementação de parte dessas características, expressas por avaliação insatisfatória dos atributos derivados da APS, por parte de quem utiliza tais serviços.

A Orientação Familiar teve os piores escores no que tange à participação do usuário para decisões relacionadas ao seu tratamento ou de familiares, demonstrando limitações em valorizar a opinião do usuário ante o manejo do seu próprio

cuidado ou do seu grupo familiar. No que se refere à Orientação Comunitária, o baixo desempenho foi observado quanto à realização de pesquisas de satisfação, pesquisas para levantar problemas na comunidade e incentivo à participação no conselho de saúde, indicando fragilidades nos serviços em proporcionar o envolvimento da população no planejamento e na gestão local de necessidades e problemas no território. Ressalta-se que tal conduta pode impedir que os usuários desfrutem do empoderamento incentivado nas políticas nacionais.

O presente estudo evidenciou dados relevantes para os serviços de saúde sobre a avaliação dos atributos derivados, mas cabe destacar, como limitação, o fato de ter sido realizado em um município de médio porte, dificultando a expansão para contextos diversos, como municípios com distintas situações demográficas, socioeconômicas e de organização e complexidade do SUS. Outra limitação consiste em não ser capaz de desvelar, nesse primeiro momento, os aspectos que ajudem a compreender as diferenças entre os escores observados nos cinco distritos sanitários. Quanto ao PCATool, embora ele seja apontado pela literatura como um dos instrumentos de avaliação de APS mais sensíveis para verificação da qualidade dos serviços, considera-se que seu uso deva ser complementado por outras estratégias. Para promover uma apreensão mais ampla do fenômeno avaliado e seus condicionantes, é fundamental a articulação de abordagens metodológicas quantitativas e qualitativas, ainda que isso constitua um importante desafio ao pesquisador.

## Referências

1. Andrade LOM, Bueno ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drummond Júnior, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2012.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
3. Brasil. 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). Diário Oficial da União [Internet]. 22 set 2017 [citado 2020 jan 4]; seção 1:68. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>.
4. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras. Enferm. 2013;6:158-164.

5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco Brasil; Ministério da Saúde; 2002.
6. Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seid H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde Debate*. 2014;38:13-33.
7. Reichert APS, Leônico ABA, Toso BRG, Santos NCCB, Vaz EMC, Collet N. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(1):119-27.
8. Prates ML, Machado JC, Silva LS, Avelar PS, Prates LL, Mendonça ET, et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(6):1881-93.
9. Santos FGT, Mezzavila VAM, Rêgo AS, Salci MA, Radovanovic CAT. Enfoque familiar e comunitário da Atenção Primária à Saúde a pessoas com Hipertensão Arterial. *Saúde Debate*. 2019;43(121):489-502.
10. Silva AS, Fracolli LA. Avaliação da Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. *Saúde Debate*. 2014;38(103):692-705.
11. Paula WKAS, Samico IC, Caminha MFC, Batista Filho M, Figueirôa JN. Orientação comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. *Cad Saúde Colet*. 2017;25(2):242-48.
12. Champagne F, Contandriopoulos AP, Brousselle A, Hartz Z, Denis JL. Avaliação no campo da Saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016. p. 41-60.
13. Contandriopoulos AP. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. *Ciênc Saúde Colet*. 2006;11(3):705-12.
14. Nickel DA, Natal S, Hartz ZMA, Calvo MCM. O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde: um estudo de caso no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(12):2619-30.
15. Ribeiro LA. Avaliação da Estratégia de Saúde da Família do Município de Rondonópolis – MT [tese]. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso; 2019.
16. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 29-48.
17. Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(5):547-59.

18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico [Internet]. IBGE; 2010-2014 [citado 2021 maio 5]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
19. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool Brasil [internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010 [citado 2020 jan 05]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_avaliacao\\_pcatool\\_brasil.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf).
20. Harzheim E, Pinto LF, Hauser L, Soranz D. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2016;21(5):1399-1408.
21. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2002;7(4):687-707.
22. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(4):1263-74.
23. Barata RB, Almeida MF, Montero CV, Silva ZP. Health inequalities based on ethnicity individuals aged 15 to 64, Brazil, 1998. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(2):305-13.
24. Guibu I, Moraes JC, Guerra Junior A, Costa EA, Acurcio FA, Costa KS, et al. Principais características dos pacientes dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2017;51(Supl 2):17s.
25. Leão CDA, Caldeira AP, Oliveira MMC. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2011;11(3):323-34.
26. Araújo JP, Vieira CS, Toso BRGO, Collet N, Nassar PO. Assessment of attributes for family and community guidance in the child health. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(5):440-46.
27. Daschevi JM, Tacla MTGM, Alves BA, Collet N, Toso BRGO. Avaliação dos princípios da orientação familiar e comunitária da atenção primária à saúde da criança. *Semina Cienc Biol Saúde*. 2015;36(1):31-8.
28. Paim JS. Modelo de Atenção à Saúde no Brasil. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 459-92.
29. Brasil. 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). *Diário Oficial da União* [Internet]. 22 set 2017 [citado 2021 maio 4]; seção 1:68. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>.

30. Sala A, Luppi CG, Simões O, Giffoni MR. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saúde Soc.* 2011;20(4):948-60.
31. Moimaz SAS, Fadel CD, Yarid SD, Diniz DG. Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011;16(Suple 1):965-72.
32. Alencar MN, Coimbra LC, Morais APP, Silva AAM, Pinheiro SRA, Queiroz RCS. Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet.* 2014;19(2):353-64.
33. Martins JS, Abreu SCC, Quevedo MP, Bourget MMM. Estudo comparativo entre Unidades de Saúde com e sem Estratégia Saúde da Família por meio do PCATool. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2016;11(38):1-13.
34. Oliveira VBCA. Avaliação da atenção primária à saúde da criança no município de Colombo –PR [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2012. 124 p.
35. Santos EN, Morais SHG. A visita domiciliar na estratégia saúde da família: percepção de enfermeiros. *Cogitare Enferm.* 2011;16(3):492-7.
36. Silva AS, Baitelo TC, Fracolli LA. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 2015;23(5):979-87.
37. Mesquita Filho M, Araújo CS, Luz BSR. A atenção primária à saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. *Ciênc Saúde Colet.* 2014;19(7):2033-46.
38. Rodrigues EMD, Bispo GMB, Costa MS, Oliveira CAN, Freitas RWJF, Damasceno MMC. Avaliação do atributo “Orientação Comunitária” na óptica do usuário adulto da atenção primária. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(3):632-9.
39. Pereira MJB, Abrahão-Curvo P, Fortuna CM, Coutinho SS, Queluz MC, Campos LVO, et al. Avaliação das características organizacionais e de desempenho de uma unidade de Atenção Básica à Saúde. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011;32(1):48-55.
40. Santos AL, Rigotto RM. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Trab Educ Saúde.* 2010;8(3):387-406.
41. Escorel S, Moreira MR. Participação social. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistemas de saúde no Brasil.* Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2008.

## DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Eu, Lorena Araujo Ribeiro, autora responsável pela submissão do manuscrito intitulado “Avaliação da Atenção Primária à Saúde: um olhar para a Orientação Familiar e Comunitária em um município de porte médio do centro-oeste brasileiro”, e todos os coautores que aqui se apresentam declaramos que não possuímos conflito de interesses.

## CAPÍTULO 9

---

# AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DOS GESTORES DE CURSOS DE GRADUAÇÃO DE OITO REGIÕES DE SAÚDE BRASILEIRAS

---

*Evaluation of the training of health professionals from the perspective of  
managers of undergraduate courses in eight Brazilian health regions*

**Celia Regina Pierantoni<sup>1</sup>**

**Carinne Magnago<sup>2</sup>**

1. Pierantoni, CR. Doutora em Saúde Coletiva. Departamento de Política, Planejamento e Administração em Saúde, Instituto de Medicina Social Hésio Cordeiro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil – E-mail: cpierantoni@gmail.com

2. Magnago, C. Doutora em Saúde Coletiva. Departamento de Política, Gestão e Saúde, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

## Resumo

Este estudo objetivou avaliar a aderência dos cursos de graduação em saúde às Diretrizes Curriculares Nacionais e ao Sistema Único de Saúde, na perspectiva da regionalização. Foram entrevistados 67 gestores de cursos de graduação em enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição, odontologia e psicologia, localizados em oito regiões de saúde. Verificou-se estrutura curricular fragmentada; predomínio de estratégias pedagógicas tradicionais e dos hospitais como campos de estágio; bem como ênfase curricular no hospital e na especialização. Projetos de pesquisa e extensão vêm sendo adotados como estratégias de valorização do contexto local, mas as necessidades de saúde locais não são consideradas eixos estruturantes da formação. As características estruturais e socioeconômicas e a organização das redes de saúde no contexto regional têm determinado o perfil profissiográfico dos egressos da saúde, que são pouco preparados para atuar colaborativamente em equipe. Cremos que as mudanças na formação são dependentes e, ao mesmo tempo, promotoras do desenvolvimento das redes regionalizadas de saúde; assim, a transformação que se exige no campo da formação precisa ocorrer simultaneamente à reorganização dos serviços de saúde na perspectiva regional.

**Palavras-chave:** Educação superior. Regionalização da saúde. Sistema Único de Saúde. Recursos humanos em saúde.

## Abstract

This study aimed to assess the adherence of undergraduate health courses to the National Curriculum Guidelines and to the Unified Health System, from the perspective of regionalization. 67 managers of undergraduate nursing, pharmacy, physiotherapy, medicine, nutrition, dentistry, and psychology courses located in eight health regions were interviewed. There was a fragmented curriculum structure; predominance of traditional teaching strategies and hospitals as internship fields; and curriculum emphasis on hospital and specialization. Research and extension projects have been adopted as strategies for valuing the local context, but regional health needs are not considered structuring axes of training. The structural and socioeconomic characteristics and the organization of health networks in the regional context have determined the professional profile of health graduates, who are poorly prepared to work collaboratively as a team. We believe that changes in training are dependent on and, at the same time, promote the development of regionalized health networks; therefore, the transformation required in the field of training needs to occur simultaneously with the reorganization of health services from a regional perspective.

**Keywords:** Graduate education. Regional health planning. Unified Health System. Workforce.

## Résumé

Cette étude visait à évaluer l'adhésion des cours de santé de premier cycle aux directives nationales du programme d'études et au système de santé unifié, dans une perspective de régionalisation. 67 questionnaires de cours de premier cycle en sciences infirmières, pharmacie, physiothérapie, médecine, nutrition, dentisterie et psychologie situés dans huit régions sanitaires ont été interrogés. Il y avait une structure de curriculum fragmentée; prédominance des stratégies d'enseignement traditionnelles et des hôpitaux comme champs de stage; et l'accent du programme d'études sur l'hôpital et la spécialisation. Les projets de recherche et de vulgarisation ont été retenus comme stratégies de valorisation du contexte local, mais les besoins régionaux de santé ne sont pas considérés comme des axes structurants de formation. Les caractéristiques structurelles et socio-économiques et l'organisation des réseaux de santé dans le contexte régional ont déterminé le profil professionnel des diplômés en santé, qui sont peu préparés à travailler en collaboration en équipe. Nous croyons que les changements dans la formation dépendent et, en même temps, favorisent le développement de réseaux de santé régionalisés; par conséquent, la transformation requise dans le domaine de la formation doit se faire en même temps que la réorganisation des services de santé dans une perspective régionale.

**Mots-clés:** Enseignement supérieur. Planification régionale de la santé. Système de Santé Unifié. Main-d'oeuvre en santé.

## INTRODUÇÃO

As políticas públicas de saúde brasileiras, fundamentadas nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), têm demonstrado importante papel para desencadear mudanças no processo de educação das profissões da saúde, cujo marco de destaque foi a institucionalização das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). A partir de 2001, passam a constituir um modelo geral de orientação para a elaboração dos Projetos Político-Pedagógicos (PPP) e currículos pelas Instituições de Ensino Superior (IES)<sup>1,2</sup>.

As DCN determinam que os cursos de saúde preparem profissionais capazes de conhecer e intervir sobre a realidade socio sanitária nacional, considerando um processo formativo baseado na valorização da atenção básica, na abordagem integral do ser humano, e nas demandas e expectativas da estruturação regional do setor saúde. Os

currículos devem, então, considerar as especificidades de saúde da região na qual os cursos estão inseridos, fomentando o desenvolvimento de habilidades e competências multiprofissionais adequadas aos aspectos sociodemográficos e epidemiológicos do território, colaborando para a ampliação do acesso qualificado aos serviços de saúde<sup>1,3</sup>.

Passados 20 anos da implementação das DCN, muitos avanços são contabilizados. Há, contudo, desafios não superados e novas demandas de saúde, dinâmicas e complexas, que exigem o fortalecimento, a readequação e/ou a criação de propostas e condutas de reorientação do ensino em saúde que possam colaborar para a capacidade de resolução do SUS. Para tanto, são requeridos processos de monitoramento e avaliação que forneçam informações atualizadas sobre as mudanças operadas nos contextos regionais, e sobre as lacunas e falhas das ações em curso<sup>4-6</sup>.

Ante o exposto, este estudo objetivou avaliar a aderência dos cursos de graduação em saúde às DCN e aos pressupostos do SUS, na perspectiva da regionalização da saúde, processo técnico-político relacionado com a definição de recortes espaciais para fins de planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Este estudo se configura como pesquisa avaliativa de abordagem qualitativa, desenvolvida em âmbito nacional, no período de dezembro de 2015 a março de 2017. Emerge de um projeto colaborativo denominado “Regulação do Trabalho e das Profissões em Saúde”, realizado pela Estação de Trabalho Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj) e pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais, ambas integrantes da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ObservaRH).

Demandado pelo Ministério da Saúde, esse projeto objetivou analisar os processos de regulação da formação e do exercício de diferentes profissões da saúde, com vistas a fortalecer as capacidades de avaliação e de monitoramento das políticas de Recursos Humanos em Saúde (RHS). Foi desenvolvido em parceria com a pesquisa “Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil”, coordenada pela Universidade de São Paulo, cujo objetivo foi avaliar os processos de organização, coordenação e gestão envolvidos na conformação de regiões e redes de atenção à saúde, e seu impacto para melhoria do acesso, da efetividade e da eficiência das ações e serviços no SUS.

Para o desenvolvimento desses projetos colaborativos, múltiplos métodos de pesquisa foram empregados, incluindo análise bibliográfica e documental, aplicação de sur-

vey por telefone e entrevistas presenciais com diferentes atores implicados nas políticas de formação e de saúde. Devido à magnitude da pesquisa e do conjunto de dados dela resultantes, neste artigo, serão apresentados apenas os resultados provenientes da etapa de entrevistas com dirigentes de cursos de graduação em saúde.

Os cenários de estudo foram oito regiões de saúde: Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do Médio São Francisco/PE-BA, especificamente as Macrorregiões de Saúde de Petrolina/PE e de Juazeiro/BA; Norte-Barretos/SP; Entorno de Manaus e Alto Rio Negro/AM; Baixada Cuiabana/MT; Região 10 – Capital e Vale do Gravataí/RS; Norte Fluminense/RJ; Metropolitana I/RJ; e Metropolitana II/RJ.

O universo da pesquisa correspondeu ao número de cursos de graduação em enfermagem, farmácia, fisioterapia, medicina, nutrição, odontologia e psicologia existentes nas regiões de saúde, segundo Censo da Educação Superior<sup>7</sup>. Para determinação da amostra, os critérios de elegibilidade considerados foram: ser diretor, coordenador ou vice-coordenador de curso de graduação e estar disponível para a entrevista no período de coleta de dados.

Considerando o tempo previsto de cinco dias de coleta de dados em cada uma das regiões e o número de pesquisadores em campo, foram realizados convites por telefone e/ou por correio eletrônico institucional dos dirigentes, tendo a preocupação de abranger o maior número de cursos possível, incluindo pelo menos um da administração pública e um da administração privada, quando possível. Foram realizados 128 convites a gestores, dos quais 67 aceitaram participar mediante disponibilidade no período previsto para a coleta de dados (Tabela 1). Esclarece-se que 13 entrevistados ocupavam o cargo de dirigente em dois ou mais cursos privados de mesma graduação, instituição e currículo, que funcionam em turnos distintos. Nesses casos, o dirigente/curso foi contabilizado apenas uma vez.

Tabela 1. Amostra do estudo por regiões de saúde. Brasil, 2015-2017

Região de Saúde	Amostra
Norte-Barretos/SP	5
Interestadual do Vale do Médio São Francisco/PE-BA	6
Entorno de Manaus/AM	9
Baixada Cuiabana/MT	12
Região 10/RS	12
Norte Fluminense/RJ	5
Metropolitana I/RJ	14
Metropolitana II/RJ	4
<b>Total</b>	<b>67</b>

Fonte: dados da pesquisa.

Para a coleta de dados, foi elaborado um questionário semiestruturado com base nas DCN, composto por 54 questões relacionadas com o perfil do entrevistado, caracterização da instituição de ensino e curso, estrutura e estratégias curriculares e perfil do egresso.

Os dados quantitativos foram tratados por estatística descritiva. As entrevistas foram gravadas em equipamento digital, transcritas integralmente, e submetidas à análise de conteúdo, com o propósito de produzir inferências<sup>8</sup>. Para tanto, as seguintes etapas foram empregadas: 1) pré-exploração do material produzido nas entrevistas, por meio de leitura que permitiu a organização dos conteúdos de relevância para este estudo; 2) seleção das unidades de análise, isto é, destacaram-se recortes dos depoimentos cujos significados, em conjunto, pudessem dar contexto às inferências empreendidas pelo pesquisador; e 3) interpretação e discussão dos dados.

O projeto do estudo foi submetido à avaliação e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMS/Uerj, sob registro CAAE 46779115.5.0000.5260 e Parecer 1.248.858.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Perfil dos entrevistados

A amostra de entrevistados (n=67) foi composta majoritariamente por mulheres (n=45; 67,2%); doutores (n=39; 58,2%); com experiência prévia em cargos de gestão em IES (n=38; 56,7%). Com exceção de dois, todos se formaram na área de cujo curso são dirigentes. Registraram-se idade média de 45,3 anos e tempo médio no cargo de gestão de 2,6 anos.

### Caracterização da instituição de ensino e curso

Dos 67 cursos de graduação em saúde incluídos na amostra, a maior parte deles é de enfermagem (Tabela 2); 37 (55,2%) são públicos, sendo 26 federais e 11 estaduais; e 30 (44,8%) são privados.

Tabela 2. Número de cursos incluídos na amostra por graduação. Brasil, 2015-2017

Curso	N	%
Enfermagem	15	22,4
Nutrição	10	14,9
Medicina	9	13,4
Fisioterapia	9	13,4
Farmácia	8	11,9
Psicologia	8	11,9
Odontologia	8	11,9
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100</b>

Fonte: dados da pesquisa.

Os cursos ofertam, em média, 118 vagas, com média de preenchimento de 91%. Segundo os respondentes, o percentual de preenchimento tem variado nos últimos anos, com tendência a maior inflexão nas instituições privadas, em razão dos cortes no financiamento da educação, com reflexos nos programas de financiamento estudantil.

Caso a se destacar é de um curso de farmácia da região Norte-Barretos/SP, que não abriu novas vagas nos dois anos anteriores à coleta de dados em razão da baixa procura pelo curso, que se deve, segundo o entrevistado, ao “*nível salarial da profissão, que está baixo, e à saturação de mercado*”.

Estudos apontam que o incremento da oferta de vagas de graduação em saúde, exceto medicina, vem sendo acompanhado pela diminuição do número de inscritos e pela elevação da taxa de ociosidade, indicando menor procura pelos cursos de saúde e oferta de vagas superior à demanda<sup>9-11</sup>. Dados sugerem que a ociosidade cresceu mais de 400% no período 2000-2014<sup>9</sup>, alcançando, em 2015, taxas que variaram de 30% (nutrição) a 52% (farmácia)<sup>10</sup>.

Outra preocupação manifestada pelos dirigentes é a evasão estudantil, que varia de 10% a 60% a depender do curso e da região, sendo mais pronunciada nos cursos de enfermagem e farmácia, cujos alunos costumemente migram para cursos de medicina, conforme constatado por outros estudos<sup>12-14</sup>.

*“Tem muitos alunos que querem medicina. Então, boa parte faz aqui e de repente passa em medicina. Não necessariamente enfermagem é a primeira escolha.”* (Interestadual do Vale do Médio São Francisco/PE-BA)

Em geral, esse fenômeno se acentua no fim do ciclo básico, momento no qual os alunos deixam de cursar disciplinas gerais e transversais aos vários cursos da saúde (como anatomia e fisiologia) e entram em contato com as primeiras disciplinas específicas da profissão. Além disso, diante da constatação de que optaram por um curso que não corresponde aos seus interesses, os alunos decidem evadir-se<sup>13</sup>.

*“Os três primeiros semestres compõem o ciclo básico, bem teórico. A partir do quarto semestre é quando o aluno tem o primeiro contato com a profissão[...]. E é nesse momento que muitos desistem do curso por não se identificarem.”* (Baixada Cuiabana/MT)

As principais modalidades de ingresso adotadas pelas instituições são o vestibular e o Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM), considerado como fator contributivo à entrada de alunos que residem na região de saúde e à democratização do ensino superior<sup>15</sup>. Para os dirigentes, o ENEM vem contribuindo para a ampliação do acesso à universidade por alunos de baixo poder aquisitivo e oriundos dos municípios do interior.

*“Após a política de cotas atrelada ao ENEM, aumentou o número de alunos que têm por origem o município ou municípios vizinhos.”* (Metropolitana I/RJ).

Não à toa, após a adoção do ENEM, a proporção de alunos originários da própria região de saúde onde se localiza a IES passou a ser prevalente, o que tem potencializado a retenção dos egressos no local. O contrário ocorre nos casos em que os alunos são oriundos de outros estados, que buscam voltar para seus locais de origem ou se deslocam para regiões mais desenvolvidas. Tais achados demonstram a importância da presença de cursos de maneira menos concentrada nas metrópoles, de modo a promover a fixação profissional nas áreas que mais carecem de profissionais, bem como agenciar o desenvolvimento regional<sup>16</sup>, compreendido como um conjunto de ações que busca combinar as potencialidades territoriais a políticas setoriais, a fim de modificar a estrutura da economia local e disponibilizar bens e serviços básicos em condições de acesso para toda a população<sup>17</sup>.

É nessa conjuntura que cursos de saúde menos tradicionais e de mais recente implantação nas regiões Norte e Nordeste – e que, portanto, possuem menos profissionais da categoria no mercado local – têm conseguido atrair docentes das regiões Sul e Sudeste, constituindo-se maioria nos cursos de fisioterapia e psicologia. Contrariamente, nos cursos das regiões Sul e Sudeste, a maior parte dos docentes é natural do estado onde se localiza a IES.

O número médio de docentes é de 56 por curso, com menor e maior média para os cursos de fisioterapia (54) e odontologia (67) respectivamente. Quanto à titulação, a maior proporção possui doutorado (54,8%).

### **Estrutura curricular do curso**

Tal como observado por outros autores<sup>18-22</sup>, identificou-se que os cursos são majoritariamente organizados em dois ciclos: o básico, que se debruça sobre o conteúdo mais amplo ligado às Ciências da Saúde; e o profissional, cujos conteúdos são mais específicos da profissão. Essa estruturação curricular, que está em descompasso ao proposto pelas DCN, possui suas bases históricas sustentadas pelo positivismo francês e pelo Relatório Flexner, sendo objeto de debate há décadas<sup>23</sup>.

Ademais, com exceção de seis que se estruturam por módulos, todos os cursos se organizam por disciplinas.

*“Trabalhamos com módulos por sistemas, que são estudados de uma forma integrada. Por exemplo: sistema respiratório em que se aborda anatomia, fisiologia, embriologia etc.[...] Os módulos vão se repetindo em outros períodos para aprofundamento.” (Norte-Barretos/SP)*

Alguns entrevistados sinalizaram que apesar de o PPP e de a grade curricular demonstrarem a existência de uma integração por módulos ou núcleos de aprendizagem, na prática, a organização é por disciplinas isoladas.

*“Quando da concepção da universidade, aderimos à divisão dos cursos por módulos com conteúdos transversais, mas a estruturação se mostrou complicada, e os cursos fizeram suas adaptações”. (Interstadual do Vale do Médio São Francisco/PE-BA)*

Entre as dificuldades que se impõem na concretização de um currículo integrado, estão o número de professores e a pouca comunicação entre os diferentes departamentos institucionais responsáveis pelos ciclos básico e profissionalizante.

*“Nós não temos o quantitativo de professores que possa atender a essa possibilidade. Temos que ter um professor do início ao fim do curso, que esteja envolvido no processo. [...] E a integração só acontece e funciona quando você tem todos os seus docentes em dedicação exclusiva” (Interstadual do Vale do Médio São Francisco/PE-BA)*

A fragmentação curricular é reflexo e, ao mesmo tempo, produtora de processos de trabalho e de produção do cuidado também fragmentadas, incapazes de responder adequadamente às necessidades de saúde cada vez mais dinâmicas e complexas, que exigem um novo perfil profissional e uma força de trabalho em saúde mais integrada<sup>24,25</sup>. Imprimem-se, portanto, redesenhos dos processos de formação em saúde no sentido da interdisciplinaridade e da colaboração profissional, que visem melhorar a interdependência e o desempenho dos trabalhadores, das práticas e dos sistemas de saúde diante de contextos de atuação específicos<sup>26,27</sup>.

A fragmentação curricular constatada por este estudo implica desafios para implementação e uso de metodologias ativas, previstas nos PPP de 85% dos cursos analisados. Na prática, predomina o ensino baseado no modelo tradicional de educação caracterizado por aulas expositivas e protagonismo docente<sup>28,29</sup>. Segundo gestores, há uma tentativa de introduzir e fortalecer o uso dos métodos ativos, mas são muitas as limitações, entre elas, a resistência e o despreparo dos docentes.

*“A gente observa um perfil de docente inovador, com uma tendência a utilizar metodologias ativas. Mas, infelizmente, esses professores não são a maioria. Ainda predomina o modelo tradicional.” (Entorno de Manaus/AM).*

*“Nosso corpo docente não está preparado para um processo de formação que contemple metodologias ativas e a autonomia do aluno, a resistência continua.” (Baixada Cuiabana/MT).*

Cunha<sup>30</sup> argumenta que a resistência docente é fruto de sua própria formação, durante a qual absorveram concepções epistemológicas e didáticas que sustentam a sua atuação profissional. Como as metodologias ativas propõem uma reflexão sobre a prática de ensinar para atender às especificidades dos alunos, os docentes encontram dificuldades em aceitá-las e implementá-las. Intervir nesse processo de naturalização profissional exige, então, um trabalho sistematizado de reflexão, baseada na desconstrução da experiência<sup>31</sup>.

Os sistemas de avaliação adotados pelos cursos refletem sua estruturação curricular e pedagógica. Em geral, trata-se de uma associação de provas teóricas e práticas

periódicas, com pequenas variações no que se refere à atribuição de notas condicionadas a diferentes atividades executadas pelo aluno. A avaliação de competências técnicas, uso de jogos e outros métodos de avaliação menos convencionais foram mencionados como alternativas utilizadas por alguns professores.

Sobre o tema, é preciso destacar que há fragilidades nas próprias DCN para indicarem meios e métodos alternativos que permitam uma avaliação articulada das capacidades cognitivas, atitudinais e técnicas<sup>2</sup>, imprescindíveis para a mobilização de diferentes recursos para solucionar problemas da prática profissional, em diferentes contextos<sup>32</sup>.

### Cenários de prática

Tal como previsto pelas DCN, os cenários de prática utilizados pelos diferentes cursos são diversificados; porém, conforme reportado por outros estudos, há predominância dos campos de estágio em ambientes hospitalares<sup>33,34</sup>, em detrimento dos espaços comunitários nos quais vivem e transitam as populações, o que dificulta a estimulação de uma formação ampliada, distanciando os estudantes de entrar em contato com problemas complexos e com a alta vulnerabilidade social que marca a realidade de grande parte dos usuários do SUS<sup>35</sup> (Tabela 3).

Os cursos de enfermagem e medicina possuem maior capilaridade nos serviços da rede SUS; os demais, por outro lado, com algumas exceções, além dos hospitais, utilizam especialmente cenários não específicos da saúde, como creches e escolas, empresas e lares de idosos.

Tabela 3. Número e percentual de cursos segundo os cenários de prática utilizados. Brasil, 2015-2017 (n=67)

Cenários	N	%
Hospitais	61	91,0
Unidades de Atenção Básica	56	83,6
Creches e/ou escolas	46	68,7
Centro de Atenção Psicossocial	36	53,7
Unidades de Pronto Atendimento	27	40,3
Policlínicas/ambulatórios/clínicas	22	32,8
Lar de idosos	10	14,9
Empresas/indústrias	10	14,9
Residência Terapêutica	4	6,0
Farmácias	4	6,0
Outros*	11	16,4

Fonte: dados da pesquisa.

\*Restaurantes, hotéis, organizações não governamentais, equipamentos de serviço social, secretarias de saúde, academias, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), delegacias, centros de distribuição de medicamentos, atenção domiciliar (*home care*).

Da análise desse quesito nas diferentes regiões de saúde, alguns pontos se destacam. No Entorno de Manaus/AM, são poucas as dificuldades percebidas pelos cursos para uso dos cenários de saúde, nos diferentes níveis de atenção. Na Região 10/RS, há uma divisão distrital dos campos de estágio, em que cada IES está responsável por determinadas regiões. Na percepção dos entrevistados, esse é um aspecto positivo e que tem evitado a competição por campos de estágios. Para os que apontaram pontos negativos dessa organização, a justificativa foi a inexistência de alguns equipamentos em determinados locais (por exemplo, centros de atenção psicossocial), sendo necessário pactuações para que os alunos possam ser alocados em outros distritos.

Nas regiões Metropolitanas I e II/RJ e Norte Fluminense/RJ, a principal preocupação é a disputa por campos práticos entre as diferentes instituições em razão do número expressivo de cursos existentes no estado. Uma preocupação latente é o fato de que as instituições privadas de maior porte pagam preceptores externos para o acompanhamento do aluno, eximindo os profissionais de saúde que atuam no serviço da responsabilidade da preceptoría. Em alguns casos, essas instituições estabelecem, também, acordos financeiros com as unidades para usufruto do campo.

A região Norte-Barretos/SP, além de reunir um pequeno número de cursos da área da saúde (todos privados), possui uma rede de saúde robusta que viabiliza a vivência profissional dos alunos, com exceção dos que cursam odontologia, que não têm inserção na rede de saúde; por esse motivo, os campos de prática se restringem a clínica própria e, eventualmente, a escolas para educação em saúde bucal. Esse fato é resultante de diversos processos por que passou e passa a instituição, que transcorrem de questões políticas, de gestão, e de resistência por parte da rede de saúde. Além disso, alunos e professores também contribuem para falta de compreensão da importância da inserção de cirurgiões-dentistas na rede regional de saúde.

Na Baixada Cuiabana/MT, os relatos indicam fragilidades que limitam a inserção dos alunos na rede: infraestrutura precária das unidades; dificuldade de articulação com os gestores; e, ainda, o baixo grau de implantação de dispositivos de apoio à atenção básica, que impactam essencialmente os alunos dos cursos de nutrição, farmácia, psicologia e fisioterapia. A perspectiva é de que esse cenário seja agravado, uma vez que a nova Política Nacional de Atenção Básica não prevê mais nenhum tipo de estímulo ministerial à lógica do apoio matricial e ao *modus operandi* dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família<sup>36</sup>.

### **A abordagem regional e a formação para a atenção básica**

Algumas estratégias curriculares vêm sendo adotadas na perspectiva de valorizar o contexto regional no qual se inserem as IES, como o desenvolvimento de pesquisas e

de projetos de extensão nas comunidades. Essas contribuições vão ao encontro dos dispositivos da Resolução nº 569/2017, que ratifica a responsabilidade social das IES com o seu entorno e o compromisso com a promoção do desenvolvimento de redes assistenciais e com a formação de RHS, de modo a possibilitar a transformação da realidade em que estão inseridas<sup>4,37</sup>.

Contudo, as necessidades de saúde locais não são consideradas eixos estruturantes do processo de formação, especialmente pelos cursos localizados no eixo centro-sul do Brasil, cuja abordagem curricular se restringe aos aspectos microbiológicos e epidemiológicos de doenças endêmicas.

Por outra via, dirigentes de cursos localizados em áreas que concentram populações rurais, ribeirinhas e indígenas (Entorno de Manaus/AM e Baixada Cuiabana/MT) demonstram maior preocupação com as particularidades da região, segundo os quais o esforço em dar foco aos problemas de saúde locais esbarra em dificuldades de caráter logístico para acesso a áreas geograficamente menos acessíveis.

*“A ideia é trabalhar a saúde das populações amazônicas, onde você tem ribeirinhos e os indígenas. As 45 horas atuais previstas em nosso currículo são muito poucas para incluir essa diversidade. E nós temos professores com formação, pesquisa e experiência na área indígena. O problema é a logística de acesso aos territórios para estes alunos.”* (Entorno de Manaus/AM)

Outros fatores que inviabilizam o desenvolvimento de competências profissionais alinhadas à realidade local, segundo os dirigentes, são as deficiências estruturais dos estabelecimentos de saúde utilizados como cenários de prática, o incentivo do Estado à iniciativa privada (Norte-Barretos/SP, Norte Fluminense/RJ), a baixa cobertura de atenção básica que compete com a robustez dos equipamentos hospitalares, e as dificuldades de acesso a áreas socialmente mais vulneráveis que são, em geral, dominadas por “estados paralelos”<sup>38</sup> (Metropolitanas I e II/RJ).

Tais fatores são consistentes com os condicionantes que obstam o desenvolvimento das redes e regiões de saúde no Brasil. Segundo Viana e Uchimura<sup>39</sup>, três dimensões podem explicar, se não o todo, pelo menos parte do processo de regionalização: política, que reflete as tensões e os processos de negociação entre os diferentes atores e instituições implicados no setor saúde; estrutura, que traduz a disponibilidade e a suficiência dos diferentes recursos necessários à construção de um SUS regionalizado; e organização, que contempla diferentes “critérios de conformação das redes de atenção à saúde, o planejamento, a gestão, a integração sistêmica entre serviços, a regulação e o acesso da população”.

Nesse momento, cabe aqui uma reflexão sobre as próprias DCN que, propondo-se gerais e orientadoras, podem não dar conta da complexidade do processo de formação

de profissionais de saúde, especialmente em se tratando de um país plural como o Brasil, cujas realidades regionais são ímpares.

*“As DCN são amplas. Por serem válidas para o País, elas não trabalham as especificidades de cada local. Então, ela dá um suporte geral, mas não fornece subsídios para se escrever um PPP na perspectiva regional.” (Baixada Cuiabana/MT).*

As dessemelhanças de ordem social, política e econômica entre as diferentes regiões de saúde<sup>40</sup> podem dificultar o direcionamento dos cursos que, de um lado, devem atender às expectativas nacionais de formação e, de outro, devem focalizar nos problemas locais que, muitas vezes, são díspares de outras regiões e nem sempre atendem às demandas das políticas públicas.

*“Para a nossa região ele é adequado, ele atende. Hoje, o mercado de trabalho para nosso egresso é voltado para o mercado hospitalar. Quem recebe o nosso aluno é o hospital. Então, não podemos mudar o foco da nossa formação, embora as diretrizes digam outra coisa. Caso contrário, o aluno não chega preparado no mercado de trabalho. Adianta ele chegar um excelente aluno de saúde pública, mas trabalhar apenas nas práticas hospitalares? Se a nossa maior demanda hoje é a área hospitalar, então é para lá que formamos.” (Norte Fluminense/RJ)*

Esses condicionantes fortalecem a perspectiva histórica do modelo de formação biologicista, unicausal e centrado na doença, distante, portanto, dos preceitos estruturantes do modelo de saúde almejado pelo SUS. Como reflexo, a abordagem da atenção básica nos cursos investigados é, em geral, restrita a poucas disciplinas isoladas de saúde coletiva<sup>41-43</sup>.

*“As disciplinas voltadas para a saúde pública e atenção básica são ministradas somente no início da graduação e, no final, em disciplinas que são muito teóricas e que essencialmente não levam os graduandos para a prática na atenção básica.” (Metropolitana I/RJ)*

Essa proposta curricular explica os altos índices de cursos que não preparam ou preparam parcialmente os estudantes para desenvolver um conjunto de ações habitualmente praticadas na atenção básica, as quais exigem, em última análise, competências colaborativas que promovam o exercício efetivo do trabalho em equipe (Tabela 4).

Tabela 4. Avaliação dos dirigentes (%) quanto ao curso preparar os alunos para o desenvolvimento de ações em saúde. Brasil, 2015-2017 (n=67)

Ações de saúde	Prepara	Prepara parcialmente	Não prepara
Visitas domiciliares	51,6	29,0	19,4
Acolhimento	60,0	26,7	13,3
Grupos de educação em saúde	74,2	16,1	9,7
Promoção da saúde	71,0	17,7	11,3

Ações de saúde	Prepara	Prepara parcialmente	Não prepara
Trabalhar em equipe multiprofissional	71,0	24,2	4,8
Supervisão de outros profissionais	50,0	30,4	19,6
Construção compartilhada de Projeto Terapêutico Singular	14,3	37,1	48,6
Apoio matricial	40,0	34,3	25,7

Fonte: dados da pesquisa.

Apesar disso, a maior parte dos dirigentes considera a matriz curricular de seus cursos como ‘muito boa’ (43,3%) ou ‘boa’ (28,4%) quanto ao preparo de profissionais para futura atuação na atenção básica.

Esses achados ratificam os desafios do campo da educação na saúde enunciados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), segundo a qual, no atual contexto social e político do Brasil, é preciso avançar na formação interprofissional e valorizar a formação em Atenção Primária à Saúde, com ênfase na saúde da família<sup>44</sup>.

A Educação Interprofissional (EIP), em sua concepção, sustenta a proposta de um modelo de formação que valorize e oportunize momentos de aprendizado conjunto e interativo entre estudantes de saúde de diferentes categorias profissionais, para que aprendam entre si, com e sobre os outros, e desenvolvam habilidades para o trabalho colaborativo<sup>26,45</sup>. No contexto brasileiro, ao considerar que os modelos hegemônicos de formação e de assistência à saúde não oferecem subsídios para a operacionalização das diretrizes adotadas pelo SUS, a EIP ganha força por seu potencial para inverter a lógica da educação verticalizada e tradicionalmente estabelecida<sup>46</sup>.

Essa proposta pedagógica está expressa, inclusive, nas atuais recomendações do Conselho Nacional de Saúde para a revisão das DCN de todos os cursos de graduação da área da saúde<sup>37</sup>: “as DCN devem expressar a formação de um profissional apto a atuar para a integralidade da atenção à saúde, por meio do efetivo trabalho em equipe, numa perspectiva colaborativa e interprofissional”.

## Perfil dos egressos

A análise das entrevistas permitiu identificar a ênfase pedagógica nas diferentes áreas de atuação profissional: os cursos de medicina, enfermagem e odontologia enfocam majoritariamente a atenção hospitalar/especializada, seguida pela atenção básica; os cursos de farmácia, fisioterapia e nutrição preparam os estudantes para atuar principalmente em consultórios/clínicas e hospitais, enquanto os de farmácia, para o atendimento em drogarias comerciais.

*“A fisioterapia, tem ainda, culturalmente, um foco na atenção hospitalar. Numa forma de trabalho hospitalizada, hospitalocêntrica. Mudar isso é bem difícil, não impossível [...]. mas o próprio fisioterapeuta não se vê dentro da realidade do SUS, da atenção básica.”* (Baixada Cuiabana/MT)

No entanto, quando questionados sobre o perfil dos egressos de seus cursos, os dirigentes o descreveram como sendo, em geral, generalista. Alguns deles, inclusive, leram o perfil descrito no PPP, que espelha a proposta das DCN de um perfil crítico, generalista e humanista.

*“Nutricionista com formação generalista, humanista e crítica, capacitado a atuar visando à segurança alimentar e a atenção dietética e todas as áreas de conhecimento em que a alimentação e nutrição se apresentem fundamentais para promoção, manutenção e recuperação da saúde e para a prevenção de doenças de indivíduos e grupos populacionais [...].”* (Norte-Barretos/SP)

Fato é que as ênfases privilegiadas pelos cursos acabam por direcionar o perfil profissional dos egressos da saúde, como comentado por alguns entrevistados:

*“O nosso aluno de medicina ainda sai muito voltado para a especialização; nós ainda temos uma matriz curricular com o viés da especialização.”* (Entorno de Manaus/AM)

*“Enfermeiro de perfil plural, generalista, porém com maior tendência para a prática hospitalar.”* (Metropolitana II/RJ)

A deficiência dos processos de formação é considerada com um dos principais entraves para a gestão do trabalho na atenção básica<sup>47</sup>. Essa percepção é ratificada por profissionais atuantes no SUS, segundo os quais a graduação não os prepara para atuar na perspectiva do serviço público de saúde, em especial no nível primário de atenção<sup>48,49</sup>.

Assim, afirmar a proposta da formação para a saúde na lógica do SUS significa desenvolver estruturas curriculares e processos pedagógicos que considerem a “regionalização dos conteúdos” e que se materializem prioritariamente no cotidiano dos serviços<sup>18,50</sup>. É preciso refletir sobre a realidade e as necessidades dos serviços e territórios e, a partir daí, desenhar currículos integrados que contemplem a inserção dos alunos nos vários equipamentos regionais, em uma lógica de formação baseada no sistema de saúde, promovendo, no futuro profissional, a compreensão da necessária integração regional<sup>18,51</sup>.

A formação não pode se abster de participar do debate de estruturação do cuidado no SUS: primeiro, porque os processos de formação não podem estar deslocados dos acontecimentos do cotidiano do serviço, que é lócus de “reprodução, de experimentação e de invenção de modos de ser trabalhador no SUS”; segundo, porque é preciso que a formação se dê no e para o trabalho<sup>35</sup>. Se, por um lado, o protagonismo acadêmico é fator crucial ao processo de regionalização da saúde<sup>52</sup>; por outro, as mudanças na formação são completamente dependentes da estruturação de redes de atenção robustas,

integradas e concordantes com as demandas locorregionais. Há, em nosso entendimento, um processo de retroalimentação: as instituições de ensino atuam como catalizadoras e, ao mesmo tempo, favorecidas do desenvolvimento regional<sup>4</sup>.

É fato que a escala de transformação simultânea que suscitamos – da formação e da reorganização dos serviços de saúde na perspectiva regional – deve ser sistêmica, global; e, por isso, é complexa, como observado no modelo teórico de Hartz e Contran-diopoulos<sup>52</sup>. Contudo, vale lembrar que o ensino e a atenção à saúde são eixos da política de educação do SUS; e por estarem imbricados na realidade que se espera mudar, são corresponsáveis pelos atos configurantes de mudança<sup>53</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as especificidades do sistema nacional de saúde brasileiro e sua priorização às ações de promoção e prevenção e ao combate às iniquidades em saúde, a Atenção Básica foi considerada nível primário e fundamental para toda organização desse sistema. Nessa perspectiva, as DCN orientam para uma organização curricular integrada e interdisciplinar, que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e a trabalhar em equipe. Mais ainda, que se baseie em estratégias pedagógicas que articulem o saber, o saber fazer e o saber conviver, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade. Para tanto, motiva a utilização de metodologias de ensino-aprendizagem, que permitam a participação ativa dos alunos e a integração dos conhecimentos das ciências básicas com os das ciências clínicas e profissionalizantes.

No entanto, como observado na pesquisa, as características estruturais e as condições de vida, infraestrutura, emprego e salário e, sobretudo, de aparelhos de saúde do contexto regional acabam por determinar o perfil de formação. Essas características refletem desde dificuldades de acesso e fixação dos estudantes – como a necessidade de fortalecimento de mecanismos de financiamento estudantil –, até a disponibilidades de docentes e preceptores qualificados para o exercício de processos de ensino-aprendizagem integradores entre as profissões, por um lado, e para a prática dos serviços de saúde, por outro.

Esses condicionantes têm contribuído para a manutenção do modelo de formação fragmentado, biologicista e centrado na cura, incapaz de responder equitativamente aos inúmeros desafios, passados e atuais, que se apresentam ao campo da saúde, em grande parte por causa de currículos fragmentados, desatualizados e estáticos que produzem graduados mal preparados para atuar em cenários complexos.

Contudo, podemos supor um caminho de construção e desenvolvimento das redes de saúde e das instituições de ensino em concordância com as mudanças que se exigem no campo de formação. Cremos que essas mudanças na formação são depen-

dentos e, ao mesmo tempo, promotoras do desenvolvimento das redes regionalizadas de saúde, tal como observado em algumas regiões de saúde que têm maior integração com a rede de serviços, embora ainda prevaleça a lógica hospitalar. Dito isso, a formação em saúde não precisa se constituir ponto de partida para a mudança do modelo technoassistencial – já que se trata de elementos interdependentes que operam mudanças um no outro –, mas pode assumir papel protagonista na construção de sistemas de saúde regionais alicerçados nos princípios do SUS.

Reforça-se, por fim, o papel da avaliação como indutora de qualidade, no processo de construção de PPP e currículos, de modo a cuidar que as demandas da sociedade estejam neles contempladas. Não esperamos que as conclusões desta avaliação sejam adotadas ampla, indistinta e imediatamente. Sabemos que as transformações esperadas no campo da saúde e da educação na saúde requerem tempo, maturação e negociação entre os diferentes atores e instituições imbuídas nesse contexto. Mais importante é o fato de que avaliações retroalimentam a tomada de decisão que almejam melhores práticas de ensino e de cuidado.

## Referências

1. Brasil. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Diário Oficial da União. 1 out. 2001.
2. Costa DAS, Silva RF, Lima VV, Ribeiro ECO. National curriculum guidelines for healthprofessions 2001-2004: ananalysis according to curriculum development theories. *Interface*. 2018;22(67):1183-95. doi: 10.1590/1807-57622017.0376
3. Silva EVM, Oliveira MS, Silva SF, Lima VV. A formação de profissionais de saúde em sintonia com o SUS: currículo integrado e interdisciplinar. Brasília: Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde do CONASEMS; 2008.
4. Pierantoni CR, Magnago C, Vieira SP, Ney MS, Miranda RG, Girardi SN. Graduação em saúde: oferta e estratégias para o fortalecimento da regionalização do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(Suppl 2):e00066018. doi: 10.1590/0102-311X00066018
5. Magnago C, França T, Belisário AS, Santos MR, Silva CBG. O PET-Saúde/GraduaSUS como mobilizador da integração inter, intra e extrainstitucional. In: Castro JL, Vilar RLA, Dias MA, organizadores. *Educação e trabalho: interface com a gestão em saúde*. Natal, RN: Uma; 2020. p. 245-71.
6. Hartz ZMA, Felisberto E, Silva LMV, organizadores. *Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

7. Brasil. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Censo da Educação Superior 2013. Brasília: INEP/MEC; 2014.
8. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
9. Pierantoni R, Magnago C. Tendências das graduações em saúde no Brasil: análise da oferta no contexto do Mercosul. *Divulg Saúde Debate*. 2017; 57:30-43.
10. Vieira ALS, Moyses NMN. Trajetória da graduação das catorze profissões de saúde no Brasil. *Saúde Debate*. 2017;41(113):401-14. doi: 10.1590/0103-1104201711305
11. Humerez DC, Jankevicius JV. Reflexão sobre a formação das categorias profissionais de saúde de nível superior pós diretrizes curriculares. Brasília, DF: Cofen; 2015.
12. Traverso-Yepez M, Morais NA. Idéias e concepções permeando a formação profissional entre estudantes das ciências da saúde da UFRN: um olhar da psicologia social. *Estud Psicol*. 2004;9(2):75-86. doi: 10.1590/S1413-294X2004000200014
13. Barlem JGT, Lunardi VL, Bordignon SS, Barlem ELD, Lunardi Filho WD, Silveira RS, et al. Opção e evasão de um curso de graduação em enfermagem: percepção de estudantes evadidos. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012;33(2):132-8.
14. Baptista SS, Barreira IA. A Luta da enfermagem por um espaço na Universidade. Rio de Janeiro: UFRJ; 1997.
15. Mello Neto RD, Medeiros HAV, Paiva FS, Simões JL. O impacto do Enem nas políticas de democratização do acesso ao Ensino Superior Brasileiro. *Comunicações* 2014;21:109-23.
16. Oliveira Jr. A. A universidade como polo de desenvolvimento local/regional. *Caderno de Geografia*. 2014;24:1-12.
17. Costa Silva J. Compêndio de economia regional. Paredes: Principia; 2009.
18. Magnago C, Pierantoni CR, Carvalho CL, Girardi SN. Nurse training in health in different regions in Brazil. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2017;17(Supl. 1):S219-S228. doi: 10.1590/1806-9304201700S100010
19. Sousa IFB, Oliveira PRH. Interdisciplinaridade e formação na área de farmácia. *Trab Educ Saúde*. 2016;14(1):97-117. doi: 10.1590/1981-7746-sip00092
20. Peres CRFB, Marin MJS, Tonhom SFR, Barbosa PMK. Teaching-service's integration in the training of nurses in the state of São Paulo (Brazil). *Rev Min Enferm*. 2018;22:e-1131. doi: 10.5935/1415-2762.20180060

21. Almeida-Filho N, Lopes AA, Santana LAA, Santos VP, Coutinho D, Cardoso AJC, et al. Formação Médica na UFSB: II. O Desafio da Profissionalização no Regime de Ciclos. *Revista Bras Educ Med.* 2015;(39):123-34. doi: 10.1590/1981-52712015v39n1e01842014
22. Vieira SP, Pierantoni CR, Magnago C, Ney MS, Miranda RG. A graduação em medicina no Brasil ante os desafios da formação para a Atenção Primária à Saúde. *Saude Debate.* 2018;42(n. esp. 1):189-207. doi: 10.1590/0103-11042018S113
23. Moura DTD, Foltran RS, Fraiz IC, Novak EM. Articulação Entre os Ciclos Básico e Profissionalizante: percepção dos alunos da UFPR. *Rev Bras Educ Med.* 2018;42(1):226-36.
24. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet.* 2010;376(9756):1923-58. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61854-5
25. Barrett B, Charles JW, Temte JL. Climate change, human health, and epidemiological transition. *Prev Med.* 2015;70:69-75. doi: 10.1016/j.ypmed.2014.11.013
26. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO; 2010.
27. Matuda CG, Aguiar DML, Frazão P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. *Saúde Soc.* 2013;22(1):173-86. doi: 10.1590/S0104-12902013000100016
28. Sobral FR, Campos CJG. The use of active methodology in nursing care and teaching in national productions: an integrative review. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(1):208-18.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. A aderência dos cursos de graduação em enfermagem, medicina e odontologia às diretrizes curriculares nacionais. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
30. Cunha MI. Docência na universidade, cultura e avaliação institucional: saberes silenciados em questão. *Rev Bras Educ.* 2006;11(32):258-71.
31. Mesquita SKC, Meneses RMV, Ramos DKR. Metodologias ativas de ensino/aprendizagem: dificuldades de docentes de um curso de enfermagem. *Trab Educ Saúde.* 2016;14(2):473-86. doi: 10.1590/1981-7746-sip00114
32. Deluiz N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. In: Brasil. Ministério da Saúde. Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência. Brasília, DF; 2001. v. 2. p. 7-17.
33. Silva DJ, Ros MA. Inserção de profissionais de Fisioterapia na equipe de Saúde da Família e

Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007;16(6):1673-81. doi: 10.1590/S1413-81232007000600028

34. Seriano KN, Muniz VRC, Carvalho MEIM. Percepção de estudantes do curso de fisioterapia sobre sua formação profissional para atuação na atenção básica no Sistema Único de Saúde. *Fisioter Pesqui*. 2013;20(3):250-5. doi: 10.1590/S1809-29502013000300009

35. Dimenstein M, Macedo JP. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicol Cienc Prof*. 2012;32(spe):232-45. doi: 10.1590/S1414-98932012000500017

36. Reis S, Meneses S. Novo financiamento da atenção básica: possíveis impactos sobre o Nasf-AB. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde [Internet]. 12 fev. 2020 [citado 2021 jul 27]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2020/02/novo-financiamento-da-atencao-basica-impactos-sobre-o-nasf-ab/>

37. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017. *Diário Oficial da União*. 26 fev 2018; seção 1:85-90.

38. Leal GAS, Almeida JRM. Estado, crime organizado e território: poderes paralelos ou convergentes? In: *Proceedings of XIII Jornada do Trabalho* [Internet]. Presidente Prudente, São Paulo (out 9-12); 2012 [citado 2021 jul 27]. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/jtrab/n1/13.pdf>

39. Viana ALD, Uchimura LYT. The regionalization process in Brazil: influence on policy, structure and organization dimensions. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2017;17(suppl 1):17-27. doi: 10.1590/1806-9304201700S100003

40. Viana ALD, Bosquat A, Pereira APCM, Uchimura LYT, Albuquerque MV, Mota PHS, et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde Sociedade*. 2015;24(2):413-22. doi: 10.1590/S0104-12902015000200002

41. Costa NSC. *A formação do nutricionista, educação e contradição*. 2 ed. Goiânia: UFG; 2002.

42. Soares NT, Aguiar ACD. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de nutrição: avanços, lacunas, ambiguidades e perspectivas. *Rev Nutr*. 2010;23(5):895-905.

43. Hüning SM, Silva AK, Silva WVN, Lessa FMS. Formação para o SUS nos cursos de psicologia em Alagoas. *Psicol Estud*. 2013;18(1):157-7.

44. Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. *Relatório Técnico 102: Fortalecimento da gestão do trabalho e da educação na saúde para o SUS: para alcançar o acesso a saúde universal*. Washington: OPAS; 2020.

45. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;2013(3):CD002213. doi: 10.1002/14651858.CD002213.pub3
46. Peduzzi M. O SUS é interprofissional. *Interface*. 2016;20(56):199-201. doi: 10.1590/1807-57622015.0383
47. Magnago C, Pierantoni CR. Dificuldades e estratégias de enfrentamento referentes à gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família, na perspectiva dos gestores locais: a experiência dos municípios do Rio de Janeiro (RJ) e Duque de Caxias (RJ). *Saúde Debate*. 2015;39(104):9-17. doi: 10.1590/0103-110420151040194
48. Silva ATC, Aguiar ME, Winck K, Rodrigues KGW, Sato ME, Grisi SJFE, et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(11):2076-84. doi: 10.1590/S0102-311X2012001100007
49. Bispo JP, Moreira DC. 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*. 2017;33(9):e00108116. doi: 10.1590/0102-311X00108116
50. Dahmer A, Portella FF, Tubelo RA, Mattos LB, Gomes MQ, Costa MR, et al. Regionalização dos conteúdos de um curso de especialização em Saúde da Família, a distância: experiência da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS/UFCSPA) em Porto Alegre, Brasil. *Interface*. 2017;21(61):449-63. doi: 10.1590/1807-57622016.0323
51. Mello GA, Demarzo MMP. Novas escolas médicas e a regionalização. *Novos Caminhos. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil [Nota técnica]* [Internet]. 2015 [citado 2021 jul 29];(3):1-10. Disponível em: [http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/05/Novos\\_Caminhos\\_03\\_Final.pdf](http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2015/05/Novos_Caminhos_03_Final.pdf)
52. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(suppl 2):331-6. doi: 10.1590/S0102-311X2004000800026
53. Silva CBG, Scherer MDA. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. *Interface*. 2020;24:e190840. doi: 10.1590/Interface.190840

#### **Declaração de conflitos e interesses**

Nada a declarar.

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação  
e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de  
Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

[www.conass.org.br/biblioteca](http://www.conass.org.br/biblioteca)



## CAPÍTULO 10

---

# O USO DA META-AVALIAÇÃO A PARTIR DE ESTUDOS PUBLICADOS NA LITERATURA: O CASO DE PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA NO BRASIL

---

*The use of meta-evaluation from studies published in the literature: the case  
of programs to promote physical activity in Brazil*

**Deborah Carvalho Malta<sup>1</sup>**

**Alanna Gomes da Silva<sup>2</sup>**

**Catia Sá Guerreiro<sup>3</sup>**

**Zulmira Hartz<sup>4</sup>**

1. Malta, DC. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública, Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, Brasil. Avenida Professor Alfredo Balena, 190 – Santa Efigênia, Belo Horizonte – MG, 30130-100. Belo Horizonte (MG), Brasil. Telefone: (31) 3409-9871. Orcid: 0000-0002-8214-5734 – E-mail: dcmalta@uol.com.br

2. Silva, AG. Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil. – Orcid: 0000-0003-2587-5658

3. Guerreiro, CS. Universidade Nova de Lisboa (UNL), Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), Global Health and Tropical Medicine (GHTM) – Lisboa, Portugal. Orcid: 0000-0002-0505-2155

4. Hartz, Z. Universidade Nova de Lisboa (UNL), Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), Global Health and Tropical Medicine (GHTM) – Lisboa, Portugal. Orcid: 0000-0001-9780-9428

## Resumo

**Objetivos:** Contribuir para o conhecimento e a difusão da meta-avaliação enquanto estratégia avaliativa, descrevendo conceitos e aspectos metodológicos, e apresentar um exemplo da sua aplicação em processos avaliativos publicados sobre programas de promoção da atividade física. **Métodos:** Trata-se de um ensaio sobre a meta-avaliação. As bases teóricas foram pesquisadas em livros e artigos, que abordassem os aspectos conceituais, metodológicos e operacionais da meta-avaliação. Foi apresentado um exemplo de meta-avaliação de Programas Comunitários de Atividade Física no Brasil, feita a partir de estudos avaliativos provenientes da literatura. **Resultados:** A meta-avaliação consiste em um processo de delineamento, obtenção e aplicação de informações descritivas e de julgamento. A sua operacionalização exige um conjunto de procedimentos, permitindo atribuir valor sobre a qualidade das avaliações. Assim, podem-se seguir seis passos metodológicos: Planejamento; Levantamento do material a ser meta-avaliado; Seleção dos Princípios e Padrões; Classificação dos padrões; Requalificação dos padrões; Síntese dos resultados. Foram aplicados os princípios de utilidade, factibilidade, propriedade, acurácia e especificidade no programa de atividade física meta-avaliado, que apresentou alta qualidade. **Considerações finais:** A meta-avaliação pode ser uma ferramenta útil, em especial, quando se trata de temas e contextos já avançados na produção de avaliações prévias. A meta-avaliação contribuirá para o julgamento da qualidade dos processos avaliativos, a adequação e a utilidade de suas aplicações.

**Palavras-chave:** Avaliação de programas e projetos de saúde. Atividade motora. Promoção da saúde. Estudo de avaliação.

## Abstract

**Objectives:** Contribute to the knowledge and dissemination of meta-evaluation as an evaluative strategy, describing concepts and methodological aspects and present an example of its application in evaluation processes published on programs to promote physical activity. **Methods:** This is an essay on meta-evaluation. The theoretical bases were researched in books and articles that addressed the conceptual, methodological and operational aspects of meta-evaluation. An example of a meta-evaluation of Community Physical Activity Programs in Brazil, based on evaluative studies from the literature, was presented. **Results:** Meta-evaluation consists of a process of designing, obtaining and applying descriptive and judgmental information. Its operationalization requires a set of procedures, allowing to attribute value to the quality of assessments. Thus, six methodological steps can be followed: Planning; Survey of the material to be meta-evaluated; Selection of Principles and Standards; Classification of patterns; Requalification of

standards; Summary of results. The principles of utility, feasibility, property, accuracy and specificity were applied in the meta-evaluated physical activity program, which showed high quality. **Final considerations:** Meta-evaluation can be a useful tool, especially when it comes to themes and contexts that have already advanced in the production of previous evaluations. The meta-evaluation will contribute to the judgment of the quality of the evaluation processes, the adequacy and usefulness of its application.

**Keywords:** Program evaluation. Motor activity. Health promotion. Evaluation study.

## Résumé

**Objectifs:** Contribuer à la connaissance et à la diffusion de la méta-évaluation comme stratégie évaluative, en décrivant les concepts et les aspects méthodologiques et présenter un exemple de son application dans les processus d'évaluation publiés sur les programmes de promotion de l'activité physique. **Méthodes:** Il s'agit d'un essai sur la méta-évaluation. Les bases théoriques ont été recherchées dans des livres et des articles traitant des aspects conceptuels, méthodologiques et opérationnels de la méta-évaluation. Un exemple d'une méta-évaluation des programmes communautaires d'activité physique au Brésil, basée sur des études d'évaluation de la littérature, a été présenté.

**Résultats:** La méta-évaluation consiste en un processus de conception, d'obtention et d'application d'informations descriptives et de jugement. Son opérationnalisation nécessite un ensemble de procédures, permettant de valoriser la qualité des évaluations. Ainsi, six étapes méthodologiques peuvent être suivies: Planification; Enquête sur le matériel à méta-évaluer; Sélection de principes et de normes; Classification des motifs; Requalification des normes; Résumé des résultats. Les principes d'utilité, de faisabilité, de propriété, d'exactitude et de spécificité ont été appliqués dans le programme d'activité physique méta-évalué, qui a montré une grande qualité. **Considérations finales:** La méta-évaluation peut être un outil utile, en particulier lorsqu'il s'agit de thèmes et de contextes qui ont déjà avancé dans la production des évaluations précédentes. La méta-évaluation contribuera au jugement de la qualité des processus d'évaluation, de l'adéquation et de l'utilité de son application.

**Mots-clés:** Évaluation de programme. Activité mortice. Promotion de la santé. Étude d'évaluation.

## ANTECEDENTES DO CAPÍTULO

A proposta deste capítulo surgiu como forma de prestar uma homenagem à nossa grande mestra Zulmira Hartz, que nos inspira sempre. Zulmira Hartz é referência internacional na área de avaliação, sendo liderança global em metodologias avaliativas e

meta-avaliação. Foi pioneira ao propor os padrões de especificidade, direcionados para meta-avaliação de intervenções de promoção da saúde e pela utilização dos princípios e padrões da meta-avaliação em estudos provenientes da literatura.

Zulmira, participou direta ou indiretamente das propostas metodológicas de meta-avaliação que iremos descrever neste capítulo. Ela foi supervisora de Deborah Carvalho Malta no estágio pós-doutoral, no Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), da Universidade Nova de Lisboa (UNL), em Portugal, em 2019; foi orientadora de Catia Sá Guerreiro no estudo meta-avaliativo do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário da República da Guiné-Bissau<sup>1</sup>; e, também, inspirou a proposta metodológica da meta-avaliação dos Programas de Atividade Física no Brasil, a partir de estudos provenientes da literatura, que resultou na tese de doutorado de Alanna Gomes da Silva (2021).

O presente capítulo atualiza a versão anterior do artigo “Contextualizando a influência das avaliações: um ensaio meta-avaliativo com ênfase na utilidade e responsabilidade”<sup>2</sup> e amplia apresentando um exemplo da realização de uma meta-avaliação do Programa Academia da Saúde (PAS) e do Programa Academia da Cidade (PAC), a partir de estudos avaliativos publicados<sup>3</sup>. Zulmira Hartz participou ativamente da concepção, redação e revisão do artigo supracitado e nos inspirou na metodologia a ser empregada na meta-avaliação de estudos provenientes da literatura. Portanto, ela se mantém na coautoria deste capítulo, cuja obra continuará sempre nos inspirando e orientando.

## INTRODUÇÃO

Avaliar consiste na emissão de juízos, valores, e sua aplicação visa identificar problemas, introduzir mudanças, gerando sugestões para tomada de decisão<sup>4,5</sup>. A avaliação tem sido cada vez mais introduzida na gestão e na academia, a qual consiste na determinação sistemática da qualidade ou valor de algum programa, serviço ou plano de ação<sup>4</sup>.

O crescimento do uso da avaliação decorre da compreensão da sua contribuição no aperfeiçoamento dos processos de gestão, da sua capacidade em contribuir para a melhoria das práticas. Essa expansão também se mede na ampliação dos grupos de pesquisa e de suas produções. Portanto, torna-se um desafio verificar a adequação desses processos avaliativos<sup>5</sup>.

Nesse sentido, justifica-se o emprego da meta-avaliação para verificar a qualidade dos processos avaliativos e das metodologias empregadas<sup>2,4,5</sup>. Esse método, embora de grande utilidade, diante do crescimento dos estudos no campo, ainda não foi plenamente incorporado nos processos avaliativos, tornando-se oportuno avançar na sua compreensão<sup>1</sup>. Assim, este capítulo buscou descrever o uso da meta-avaliação, quanto aos seus conceitos e métodos, além de apresentar um exemplo da sua aplicação

em processos avaliativos publicados sobre programas de promoção da atividade física. Pretende-se, dessa forma, contribuir para a difusão do método.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um ensaio, que visa aprofundar o debate sobre o tema por meio da exposição das ideias e pontos de vista, de forma lógica e reflexiva, sem se tornar exaustiva<sup>6</sup>.

Realizaram-se as buscas em livros e artigos publicados nos idiomas inglês, português e espanhol, independentemente do ano de publicação, que abordassem a meta-avaliação sobre os aspectos conceituais, metodológicos e operacionais. Excluíram-se textos completos não disponíveis e trabalhos acadêmicos, como monografias, dissertações e teses. Buscou-se ainda descrever de forma sintética a utilização da meta-avaliação a partir de estudos avaliativos do PAS e do PAC, provenientes da literatura.

## RESULTADOS

### Conceito

A meta-avaliação pode ser descrita como “uma avaliação de uma avaliação” e consiste em um processo de delineamento, obtenção e aplicação de informações descritivas e de julgamento sobre a utilidade, a viabilidade, a adequação e a precisão de uma avaliação, para orientar o processo avaliativo, e, assim, ajudar a determinar a qualidade dos processos, serviços e resultados das avaliações<sup>7</sup>. Dessa forma, a partir da aplicação da meta-avaliação, divulgam-se os pontos fortes e fracos das avaliações anteriores, constituindo um método para a certificação da qualidade<sup>8,9</sup>.

Cabe ainda destacar que a meta-avaliação consiste no exame dos métodos e informações fornecidos por um ou mais estudos avaliativos, visando ao julgamento sobre a qualidade, mérito e valor da avaliação<sup>10,11</sup>.

A meta-avaliação é fundamentada em padrões e critérios propostos e validados pelas associações profissionais e outros órgãos auditores<sup>1,10,12</sup>. Ela pode ser aplicada em programas, projetos, produtos, sistemas, instituições, teorias, entre outros<sup>5</sup>.

Para o desenvolvimento de uma meta-avaliação, a Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (JCSEE) publicou, em 2010, uma nova revisão dos padrões e princípios, constituídos por 30 padrões agrupados em 5 princípios (utilidade, factibilidade, propriedade, acurácia e responsabilidade)<sup>13</sup>.

Um grande avanço para meta-avaliação foi a definição e a introdução de um sexto princípio, o princípio de especificidade, por Hartz e colaboradores em 2008, sendo este direcionado para intervenções comunitárias de promoção da saúde. O princípio de espe-

cificidade é composto por cinco padrões (teoria e mecanismos de mudança, capacidade comunitária, avaliação multiestratégica, responsabilização e práticas eficientes)<sup>14</sup>.

Destaca-se que a meta-avaliação é realizada após finalizado o processo avaliativo ou com a avaliação ainda em curso, sendo que a metodologia empregada na sua condução poderá variar. É possível empregar todo o material disponível referente à avaliação, tais como relatórios finais, bancos de dados coletados, documentação, registros e até mesmo depoimentos dos atores que participaram ou conduziram a avaliação<sup>8,15,16</sup>, e reanalisar os processos avaliativos. Outra estratégia consiste em conduzir a meta-avaliação a partir de estudos avaliativos provenientes da literatura. Em muitos casos, essa estratégia representa limites, como, por exemplo, o acesso aos relatórios das avaliações, ficando restrita a sua abrangência aos estudos publicados<sup>14,17,18</sup>. Entretanto, constitui também uma oportunidade de ampliar a utilização da meta-avaliação, em especial, quando objeto apresenta ampla dimensão, já tendo sido conduzidos diversos estudos avaliativos anteriores, por diferentes equipes e grupos de avaliação, como é o caso dos programas nacionais de promoção de saúde, como o PAS e o PAC.

Espera-se que a meta-avaliação especifique seu referencial teórico para permitir que os diversos públicos e avaliadores sigam os passos, podendo discutir suas descobertas e julgamentos<sup>19</sup>.

## **Passos para realização de uma meta-avaliação**

A aplicação da meta-avaliação exige um conjunto de procedimentos, padrões e critérios para o seu julgamento, pois emitirá valor sobre a qualidade das avaliações<sup>1,8</sup>. Nesse sentido, a seguir, são descritos os passos metodológicos que podem auxiliar na condução de uma meta-avaliação, provenientes de estudos avaliativos da literatura.

### *Passo 1 – Planejamento*

O planejamento da meta-avaliação inclui inicialmente a escolha do objeto que será meta-avaliado, a partir disso, define o tipo de meta-avaliação que será aplicada (somativa ou de estudos da literatura). Nessa fase, torna-se também importante definir a equipe que a conduzirá e os objetivos da meta-avaliação.

### *Passo 2 – Levantamento do material a ser meta-avaliado*

Após o planejamento, deve-se iniciar o levantamento do material a ser meta-avaliado. Caso seja uma meta-avaliação somativa, é preciso obter todo o material original referente à avaliação. Já a de estudos avaliativos provenientes da literatura, será preci-



### *Passo 3 – Seleção dos Princípios e Padrões*

A aplicação dos princípios e padrões é essencial e determinante para a qualidade de um estudo avaliativo e apoia o julgamento de cada avaliação, além de padronizar os processos, possibilitando comparações e conclusões<sup>8</sup>.

Os princípios e padrões podem ser selecionados de acordo com os conteúdos das avaliações<sup>3</sup>. Portanto, com os estudos, relatórios ou documentos já selecionados, devem-se escolher os princípios e os respectivos padrões que melhor se adequem.

Como mencionado anteriormente, o marco conceitual mais difundido e utilizado para desenvolver uma meta-avaliação é o da JCSEE<sup>13</sup>; e para as intervenções comunitárias de promoção da saúde, o de Hartz e colaboradores<sup>14</sup>. O Quadro 1 apresenta os princípios e padrões, bem como suas definições textuais, de acordo com JCSEE e Hartz e colaboradores.

Quadro 1. Princípios e padrões para meta-avaliação<sup>13,14</sup>

PRINCÍPIO	PADRÃO
<b>UTILIDADE</b> (atende às necessidades de informação das partes interessadas)	U1 – Credibilidade do avaliador U2 – Atenção aos interessados U3 – Propósitos negociados U4 – Valores explícitos/Identificação dos valores U5 – Informações Relevantes U6 – Processos e Produtos Significativos U7 – Comunicações e relatórios apropriados e no prazo/Impacto da avaliação U8 – Preocupação com as consequências e a influência
<b>FACTIBILIDADE ou VIABILIDADE</b> (a avaliação é realista, realizada sem gastos desnecessários, potenciando a eficácia e a eficiência da avaliação)	F1 – Gerenciamento de projetos F2 – Procedimentos práticos F3 – Viabilidade do contexto F4 – Uso dos recursos
<b>PROPRIEDADE</b> (visam assegurar que uma avaliação é conduzida de acordo com normas legais e éticas, respeitando o bem-estar das pessoas envolvidas na avaliação e daqueles que venham a ser afetadas pelos seus resultados)	P1 – Orientação Responsiva e Inclusiva/Orientação para o serviço P2 – Acordos Formais P3 – Direitos humanos e respeito P4 – Clareza e equidade (justiça) P5 – Transparência e abertura P6 – Conflitos de Interesse P7 – Responsabilidade Fiscal

PRINCÍPIO	PADRÃO
<p><b>PRECISÃO / ACURÁCIA</b></p> <p>(tem como objetivo aumentar a confiabilidade e a veracidade da avaliação, representações, proposições e descobertas, especialmente aquelas que apoiam interpretações e julgamentos sobre qualidade)</p>	<p>A1 – Conclusões e decisões justificadas</p> <p>A2 – Informações válidas</p> <p>A3 – Informações confiáveis</p> <p>A4 – Explicitação das decisões e propósito do contexto</p> <p>A5 – Gerenciamento das informações</p> <p>A6 – Análise e planos sólidos</p> <p>A7 – Explicitação do raciocínio da avaliação</p> <p>A8 – Comunicação e relatórios</p>
<p><b>RESPONSABILIDADE</b></p> <p>(os padrões de responsabilidade da avaliação encorajam documentação das avaliações e uma perspectiva meta-avaliativa focada na melhoria e responsabilidade pela avaliação de processos e produtos)</p>	<p>E1 – Documentação de avaliação</p> <p>E2 – Meta-avaliação interna</p> <p>E3 – Meta-avaliação externa</p>
<p><b>ESPECIFICIDADE</b></p> <p>(verifica se a avaliação foi teorizada de acordo com princípios de promoção da saúde)</p>	<p>E1 – Teoria e mecanismos de mudança</p> <p>E2 – Capacidade comunitária</p> <p>E3 – Avaliação multiestratégica</p> <p>E4 – Responsabilização</p> <p>E5 – Práticas eficientes</p>

Fonte: JCSEE<sup>13</sup>, Hartz et al.<sup>14</sup>.

#### *Passo 4 – Classificação dos padrões*

Após selecionados os princípios e os padrões, será feita a classificação dos estudos, relatórios ou documentos referentes às avaliações.

Trata-se de um procedimento complexo, que consiste na atribuição de valor a cada padrão, podendo estar impregnado de subjetividade caso não sejam aplicadas técnicas adequadas. Assim, para reduzir a subjetividade, o avaliador deve buscar todas as informações inerentes ao objeto. Quando a meta-avaliação for realizada mediante revisão da literatura, os artigos devem ser avaliados com todas as informações disponíveis<sup>14</sup>.

Torna-se importante ressaltar que a escolha dos padrões estará relacionada com os conteúdos encontrados nos estudos, relatórios e dos programas – após a seleção dos artigos e análises dos conteúdos/resultados. Por isso, as meta-avaliações terão variações nas escolhas dos padrões, visto que será conduzida segundo a análise de conteúdo dos resultados encontrados previamente.

Stufflebeam<sup>22</sup> criou uma lista de verificação dos padrões que possibilita julgar o nível de atendimento do conteúdo avaliado em relação a cada padrão. A lista consiste

em uma escala quantitativa de 0 a 10 que deve ser aplicada para cada um dos padrões selecionados, de acordo com a classificação: excelente (9 – 10); muito bom (7 – 8); bom (5 – 6); razoável (3 – 4); fraco (0 – 2).

É importante que essa classificação seja feita por, pelo menos, dois avaliadores de forma independente; e, após, os resultados devem ser conferidos, e as divergências, resolvidas por consenso<sup>2</sup>.

O meta-avaliador deverá assinalar seu julgamento relativo a cada padrão na lista de verificação após analisar o conteúdo do relatório de avaliação. Se vários avaliadores julgarem um mesmo relatório, os resultados assinalados devem ser confrontados, e as discrepâncias devem ser discutidas para chegar a um consenso<sup>8</sup>.

### *Passo 5 – Requalificação dos padrões*

Após a qualificação dos padrões, faz-se uma requalificação, que consiste no cálculo das médias das pontuações dos padrões e as respectivas proporcionalidades. Assim, tem-se uma nova classificação por princípio da avaliação. Essa requalificação também pode ser baseada, conforme Stufflebeam, que requalifica de acordo com os percentuais: 100% a 93% (Excelente); 92% a 68% (Muito bom); 67% a 50% (Bom); 49% a 25% (Razoável); <25% (Fraco)<sup>22</sup>.

Considera-se que uma avaliação seja falha se pontuar em “Fraco” (0-2) nos padrões: P1 – Orientação Responsiva e Inclusiva, A1 – Conclusões e decisões justificadas, A2 – Informações válidas e A8 – Comunicação e Relatórios<sup>22</sup>.

### *Passo 6 – Síntese dos resultados*

Dando sequência ao processo, os achados devem ser sintetizados, buscando-se responder se as avaliações atenderam aos padrões previamente descritos, visando ao julgamento da qualidade das avaliações. O resultado consiste em uma síntese sucinta da pesquisa<sup>18</sup>.

Na síntese, as seguintes perguntas devem ser respondidas: as avaliações cumpriram os requisitos de qualidade? As avaliações contribuíram com as necessidades do público pelas informações válidas? As avaliações estão em conformidades com os princípios e padrões de meta-avaliação que foram selecionados? O que sugerem os resultados das avaliações? Quais as principais descobertas?

Após responder a essas questões, deve-se proceder a uma revisão narrativa dos achados, à discussão baseada na literatura e às principais conclusões das avaliações. Cabe discutir os resultados obtidos com a equipe do programa, com o avaliador, com os grupos de interesse e preparar o plano de comunicação dos resultados<sup>18</sup>.

### *Exemplo da aplicação da meta-avaliação a partir de estudos avaliativos realizados em Programas Comunitários de Atividade Física no Brasil*

Um exemplo da aplicação da meta-avaliação foi conduzido pelas autoras Silva, Guerreiro e Malta<sup>3</sup>, a partir de estudos avaliativos realizados em Programas Comunitários de Atividade Física no Brasil.

Inicialmente, foi escolhido o objeto a ser meta-avaliado. No eixo de promoção da saúde, referente ao plano nacional de enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), o Ministério da Saúde (MS) do Brasil implementou e apoiou diversas políticas e programas para o controle e prevenção dessas doenças e dos seus Fatores de Risco (FR). Dentre eles, destacam-se os programas comunitários de atividade física, como o PAS e o PAC. Optou-se por avaliar a implementação desses programas por serem consolidados e promissores, e, especialmente, por já terem sido realizadas diversas avaliações qualitativas e quantitativas, o que permitiu a realização da meta-avaliação. Após a escolha do programa, deu-se início à busca e à organização do material a ser meta-avaliado, realizadas por meio da revisão de escopo. Detalhes dessa revisão podem ser obtidos na publicação de Silva, Prates e Malta<sup>21</sup>.

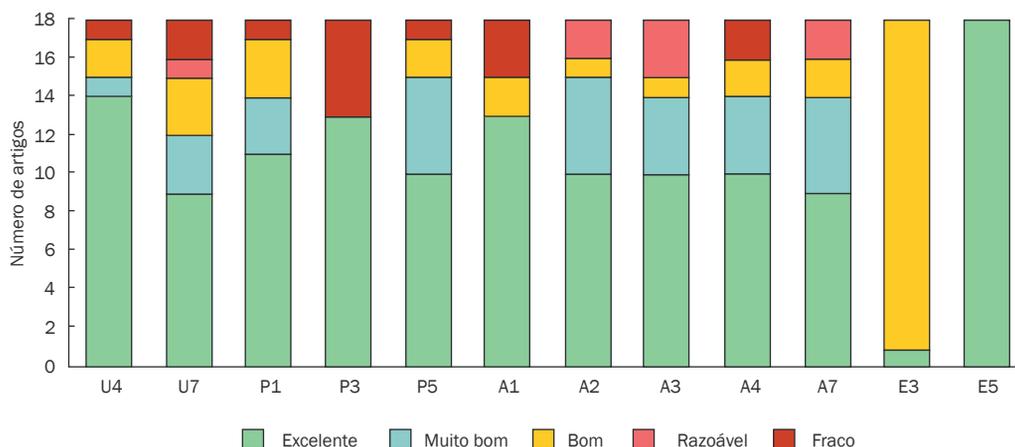
A partir dessa revisão de escopo, foram selecionados 24 estudos<sup>21</sup>. Contudo, para meta-avaliação, foram excluídos 6 estudos, assim, 18 foram incluídos, sendo esses na modalidade de artigo, para possibilitar a comparação dos resultados<sup>3</sup>.

Os princípios e os padrões foram selecionados com base no conteúdo desses 18 estudos. Dessa forma, utilizaram-se quatro princípios e dez padrões da JCSEE<sup>13</sup>, acrescidos de dois padrões de especificidade de Hartz e colaboradores<sup>14</sup>, a saber: Utilidade (U4 – Valores explícitos e U7 – Impacto da avaliação); Propriedade (P1 – Orientação para o serviço, P3 – Direitos humanos e respeito e P5 – Transparência e abertura); Acurácia (A1 – Conclusões e decisões justificadas, A2 – Informações válidas, A3 – Informações confiáveis, A4 – Explicitação das decisões e propósito do contexto e A7 – Explicitação do raciocínio da avaliação); Especificidade (E3 – Avaliação multiestratégica e E5 – Práticas eficientes).

Como mencionado anteriormente, também foi feita a classificação dos padrões e, posteriormente, a requalificação, ambos de acordo com a lista de verificação de Stufflebeam<sup>22</sup>.

Pela classificação dos padrões e princípios, em geral, a maioria dos estudos avaliativos realizados no PAC e no PAS foram classificados como excelentes ou muito bons, portanto, as avaliações desses programas apresentaram alta qualidade, atendendo de forma satisfatória aos princípios de Utilidade, Propriedade, Acurácia e Especificidade (Figura 2).

Figura 2. Meta-avaliação de Programas de Atividade Física e a classificação dos artigos, de acordo com os padrões (n=18)



Fonte: Silva, Guerreiro, Malta<sup>3</sup>.

Legenda: Utilidade (U4 – Valores explícitos e U7 – Impacto da avaliação); Propriedade (P1 – Orientação para o serviço, P3 – Direitos humanos e respeito e P5 – Transparência e abertura); Acurácia (A1 – Conclusões e decisões justificadas, A2 – Informações válidas, A3 – Informações confiáveis, A4 – Explicitação das decisões e propósito do contexto e A7 – Explicitação do raciocínio da avaliação); Especificidade (E3 – Avaliação multiestratégica e E5 – Práticas eficientes).

Os resultados possibilitaram ampliar a compreensão sobre as avaliações que foram realizadas no PAC e no PAS, além de aprimorar as reflexões quanto às práticas avaliativas – além de evidenciar a organização do processo avaliativo, incluindo a escolha do objeto a ser avaliado, dos atores envolvidos, dos indicadores, das abordagens e a coleta de dados.

## DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta as definições operacionais, os princípios e os padrões da meta-avaliação, além de expor um exemplo prático de sua aplicação, utilizando estudos avaliativos provenientes da literatura sobre os programas de promoção da atividade física.

A meta-avaliação consiste no julgamento e na síntese de estudos avaliativos, visa assegurar a qualidade destes e permite avançar na compreensão das limitações e potencialidades dos estudos realizados, aumentando a credibilidade dos programas meta-avaliados, bem como a divulgação dos resultados obtidos<sup>1,23</sup>. Hartz<sup>14</sup> destaca que a meta-avaliação realça se foram seguidos os pré-requisitos dos estudos avaliativos, ou seja, sua adequação (mérito) e a necessidade de gerar informações aos interessados (valor). Portanto, a meta-avaliação tem também um caráter pedagógico ao julgar a qualidade dos processos avaliativos e, assim, buscar seu aperfeiçoamento<sup>22</sup>.

A aplicação dos princípios e padrões avaliativos busca o maior envolvimento dos interessados no processo avaliativo, a explicitação dos conflitos de interes-

ses, a ampliação da credibilidade do processo avaliativo, o suporte nas melhores evidências, a proteção de informações confidenciais e o uso de metodologias adequadas, que garantam a qualidade dos relatórios e conclusões<sup>22</sup>. Destaca-se que o critério de seleção dos padrões pode variar de acordo com o que é considerado relevante para julgar a qualidade técnica das avaliações, além de variar conforme os objetivos, o contexto e o escopo da avaliação.

Hartz e colaboradores<sup>14</sup> foram pioneiros na realização de estudos meta-avaliativos, a partir de estudos avaliativos, concretamente de Intervenções Comunitárias de Promoção da Saúde. Assim, realizaram inicialmente uma revisão sistemática da literatura para selecionar os estudos, utilizaram quatro princípios da JCSEE (utilidade, factibilidade, propriedade e acurácia), juntamente com os padrões de especificidade, direcionados para meta-avaliação de intervenções comunitárias de promoção da saúde (E1 – teoria e mecanismos de mudança; E2 – capacidade comunitária; E3 – avaliação multiestratégica; E4 – responsabilização; e E5 – práticas eficientes).

A meta-avaliação, a partir de estudos publicados na literatura, tem sido realizada com sucesso por outros pesquisadores<sup>24</sup>, tendo em vista a possibilidade de agregar credibilidade aos resultados apresentados, especialmente ao analisar toda a estrutura dos estudos – além de permitir uma visão mais ampla, tanto da qualidade, validade e mérito dos estudos quanto do objeto que foi avaliado.

Destaca-se ainda que foi possível realizar o estudo de meta-avaliação apresentado como exemplo neste capítulo em função de uma grande indução da prática avaliativa pelo MS, que possibilitou a construção de importantes evidências sobre o tema, além das inúmeras publicações sobre os resultados das avaliações<sup>25,26</sup>. Portanto, ao escolher o objeto que será meta-avaliado, deve-se certificar que existem estudos publicados, relatório ou outros documentos relacionados com o processo avaliativo realizado previamente.

O processo de investimento nas avaliações dos programas de atividade física no Brasil teve início em 2006, mediante parceria firmada entre o MS, com diversas universidades brasileiras e com o Center For Disease Control (CDC) norte-americano, no contexto do Projeto Guia (Guia Útil para Intervenções em Atividade Física na América Latina), responsável por diversas avaliações conduzidas em Recife, Aracaju, Belo Horizonte e Vitória<sup>25,26</sup>. Na sequência, em 2011, nova indução foi realizada pelo MS, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), o qual aprovou um projeto para avaliar o recém-criado PAS. Por meio de parceria firmada com diversas universidades brasileiras, ocorreu um crescimento de processos avaliativos para determinar a efetividade, a implantação e a implementação desses programas de promoção da saúde<sup>27</sup>.

A consolidação e a ampliação das políticas públicas no campo da promoção da saúde e da avaliação possibilitaram a construção de uma base de informações e evidências que contribuirão para o avanço da promoção da saúde no SUS, para adoção de melhores práticas e, também, para ampliação da adesão da comunidade aos programas. Destaca-se a importância de políticas públicas apoiadas em evidências que tornou possível avançar em torno da meta-avaliação do PAC e do PAS.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A meta-avaliação pode ser uma ferramenta útil, em especial, quando se trata de temas e contextos já avançados na produção de avaliações prévias. A meta-avaliação contribuirá para o julgamento da qualidade dos processos avaliativos, para a adequação e a utilidade da sua aplicação. Sua aplicação deve ser conduzida por avaliadores experientes, adaptada ao contexto local. Assim, a aplicação dos padrões não deve ser mecânica, mas adaptada por cada avaliador ao seu contexto. Destaca-se ainda a sua articulação com a gestão, estabelecendo um julgamento de valor, visando subsidiar eventuais tomadas de decisão. Essencialmente, o que se busca é definir a utilidade do programa, do objeto avaliado e como poderá apoiar o processo de decisão.

A meta-avaliação dos programas comunitários de atividade física do Brasil, pela aplicação dos princípios de utilidade, factibilidade, propriedade, acurácia e especificidade, revelou que a maioria dos estudos avaliativos publicados sobre o PAS e o PAC apresentaram alta qualidade, pois foram classificados em excelentes ou muito bons.

Os princípios meta-avaliativos exigem que as avaliações sejam sistemáticas, com objetivos bem delimitados e rigor metodológico, que sejam conduzidas por avaliadores competentes e honestos, que respeitem todas as pessoas envolvidas na avaliação, levando em consideração a diversidade de interesses e valores que podem estar relacionados com o bem-estar geral e público. Assim, essas características foram observadas nos estudos avaliativos do PAS e do PAC, provenientes da literatura.

## **Referências**

1. Guerreiro CS, Ferrinho P, Hartz ZMA. Avaliação em saúde na República da Guiné-Bissau: uma meta-avaliação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário. *Saúde em Debate*. 2018;42:549-65.
2. Malta DC, Silva AG, Guerreiro, CS, Hartz ZMA. Contextualizando a influência das avaliações: um ensaio meta-avaliativo com ênfase na utilidade e responsabilidade. *An Inst Hig Med Trop*. 2019;(Supl.1):57-69.

3. Silva AG. Avaliação do alcance das metas para a prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis e da implementação de programas comunitários de atividade física no Brasil [tese]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais; 2021.
4. Hartz Z. Meta-avaliação da atenção básica à saúde – teoria e prática. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008, 410p.
5. Stufflebeam DL. The metaevaluation imperative. *Am J Eval.* 2001;22(2):183-209.
6. Silveira R. Um exame da organização textual de ensaios científicos. *Revista Estudos Linguísticos.* 1992;21:1244-52.
7. Cooksy LJ, Caracelli VJ. Meta-evaluation in Practice. *J Multidiscip Eval.* 2009;6(11):1-15.
8. Elliot LG. Metaevaluation: from approaches to possibilities of application. *Ensaio: Aval Pol Públ Educ.* 2011;19(73):941-64.
9. Scriven M. *Evaluation thesaurus.* 4th. ed. Newbury Park, CA: Sage; 1991.
10. Joint Committee on Standards for Educational Evaluation. *The program evaluation standards: a guide for evaluators and evaluation users: a guide for evaluators and evaluation users.* 3rd. ed. Thousands Oaks, CA: Sage; 2011.
11. Scott-Little C, Hamann MS, Jurs SG. Evaluations of after-school programs: A meta-evaluation of methodologies and narrative synthesis of findings. *Am J Eval.* 2020;23(4):387-419.
12. Hartz ZMA. Meta-avaliação da gestão em saúde: desafios para uma “nova saúde pública”. *Ciênc Saúde Colet.* 2012;17:832-34.
13. Yarbrough DB, Shula LM, Hopson RK, Caruthers FA. *The Program Evaluation Standards: A guide for evaluators and evaluation users.* 3rd ed. Thousand O., Califórnia: Sage; 2010.
14. Hartz Z, Goldberg C, Figueiro AC, Potvin L. Multi-strategy in the Evaluation of Health Promotion Community Interventions: An Indicator of Quality. In: Potvin L, McQueen D. *Health Promotion Evaluation Practices in the Americas.* Switzerland: Springer; 2008. p. 253-68.
15. Figueiró AC, Felisberto E, Samico I. Avaliando as Avaliações: Meta-avaliação, uma Introdução ao Tema. In: Samico, I, et al. *Avaliação em Saúde: Bases conceituais e operacionais.* Rio de Janeiro: MedBook; 2010. cap. 12, p. 161-70.
16. Stufflebeam DL. Meta-Evaluation. *J Multidiscip Eval.* 2011;7(15):99-158.
17. Sheikhbardsiri H, Yarmohammadian MH, Khankeh HR, Nekoei-Moghadam M, Raeisi AR. Meta-evaluation of published studies on evaluation of health disaster preparedness exercises through a systematic review. *J Educ Health Promot.* 2018;7.

18. Cazarin G, Machado JEC, Lemos EC, Figueiró AC, Dias SF. Meta-avaliação de intervenções comunitárias de promoção da atividade física. *J Manag Prim Health Care*. 2020;12:1-22.
19. Figueiró AC, Hartz ZMA, Thuler LCS, Dias ALF. Meta-evaluation of baseline studies of the Brazilian Family Health Strategy Expansion Project: a participatory and formative approach. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(12):2270-78.
20. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8:19-32.
21. Silva AG, Prates EJS, Malta DC. Avaliação de programas comunitários de atividade física no Brasil: uma revisão de escopo. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(5).
22. Stufflebeam DL. Program evaluations summary metaevaluation checklist [Internet]. 2012 [cited 2021 ago 27]:1-12. Available from: [https://usaidlearninglab.org/sites/default/files/resource/files/mod3\\_summary\\_meta\\_evaluation\\_checklist\\_1.pdf](https://usaidlearninglab.org/sites/default/files/resource/files/mod3_summary_meta_evaluation_checklist_1.pdf)
23. Furtado JP, Laperrière H. Parâmetros e paradigmas em meta-avaliação: uma revisão exploratória e reflexiva. *Cad Saúde Pública*. 2012;17:695-705.
24. Cazarin G, Machado JEC, Lemos EC, Figueiró AC, Dias SF. Meta-avaliação de intervenções comunitárias de promoção da atividade física. *J Manag Prim Heal Care*. 2020;12:1-22.
25. Pratt M, Brownson RC, Ramos LR, Malta DC, Hallal PC, Reis RS, et al. Project GUIA: A Model for Understanding and Promoting Physical Activity in Brazil and Latin America. *J Phys Act Health*. 2010;7(s2):S131-4.
26. Malta DC, Castro AM, Gosch CS, Cruz DKA, Bressan A, Nogueira JD, et al. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiol Serv Saúde*. 2009;18:79-86.
27. Malta DC, Mielke GI, Costa NCP. Pesquisas de avaliação do Programa Academia da Saúde. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde; 2020.

---

# MODELO DE META-AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: LIÇÕES APRENDIDAS COM A AVALIAÇÃO EXTERNA DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)

---

*Primary Health Care Meta-Evaluation Model: lessons from External Evaluation of Brazil's National Program for Improving Primary Care Access and Quality (PMAQ-AB)*

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

**Paulo de Medeiros Rocha<sup>2</sup>**

**Oswaldo de Goes Bay Júnior<sup>3</sup>**

**Nadja de Sá Pinto Dantas Rocha<sup>4</sup>**

**Marize Barros de Souza<sup>5</sup>**

**Themis Xavier de Albuquerque Pinheiro<sup>6</sup>**

1. Uchôa, SAC. Pós-doutorado pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, IHMT, Portugal. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Departamento de Saúde Coletiva – Natal (RN), Brasil. – E-mail: alicedacostauchoa@gmail.com

2. Rocha, PM. Pós-doutorado pelo Instituto de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Departamento de Saúde Coletiva – Natal (RN), Brasil.

3. Oswaldo de Goes Bay Júnior, Doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Natal (RN), Brasil. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi (FACISA) – Santa Cruz (RN), Brasil.

4. Rocha, NSPD. Doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Natal (RN), Brasil. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Departamento de Saúde Coletiva – Natal (RN), Brasil.

5. Souza, MB. Doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Natal (RN), Brasil. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Faculdade de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (ESUFRN) – Natal (RN), Brasil.

6. Pinheiro, TXA. Doutorado em Saúde Pública pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ), Brasil. Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Departamento de Saúde Coletiva – Natal (RN), Brasil.

## Resumo

O objetivo deste estudo foi criar um modelo de meta-avaliação da Atenção Primária à Saúde, aplicado à Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, assim como discutir as lições aprendidas em sua construção. Trata-se de pesquisa qualitativa desenvolvida em Natal/RN, Brasil, entre agosto de 2018 e março de 2019. Baseou-se em revisão da literatura incluindo padrões de qualidade do Joint Committee on Standards for Educational Evaluation; análise do documento Introduction to Program Evaluation for Public Health Programs: A Self-StudyGuide e do Manual Instrutivo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade. As etapas de construção foram elaboração, pactuação, validação e consulta aos *stakeholders*. Os resultados mostraram mudanças no contexto político de favorável a restritivo; coerência com pressupostos meta-avaliativos e pesquisa qualitativa, pactuação entre meta-avaliadores, gestores e avaliadores das universidades participantes do programa, validação por *experts*. Para literacia da meta-avaliação, os *stakeholders* indicaram elaboração de manuais; processos de educação permanente; oficinas, seminários e fóruns *on-line*, além de criação de rede de meta-avaliação. Conclui-se que o modelo é coerente à meta-avaliação da Avaliação Externa e, com adequações necessárias, útil e aplicável a outros contextos avaliativos da Atenção Primária à Saúde, incluindo o pós-covid-19.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Avaliação em saúde. Política de saúde.

## Abstract

The study aimed to create a meta-evaluation model for Primary Health Care applied in the External Evaluation of Access and Quality Improvement Program and discuss lessons learned in the process. We conducted a qualitative study in Natal/RN (Brazil) between August 2018 and March 2019. Literature review included quality standards from the Joint Committee on Standards for Educational Evaluation for Public Health Programs: A Self-Study Guide and examination of Access and Quality Improvement Program Instructional Manual. Steps for developing the study were elaboration, agreement, validation, and consultation with stakeholders. Results showed changes in political context from favorable to restrictive; consistency with meta-evaluative assumptions and qualitative research; agreement between meta-evaluators, managers, and evaluators of universities participating in the program; and validation by experts. Stakeholders indicated the following for meta-evaluation: development of manuals, permanent education, workshops, seminars, online forums, and creation of a meta-evaluation network. In conclusion, the model is coherent with meta-evaluation of External Evaluation of PMAQ-AB, useful, and applicable to other evaluative contexts of Primary Health Care, including post-COVID-19.

**Keywords:** Primary Health Care. Health evaluation. Health policy.

## **Résumé:**

L'étude visait à créer un modèle de méta-évaluation pour les soins de santé primaires appliqué dans le cadre de l'évaluation externe du programme d'accès et d'amélioration de la qualité et de discuter des leçons apprises au cours du processus. Nous avons mené une étude qualitative à Natal/RN (Brésil) entre août 2018 et mars 2019. La revue de la littérature a inclus les normes de qualité du Joint Committee on Standards for Educational Evaluation for Public Health Programs: A Self-Study Guide and review of Access and Quality Improvement Program Manuel d'instruction. Les étapes de développement de l'étude étaient l'élaboration, l'accord, la validation et la consultation des parties prenantes. Les résultats ont montré des changements dans le contexte politique de favorable à restrictif; cohérence avec les hypothèses de méta-évaluation et la recherche qualitative; accord entre les méta-évaluateurs, les gestionnaires et les évaluateurs des universités participant au programme; et validation par des experts. Les intervenants ont indiqué ce qui suit pour la méta-évaluation: élaboration de manuels, formation permanente, ateliers, séminaires, forums en ligne et création d'un réseau de méta-évaluation. En conclusion, le modèle est cohérent avec la méta-évaluation de l'évaluation externe du PMAQ-AB, utile et applicable à d'autres contextes d'évaluation des soins de santé primaires, y compris post-COVID-19.

**Mots-clés:** Soins de santé primaires. Évaluation de la Santé. Politique de santé.

## **INTRODUÇÃO**

Evidências mostram que países que adotaram sistemas de saúde universais com base na Atenção Primária à Saúde (APS), em consonância com o ideário de Alma-Ata (1978), obtiveram melhores indicadores de saúde, maior eficiência e qualidade na atenção, com menores custos e mais equidade na saúde<sup>1-3</sup>. Na comemoração dos 40 anos da Declaração de Alma-Ata, celebrou-se em Astana/Cazaquistão a Conferência Global sobre APS sob a coordenação da Organização Mundial da Saúde e do Fundo das Nações Unidas para a Infância<sup>4</sup>. Naquela ocasião, as lideranças mundiais renovaram o compromisso da APS e, simultaneamente, mantiveram a vinculação aos compromissos da Agenda 2030 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da Organização das Nações Unidas<sup>5,6</sup>.

No Brasil, a APS ganhou centralidade do modelo de atenção à saúde a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988. Inicialmente, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários em Saúde em 1991, em seguida, com o Programa Saúde da Família em 1994, e sua posterior expansão como Estratégia Saúde da Família (ESF) a partir de 2003, momento em que houve o aumento da cobertura, com ampliação da oferta, acesso e utilização dos serviços, repercutindo na melhoria de indicadores de morbimortalidade, no incremento da equidade, eficiência e na satisfação dos usuários<sup>7</sup>.

Todos esses momentos históricos contribuíram, de certa forma, para a avaliação em saúde como objeto de interesse. No País, apesar do estímulo da declaração de Alma-Ata à utilização de práticas avaliativas, o ingresso dessa temática aconteceu apenas no contexto da implementação do SUS<sup>8</sup>. Entre as principais razões que fomentaram a demanda por avaliações a partir dos anos 1990, estão: a crise fiscal com redução de gasto dos governos e aumento por maior eficiência; o aprofundamento da democracia, que trouxe novos atores sociais e reivindicações aos governos; as buscas por programas sociais públicos devido ao aumento das desigualdades sociais; e a pressão dos organismos internacionais de fomento pela aferição dos resultados dos programas sociais por eles financiados<sup>9</sup>.

Nesse cenário, o Brasil passou a sofrer pressão para ampliar as políticas públicas mais universais, eficientes e de qualidade<sup>9</sup>. Assim, consolidou-se a necessidade de avaliar a política de saúde em um novo formato organizativo, que se estabeleceu por meio do princípio da descentralização das ações e serviços, com a entrada da instância municipal na execução da APS.

No entanto, apenas nos anos 2000, foram observadas no Brasil algumas iniciativas de institucionalização da avaliação da APS. Em destaque, a realização dos Estudos de Linha de Base (*base-line*) do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) em 2003/2005, com financiamento do Banco Mundial e em parceria com as Instituições de Ensino e Pesquisa (IEP) com experiência em avaliação em saúde. Esses estudos subsidiaram o aperfeiçoamento das práticas de avaliação, fomentando a implementação de novas abordagens; além disso, foi possível consolidar essas práticas no âmbito da APS<sup>10</sup>.

Sequencialmente, destaca-se a implantação da autoavaliação em saúde, a Avaliação para a Melhoria da Qualidade, em 2005, que instituiu uma metodologia de avaliação em diversos níveis, como gestão, coordenação, unidades de saúde e equipes da Saúde da Família, com o propósito de qualificação da APS<sup>11</sup>.

Todas essas iniciativas fortaleceram um contexto de gestão por resultados e avaliações sistemáticas, em que, no ano de 2011 possibilitou a institucionalização da

Avaliação Externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (AE/PMAQ-AB) pelo Ministério da Saúde (MS). A finalidade era a verificação de evidências para um conjunto de padrões com a capacidade de analisar as condições de acesso e qualidade da APS. Os resultados são utilizados para a certificação das Equipes de Atenção Básica (EqAB), classificando-as conforme o seu desempenho, assim como levantar informações orientadoras para o aperfeiçoamento das políticas públicas em saúde. Foram realizados 3 ciclos avaliativos: 1º (2011/2012), 2º (2013/2014) e 3º (2015/2018)<sup>12,13</sup>.

A exigência de avaliação dos impactos dos programas de saúde na abrangência do SUS – em particular da APS – por parte de instituições financiadoras internacionais, como o Banco Mundial, e as parcerias firmadas entre o MS e as IEP, desde então, impulsionaram avaliações sistemáticas na agenda sanitária brasileira<sup>8</sup>.

Atualmente, a avaliação é considerada como o exercício de mensurar, compreender e julgar os efeitos de uma determinada intervenção, de maneira a subsidiar a tomada de decisão<sup>14,15</sup>. Analisada como campo de saberes e práticas, imbrica polo burocrático/político de interesse dos gestores e polo científico representado pelas IEP. Nesse entrecruzamento, circulam agentes políticos e acadêmicos, com vistas a transformar uma dada situação de saúde na direção de outra mais desejável<sup>8</sup>.

Dentre os agentes provenientes da academia, destaca-se, desde 1990, a pesquisadora brasileira Zulmira Hartz, reconhecida, nacional e internacionalmente (principalmente no Canadá, na França e em Portugal), por suas relevantes contribuições teóricas, pelas consultorias às iniciativas de institucionalização da avaliação como função política, formação e articulação de grande número de avaliadores. Para Hartz<sup>16</sup>, se, de um lado, existe consenso quanto à ideia de avaliação sistemática e sua utilização na política pública, de outro, é preciso questionar a capacidade da própria avaliação de produzir informações e julgamentos necessários à melhoria do sistema de saúde, incluindo o papel dos avaliadores (avaliação da avaliação ou meta-avaliação) como garantia de credibilidade e aprendizado institucional.

A cronologia das iniciativas de avaliação na APS e a reflexão posta sobre a importância da meta-avaliação que considera a análise da coerência das conclusões avaliativas com metodologias bem aplicadas, apresentando aos gestores evidências confiáveis que devem nortear as decisões políticas-gerenciais, embasam a importância da execução de meta-avaliações no SUS.

A meta-avaliação caracteriza-se por ter a avaliação como objeto de interesse; e, operacionalmente, pode ser definida como um processo de descrição, julgamento e síntese de uma avaliação ou de um de seus componentes, com objetivo de assegurar a sua qualidade<sup>17</sup>. Nela estão contidos os próprios princípios da avaliação e consistem na ve-

rificação da coerência teórica, prática e ética da pesquisa avaliativa, com critérios e uso de padrões de controle de qualidade propostos e validados internacionalmente, pelas associações profissionais e outros organismos auditores<sup>18,19</sup>. A literatura mostra várias abordagens à condução da avaliação e meta-avaliação em todos os campos, como a Lista-Chave de Verificação da Avaliação de Scriven (Key Evaluation Checklist); Critérios Fundamentais de Davidson; Diretrizes para Avaliação para a América Latina e Caribe e; Joint Committee on Standards for Educational Evaluations (JCSEE)<sup>20,21</sup>.

Entre os estudos que utilizaram os padrões meta-avaliativos como referência, houve preponderância daqueles estabelecidos pelo JCSEE, em 1981, resultante de um esforço conjunto de diversas organizações e associações norte-americanas e canadenses de educação e avaliação, com grande influência nas sociedades suíça, africana e alemã. Essa primeira publicação continha quatro grandes padrões (Utilidade, Factibilidade, Propriedade e Acurácia /Precisão), mantidos na revisão de 1994 com reforço à utilidade; e na última avaliação<sup>23</sup>, foi adicionado o padrão Responsabilização. Os padrões são usados com frequência em países como Alemanha, Suíça, África e Brasil<sup>21,22,24</sup>.

Uma *Scoping-Review*<sup>25</sup> com o descritor “meta-avaliação” revela que, no Brasil, foram encontrados poucos estudos meta-avaliativos da APS, sendo que Fonseca<sup>26</sup>, Figueiró et al.<sup>24</sup>, Oliveira<sup>27</sup> e Barros<sup>28</sup> abordaram a ESF; enquanto Nickel<sup>29</sup> e Almeida<sup>30</sup>, a gestão da saúde. Em relação à AE/PMAQ-AB, todos os estudos utilizaram parâmetros do JCSEE (1994). Santos<sup>31</sup> realizou um estudo de caso na visão dos profissionais em Ubajara-CE utilizando os parâmetros de Utilidade, Viabilidade, Propriedade e Acurácia; Folli<sup>32</sup> avaliou a utilidade na perspectiva de gestores e profissionais; Uchoa et al.<sup>33</sup> avaliaram em âmbito nacional a AE/PMAQ-AB como inovação e utilidade incluindo gestores e avaliadores.

Considerando a magnitude e a transcendência da AE/PMAQ-AB, como a mais recente avaliação da APS instituída pelo MS, portanto, passível de avaliação; e os padrões e critérios internacionais estabelecidos, este estudo objetiva propor um modelo de meta-avaliação da AE/PMAQ-AB, assim como discutir as lições aprendidas na sua construção, visando a sua aplicabilidade em outras avaliações da APS.

## **METODOLOGIA**

Trata de um estudo exploratório de natureza qualitativa integrante do Projeto “Avaliação da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do Brasil: um estudo de caso”<sup>34</sup>. Foram desenvolvidas em Natal/RN, Brasil, entre agosto de 2018 e março de 2019, as etapas de elaboração, pactuação, validação e consulta aos *stakeholders*.

## Processo de elaboração do modelo

O modelo foi elaborado em 4 oficinas com obtenção de consenso entre os 12 meta-avaliadores (pesquisadores vinculados à UFRN e à UEPB). Inicialmente, definiu-se o objeto, AE/PMAQ-AB, com foco de delimitação da abrangência, possibilitando a identificação da teoria balizadora, que contemplou os pressupostos teóricos da APS considerando o contexto político-institucional, como também das metodologias de meta-avaliação.

A base teórica do contexto político-institucional amparou-se na literatura sobre o cenário atual da institucionalização da APS no Brasil. O desenho foi elaborado a partir das diretrizes do JCSEE, versão de 1994, já aplicadas na versão em português por Figueiró et al.<sup>24</sup> contendo os quatro grandes padrões, mantidos na versão atual de 2011. Esses padrões foram cruzados com as etapas da avaliação, como preconizado no Framework for Program Evaluation in Public Health: A Checklist of Steps and Standards<sup>35</sup>. Para a descrição dos indicadores aplicáveis à AE/PMAQ-AB, considerando as dimensões e seus respectivos padrões e critérios<sup>15,35</sup>, recorreu-se à análise do documento “Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) Manual Instrutivo 3º Ciclo”<sup>12</sup>.

## Pactuação do modelo

O modelo foi pactuado em duas oficinas nacionais realizadas no MS, nos meses de julho e outubro de 2018, entre a equipe dos meta-avaliadores, dos coordenadores e equipes técnicas da Coordenação de Monitoramento, Acompanhamento e Avaliação e demais áreas técnicas do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) e as IEP integrantes da AE/PMAQ-AB, 3º ciclo. Na primeira oficina, foram apresentados os objetivos e o desenho metodológico, seguidos de debate com esclarecimento de dúvidas e sugestões para clarificação do passo a passo do desenho. Houve reconhecimento consensual da *expertise* e legitimidade do grupo de meta-avaliadores para executar a meta-avaliação como uma pesquisa qualitativa integrante do projeto “Avaliação da Atenção Básica no 3º ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica” da UFRN, sendo mantido o financiamento destinado à instituição pelo Fundo Nacional de Saúde. Na segunda, foram apresentados detalhes do estudo e acordado o período de execução do trabalho de campo atrelado ao término do 3º ciclo do PMAQ-AB, cuja execução final foi estendida ao início do 1º semestre de 2019 dependendo da execução das metas pelas IEP.

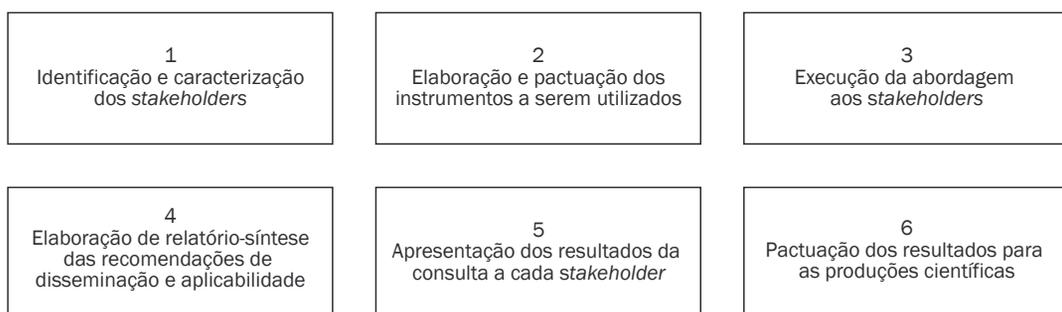
## Validação do modelo

A etapa de validação contou com amostra intencional de oito especialistas definidos como pesquisadores com publicações sobre o tema avaliação da APS, comprovadas no currículo Lattes; e ocorreu por meio da Técnica de Grupo Nominal<sup>36</sup> em duas rodadas. A primeira foi uma discussão presencial sobre os pressupostos teóricos e o diagrama do modelo. Foram feitas sugestões de mudança em relação à descrição do contexto político-institucional e a inclusão posterior da validação do conteúdo da matriz de indicadores da meta-avaliação por meio da técnica Delphi<sup>36</sup>. Em seguida, após incorporadas as sugestões, foi realizado o segundo momento com debates *on-line* sobre a configuração completa do modelo que obteve consenso.

## Consulta aos *stakeholders*

A consulta aos *stakeholders* baseou-se na abordagem colaborativa que visa ampliar a compreensão dos resultados de modo a aumentar sua credibilidade. Tinha-se como objetivo obter sugestões sobre a aplicabilidade do modelo proposto e a divulgação dos resultados da meta-avaliação. A amostra foi intencional com oito pesquisadores de APS que participaram da AE/PMAQ-AB. Foi realizado um painel de especialistas no formato *on-line* em dois momentos: no primeiro, foi utilizado formulário *on-line* para coleta de dados com questões abertas sobre a aplicação do modelo e a disseminação dos resultados; no segundo, por meio de um grupo de discussão para sistematização das sugestões. Na Figura 1, são apresentadas as etapas seguidas.

Figura 1. Etapa de Consulta aos *Stakeholders* – Projeto Avaliação da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do Brasil: um estudo de caso (2019-2021)



Fonte: elaboração própria.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para propor o modelo de meta-avaliação da APS, foi necessário compreender essas dimensões contextuais relacionadas com o clima político e social, as condições econômicas e organizacionais em que os resultados da avaliação serão recebidos. Diante disso, o contexto pode explicar como a mesma política é bem-sucedida em determinadas circunstâncias, e falhas em atingirem seus objetivos em outras circunstâncias<sup>37</sup>, assim, considera-se o contexto como algo complexo, dinâmico e interpretável<sup>38</sup>.

No Brasil, as iniciativas avaliativas ganharam força nos anos 1990, principalmente na APS com a criação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica do MS, que, entre outras iniciativas, propõe as Pesquisas Avaliativas do tipo base-line (Estudo Linhas de Base – ELB) e os trabalhos de desenvolvimento de metodologias de Monitoramento e Avaliação implementadas pelos Centros Colaboradores, ambas como parte do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família<sup>39</sup>.

Em 2011, com o processo evolutivo da APS no Brasil, assim como o contexto favorável para o desenvolvimento de políticas sociais, em decorrência, principalmente, da reeleição sucessiva no governo federal em uma mesma plataforma político-partidária progressista, foi possível instituir o PMAQ-AB<sup>40</sup>. O programa se insere no modelo de gestão por resultados e avaliação por desempenho das equipes de Atenção Básica em ciclos de indução da melhoria da qualidade, vinculando, pela primeira vez, a avaliação dos resultados à transferência de recursos do Componente Piso da Atenção Básica Variável<sup>41,42</sup>.

O PMAQ-AB tem um escopo complexo de avaliação, com um componente de autoavaliação, que incorporou elementos da Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) – passando a denominar-se Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade (AMAQ) – correspondente a 10% da nota de certificação e a AE/PMAQ-AB responsável por 60%, os 30% restantes correspondem aos resultados dos indicadores. A AE/PMAQ-AB foi conduzida pelo DAB/MS em parceria com 8 IEP que se associaram localmente a outras 47 IEP em diferentes regiões do País. Foram realizados 3 ciclos avaliativos (2011/2012; 2013/2014 e 2015/2018), com aumento no número de equipes avaliadas a cada ciclo: no primeiro, foram 17.472 equipes; 30.522 no segundo; e 42.975 no terceiro ciclo<sup>12,13</sup>.

Diferentemente dos ciclos anteriores, o terceiro sofreu descontinuidades e foi interrompido por uma conjuntura política desfavorável que se instalou, a partir de 2016, em decorrência das mudanças ocorridas no governo federal. Diante disso, o Brasil passou a sofrer imposição de redução radical do financiamento, que se iniciou com a Emenda Constitucional nº 95/2016 e com a austeridade econômica<sup>43</sup>. Associado, constata-se edição da Política Nacional de Atenção Básica de 2017 (PNAB 2017), que promove a relativização da cobertura universal, atingindo conquistas obtidas pela ESF e outros processos em curso que se articu-

lavam para pavimentar uma APS forte no País<sup>44</sup>. Nessa conjunção, há extinção do PMAQ-AB, em 2018, e a criação do Previne Brasil, em 2019, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da APS baseado em cobertura e avaliação de alguns indicadores<sup>45</sup>.

Ao considerar esses aspectos, definiu-se a AE/PMAQ-AB como objeto para a elaboração do modelo de meta-avaliação, considerando como delimitação do foco de abrangência os três ciclos avaliativos. O desenho do modelo foi norteado pelas seguintes questões de meta-avaliação: a AE/PMAQ-AB tem coerência teórica e prática com os padrões de qualidade (utilidade factibilidade, propriedade e acurácia) estabelecidos Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (JCSEE)? AAE/PMAQ-AB foi realizada em conformidade às dimensões propostas pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) para uma avaliação de qualidade?

Com base no contexto e nas questões de meta-avaliação, foram elaborados pressupostos balizadores para a construção do modelo, conforme apresentados no Quadro 1.

#### Quadro 1. Pressupostos do Modelo de Meta-avaliação da APS – Projeto Avaliação da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do Brasil: um estudo de caso(2019-2021)

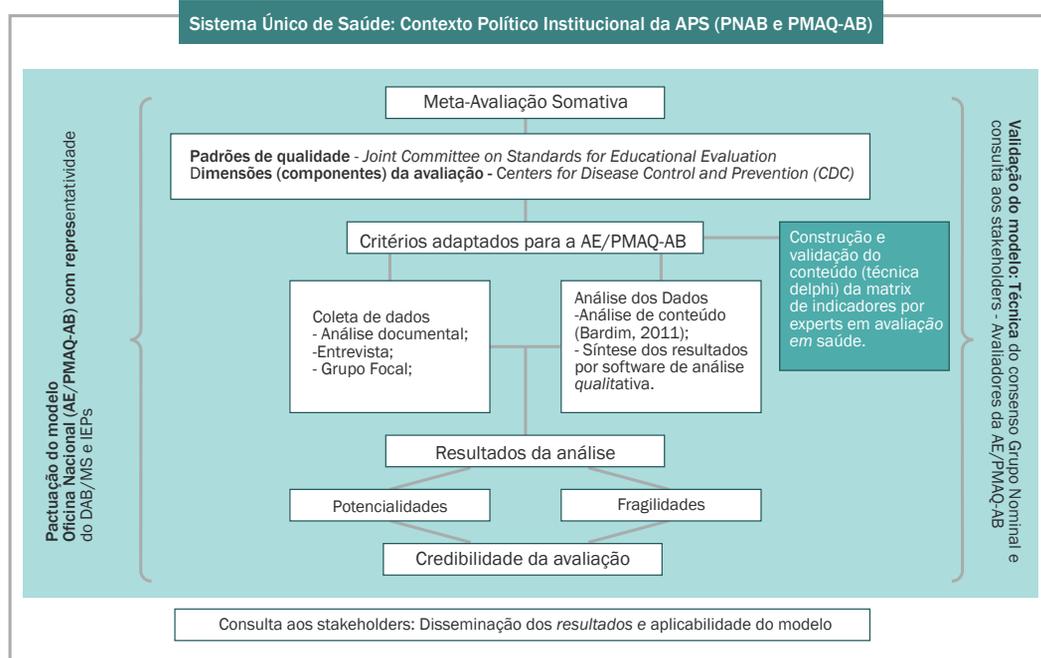
- a) O modelo de meta-avaliação considerou o contexto político, econômico e social no qual o SUS está inserido, especificamente no que se refere à PNAB e ao PMAQ-AB;
- b) A meta-avaliação com abordagem qualitativa recorre aos métodos científicos (pesquisa avaliativa) e inclui os avaliadores, propiciando credibilidade às avaliações;
- c) A meta-avaliação é somativa e terá como bases teóricas os padrões de qualidade Joint Committee on Standards for Educational Evaluation, cruzados com as dimensões da avaliação orientados pelo Centers for Disease Control and Prevention, com adaptação dos critérios referentes aos padrões avaliativos ao contexto da AE/PMAQ e validado por experts em avaliação;
- d) O conjunto de técnicas e procedimentos de coleta de dados (Análise documental, entrevistas e grupo focal) e a análise de conteúdo de Bardin<sup>46</sup>, utilizada com auxílio de software, é coerente com o tipo de pesquisa e grande volume de dados qualitativos;
- e) A análise dos resultados será sistematizada por dimensões, padrões e critérios, apontando para as potencialidades e para as fragilidades, a serem corrigidas e substanciadas em desafios a serem enfrentados, direcionados ao aperfeiçoamento da PNAB no SUS;
- f) A pactuação do modelo foi realizada com representantes do DAB e IEP responsáveis pela AE/PMAQ-AB por meio de oficinas nacionais, e a sua validação ocorreu por avaliadores;
- g) A disseminação e a aplicabilidade do modelo favorecem sua utilidade, pois considerou consulta aos *stakeholders*.

Fonte: dados da pesquisa, 2019.

A partir das questões de meta-avaliação e dos pressupostos elencados, foi sistematizado o modelo de meta-avaliação da APS aplicado à AE/PMAQ-AB. A sua aplicabilidade está direcionada para uma perspectiva somativa (retroativa), priorizando uma

abordagem qualitativa com a realização da análise documental, entrevista e grupo focal, baseado em análise de conteúdo com o auxílio de um *software* específico. A Figura 2 apresenta o diagrama desse modelo.

Figura 2. Diagrama do modelo de Meta-Avaliação da APS aplicado à AE/PMAQ-AB, evidenciando os componentes metodológicos e as estratégias de pactuação e validação



Fonte: elaboração própria adaptada a partir do referencial teórico de Stufflebeam<sup>18</sup> –*Structure for Identifying Alternative Metaevaluation Procedures*.

Todo o desenvolvimento desse modelo meta-avaliativo foi estruturado em uma fundamentação teórico-metodológica tendo em vista as possibilidades de avanços na institucionalização da avaliação em saúde no País. Os padrões internacionais de qualidade de uma avaliação foram materializados por meio de um delineamento metodológico que priorizou o processo de pactuação e a técnica de validação, bem como o uso de estratégias colaborativas e participativas, para problematizar e analisar as proposições em relação à disseminação dos resultados e aplicabilidade do modelo proposto.

No que concerne à fundamentação, adotou-se a definição Stufflebeam<sup>47</sup> que considera a meta-avaliação como um processo capaz de delinear, obter e aplicar informações com potencialidade para julgar a utilidade, factibilidade, propriedade e acurácia de uma avaliação, evidenciando as suas fortalezas e suas fraquezas, contribuindo para a garantia de que as avaliações forneçam conclusões e orientações sólidas.

O referido modelo de meta-avaliação foi organizado com base na perspectiva somativa, para ser aplicado ao final de uma avaliação, cujo intuito é de ajudar a determinar a qualidade da avaliação sob a ótica de padrões e critérios, além de auxiliar os tomadores de decisão e grupos de interesse a julgar o mérito e valor da avaliação realizada<sup>19,22</sup>. A meta-avaliação somativa é capaz de agregar maior credibilidade aos resultados, assim como revelar as limitações inerentes dos avaliadores<sup>48</sup>.

A utilização de padrões internacionais para apreciar a qualidade de uma avaliação tem se constituído como requisito importante na apreciação dos resultados das políticas sociais<sup>49</sup>. Sendo assim, optou-se por utilizar os padrões enunciados pelo JCSEE, a saber: utilidade, que se refere ao atendimento das necessidades de informação dos usuários; factibilidade, que observa se a avaliação é realista e com custos que justifiquem a sua realização; propriedade, relacionada com a condução ética da avaliação, com respeito ao bem-estar dos envolvidos; e acurácia, quanto à divulgação e transmissão de informações sobre o valor ou mérito dos programas aprovados com validação técnica<sup>50</sup>.

O CDC engloba esses padrões colocando-os no centro das etapas de avaliação (*Framework for Program Evaluation in Public Health*). A sua estrutura de avaliação de programas se concentra em seis etapas interligadas (Engajamento dos *stakeholders*; Descrição do programa; Desenho da avaliação; Sistematização e Análise das evidências; Justificativa das conclusões; e Compartilhamento das lições aprendidas)<sup>50</sup>. Trata-se de uma ferramenta prática e não prescritiva, projetada para resumir e organizar os elementos essenciais da avaliação de um programa. Desde sua implantação, esse modelo tem sido o principal impulsionador das práticas de avaliação de programas. Ele é eficaz para as estratégias de planejamento de propostas avaliativas, para a melhoria do desempenho de programas e investimento de recursos<sup>51,52</sup>.

Como foram desenvolvidos para aplicação nos Estados Unidos e no Canadá, o JCSEE alerta para o uso crítico de tais critérios em contextos diversos. Torna-se necessário considerar cuidadosamente quais critérios são culturalmente aceitáveis e adequados à realidade local<sup>22</sup>. Nesse sentido, realizou-se uma análise criteriosa da relevância de cada padrão, decidindo por aqueles mais relevantes e aplicáveis para a proposta de meta-avaliação. Para as meta-avaliações somativas, frequentemente exigem que todos os padrões sejam aplicados<sup>19</sup>, assim como sugere-se que ela seja realizada por avaliadores externos a fim de evitar a parcialidade e as influências políticas e os jogos de interesse<sup>53</sup>.

Do ponto de vista do rigor científico, como a meta-avaliação é centrada nos próprios sujeitos avaliadores (profissionais, usuários ou pesquisadores) e sujeitos interessados, ela deve ser calcada em estratégias qualitativas de pesquisa. Guba e Lincoln<sup>54</sup> preconizam a credibilidade como validade interna com isomorfismo entre a construção

da realidade pelos participantes e as reconstruções a ela atribuídas aos participantes por parte dos pesquisadores (avaliadores). A validade externa se expressa pela completude de dados tanto quanto possíveis. A participação na meta-avaliação dos atores envolvidos na avaliação favorece a validade interna pela proximidade dos constructos de participantes e pesquisados<sup>55</sup>.

Para a proposta de meta-avaliação apresentada, inicialmente, foram selecionadas as dimensões avaliativas, os padrões e os critérios de qualidade; em seguida, realizou-se o processo de adaptação às especificidades da AE/PMAQ-AB por meio da formulação de indicadores e da definição de suas respectivas técnicas de coleta de dados. Com base nesses elementos, foi elaborada uma matriz de indicadores, apresentada no Quadro 2.

Quadro 2. Matriz de indicadores com as respectivas técnicas de coleta de dados. Projeto Avaliação da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do Brasil: um estudo de caso (2019-2021)

PADRÕES/ CRITÉRIOS	INDICADORES	TÉCNICA DE COLETA
<b>DIMENSÃO “ENGAJAMENTO DOS <i>STAKEHOLDERS</i>” *</b>		
* <i>Stakeholders</i> : Gestores (nacional, estadual, municipal); Órgãos colegiados de gestão (CONASS; CONASEMS e CNS); Equipes de Atenção Básica/Saúde Bucal/ NASF; Instituições de Ensino e Pesquisa; Usuários do SUS		
Padrão: Utilidade; Critério: Identificação dos <i>stakeholders</i>	- Identificação das partes interessadas/afetadas pelo demandante.	Análise documental
	- Grau de envolvimento e de interação, mecanismos de participação para identificação das necessidades das partes interessadas/afetadas pelo demandante.	Entrevista Grupo Focal
Padrão: Utilidade; Critério: Credibilidade do avaliador	- Critérios utilizados pelo Departamento de Atenção Básica para seleção das Instituições de Ensino e Pesquisa e pelas Instituições de Ensino e Pesquisa para seleção dos entrevistadores.	Análise documental
Padrão: Propriedade; Critério: Acordos formais	- Existência de acordos formais entre o Departamento da Atenção Básica (contratante) e as Instituições de Ensino e Pesquisa (contratadas) e entre as Instituições de Ensino e Pesquisa e pesquisadores e/ou entrevistadores.	Análise documental
Padrão: Propriedade; Critério: Direito dos indivíduos	- Garantia dos aspectos éticos e direitos individuais às partes interessadas durante a Avaliação Externa.	Análise documental Entrevista Grupo Focal
Padrão: Propriedade; Critério: Conflitos de Interesse	- Existência de conflitos de interesse entre as partes interessadas na Avaliação Externa e formas de identificação, escuta e de condução desses conflitos.	Entrevista Grupo Focal

PADRÕES/ CRITÉRIOS	INDICADORES	TÉCNICA DE COLETA
<b>DIMENSÃO “DESCRIÇÃO DO PROGRAMA”</b>		
Padrão: acurácia; Critério: Documentação do Programa	- Os documentos norteadores da Avaliação Externa contemplam todas as etapas da avaliação.	Análise documental
Padrão: Acurácia: Critério: Análise do Contexto	- Coerência entre os pressupostos da Avaliação Externa e os princípios de diretrizes que norteiam a Atenção Básica no âmbito do SUS.	Análise documental
Padrão: Propriedade: Critério: Avaliação Completa e justa	- Possibilidade de registro dos principais pontos positivos e limitações da pesquisa.	Análise documental Grupo Focal
<b>DIMENSÃO “DESENHO DA AVALIAÇÃO”</b>		
Padrão: Utilidade; Critério: Impacto da Avaliação	- Identificação dos mecanismos para o acompanhamento da avaliação externa pelas partes interessadas de modo a induzir a melhoria do acesso e qualidade do programa.	Análise documental
	- Utilidade dos padrões essenciais (para garantia mínima de acesso e qualidade na Atenção Básica) e padrões estratégicos (para se avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica) no desenho metodológico.	Entrevista Grupo Focal
Padrão: Factibilidade; Critério: Procedimentos Práticos	- Viabilidade e factibilidade dos procedimentos operacionais e metodológicos adotados na Avaliação Externa para a coleta de informações e sua relação com o custo-efetividade.	Entrevista Grupo Focal
Padrão: Factibilidade; Critério: Viabilidade Política	- Planejamento e a condução política para execução da Avaliação Externa.	Entrevista Grupo Focal
Padrão: Factibilidade; Critério: Custo-Efetividade	- Produção de informações e de tecnologias inovadoras de valor significativo (para melhoria do acesso e qualidade) que justificasse o custo despendido para a Avaliação Externa.	Análise documental Entrevista
	- Critérios utilizados pelo Departamento da Atenção Básica para distribuição dos recursos entre as Instituições de Ensino e Pesquisa.	Entrevista
Padrão: Propriedade; Critério: Orientação para o Serviço	- Capacidade da Avaliação externa em considerar as necessidades das partes interessadas na avaliação.	Entrevista

PADRÕES/ CRITÉRIOS	INDICADORES	TÉCNICA DE COLETA
Padrão: Propriedade; Critério: Avaliação Completa e Justa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adequação dos instrumentos de Avaliação Externa conforme método de coleta das informações.</li> <li>- Capacidade das perguntas dos instrumentos de proporcionar aos respondentes uma reflexão sobre a melhoria do acesso e da qualidade.</li> </ul>	Grupo Focal
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coerência entre a metodologia da avaliação externa e os critérios utilizados para certificação das equipes de saúde.</li> <li>- Inclusão da satisfação dos usuários do SUS na Avaliação Externa.</li> </ul>	Entrevista Grupo Focal Análise documental
Padrão Propriedade; Critério: Responsabilidade Fiscal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adequação e transparência no processo de locação e prestação de contas da Avaliação Externa.</li> </ul>	Análise documental
Padrão: Acurácia; Critério: Finalidade e Procedimentos Descritos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inserção dos componentes de qualidade (estrutura, processo e resultados) da Atenção Primária à Saúde no desenho metodológico da Avaliação Externa.</li> <li>- Inclusão de evidências científicas da Atenção Primária à Saúde, do perfil atual das doenças e das condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde na elaboração dos questionários.</li> <li>- Explicitação dos critérios para escolha e definição do número dos indicadores incluídos nos questionários da Avaliação Externa.</li> </ul>	Análise documental
<b>DIMENSÃO “SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DAS EVIDÊNCIAS”</b>		
Padrão: Utilidade; Critério: Informações relevantes (Escopo e Seleção de Informações)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocolo e ferramenta de validação dos instrumentos aplicados na Avaliação Externa.</li> </ul>	Análise documental Entrevista
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Critérios utilizados na Avaliação Externa para elegibilidade, definição do tamanho amostral e arrolamento dos entrevistados.</li> </ul>	Análise documental
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Credibilidade dos dados coletados na Avaliação Externa por meio do uso da entrevista como técnica de coleta de dados.</li> </ul>	Grupo Focal
Padrão de Acurácia; Critério: Fonte de Informações confiáveis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adequação dos critérios de elegibilidade dos respondentes da Avaliação Externa.</li> </ul>	Grupo Focal
Padrão Acurácia; Critério: Informações válidas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Calibração dos entrevistadores para alcance de resultados úteis e válidos.</li> </ul>	Análise documental
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alcance dos resultados úteis e válidos por meio dos procedimentos de coleta de dados adotados na Avaliação Externa.</li> </ul>	Entrevista
Padrão: Acurácia; Critério: Informações Sistemáticas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O uso de tablets e do software para aumentar credibilidade, fidedignidade, agilidade e segurança no processo de aplicação dos questionários da Avaliação Externa.</li> </ul>	Entrevista Grupo Focal

PADRÕES/ CRITÉRIOS	INDICADORES	TÉCNICA DE COLETA
<b>DIMENSÃO “JUSTIFICATIVA DAS CONCLUSÕES”</b>		
Padrão Utilidade; Critério: Identificação de valores	- Participação das partes interessadas no processo de análise e interpretação dos dados.	Grupo Focal
<b>DIMENSÃO “COMPARTILHAMENTO DAS LIÇÕES APREENDIDAS”</b>		
Padrão: Utilidade; Critério: Impacto da avaliação (Preocupação com consequências e influências)	- Existência de estratégias durante a Avaliação Externa que busque favorecer uma cultura de avaliação e de mobilização social.  - Contribuições do método de avaliação por desempenho para gestão dos serviços de saúde.	Grupo Focal
Padrão: Propriedade; Critério: Disseminação dos resultados.	- Explicitação do contexto, propósitos, procedimentos e conclusões da avaliação nos documentos/publicações produzidas.	Análise documental
	- Disponibilização dos documentos produzidos aos interessados na avaliação em tempo oportuno. Atendimento das necessidades dos interessados por meio do método de divulgação dos resultados.	Grupo Focal
Padrão Acurácia; Critério: Imparcialidade de relatórios	- Métodos preestabelecidos para elaboração dos relatórios (descritivos e analíticos do Ministério da Saúde) da Avaliação Externa.	Análise documental

Fonte: elaboração própria adaptada a partir dos seguintes referenciais teóricos:

-Figueiró et al.<sup>24</sup> – baseado no Joint Committee on Standards for Educational evaluation;

- Centers for Disease Control and Prevention<sup>50</sup>– Framework for program evaluation in public health;

- Brasil<sup>12</sup> –Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 – 2016) do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.

Considera-se que uma das funções do meta-avaliador é promover e auxiliar o uso apropriado dos achados da meta-avaliação. Assim, a fim de apreender informações sobre a disseminação dos resultados e a aplicabilidade do modelo meta-avaliativo, realizou-se a consulta aos *stakeholders* por meio de formulário eletrônico seguido de discussão. Esse contato foi fundamental para promover o engajamento e dar *feedback* às nossas atividades, contribuindo para o aprimoramento das práticas avaliativas. Dentre as principais estratégias citadas, para a disseminação dos resultados, além da divulgação em publicações científicas, destacam-se as produções que promovam literacia, como: relatórios técnicos; manuais específicos sobre meta-avaliação; discussão dos resultados em espaços de educação permanente; ciclos contínuos de oficinas e seminários com os atores envolvidos com o PMAQ-AB e/ou outras avaliações da APS; articulação e criação de rede de meta-avaliação; adoção de espaços virtuais de comunicação e interação.

Para chegar às conclusões válidas, os meta-avaliadores devem ter acesso a todas as informações relevantes disponíveis e ser capazes de coletar quaisquer informações adicionais necessárias. Basicamente, devem obter toda a gama de informações necessárias

para aplicar todos os padrões e abordar as questões adicionais da meta-avaliação. Em seguida, devem analisar as informações obtidas e redigir os achados da meta-avaliação, disseminá-los e, caso necessário, ajudar na interpretação dos resultados. A disseminação se refere à possibilidade de os *stakeholders* receberem e utilizarem os resultados<sup>47</sup>.

A principal limitação do modelo reside no fato de a meta-avaliação não ter sido incorporada ao escopo original da AE/PMAQ-AB, pois permitiria a realização de uma meta-avaliação formativa, de melhoria contínua no decorrer dos ciclos avaliativos e incorporada à política de avaliação da APS então proposta, tornando-o mais participativo com possibilidade de inclusão de gestores municipais, profissionais de saúde e usuários.

## CONCLUSÃO

Este estudo cumpriu com o objetivo de propor um modelo de meta-avaliação da APS capaz de utilizar os padrões internacionais de qualidade, trazendo elementos teóricos internacionalmente reconhecidos sobre a temática, aplicando à realidade brasileira. Foi possível ponderar que a relevância de seu desenvolvimento, além de propor a formulação de um instrumento passível de execução, existe a possibilidade de estabelecer momentos de articulação e compartilhamento do aprendizado, contribuindo para o aperfeiçoamento das práticas avaliativas.

Apesar de o PMAQ-AB já ter sido extinto, a proposta do modelo de meta-avaliação desenvolvido, quando devidamente adaptado, pode servir de parâmetro a outras avaliações da APS no Brasil e em outros contextos internacionais – além de fornecer informações que podem fomentar a discussão sobre a importância da aplicabilidade para a implantação de meta-avaliações associada às propostas avaliativas. São pertinentes para o campo da avaliação os esforços para sistematizar e aumentar o rigor, a relevância e as contribuições das meta-avaliações.

No País, atualmente, não há uma proposição de uma avaliação nacional da APS. No entanto, quanto a sua potencialidade de resposta em situações de Emergência em Saúde Pública, mais especificamente no enfrentamento de pandemias, a exemplo da covid-19, parece urgente a implantação de avaliação de seu desempenho, o que demonstra a necessidade premente de meta-avaliações da APS, em que o modelo proposto seguido de adaptações contextuais poderá ser extremamente útil no almejado pós-covid-19.

Como lições aprendidas pelos meta-avaliadores, destaca-se a importância do desenvolvimento de meta-avaliações, por avaliadores experientes e/ou gestores, relacionadas com as possibilidades de: produção de novos conhecimentos e desenvolvimento de habilidades avaliativas; agregar valor às mudanças de práticas na atenção primária à saúde; tomada de decisão pelos envolvidos, com reflexão e aprendizagem; identificação

das potencialidades e fragilidades das avaliações; subsidiar estudos avaliativos na APS a partir de consensos e critérios validados; e importância e institucionalização de uma cultura avaliativa.

## **Agradecimentos**

Agradecemos a pareceria da equipe do Departamento de Atenção Básica/MS e IEP condutoras da AE/PMAQ-AB (Universidade Federal de Pelotas – UFPEL, Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Fundação Osvaldo Cruz – Fiocruz/RJ, Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA, Universidade Federal do Piauí – UFPI, Universidade Federal de Sergipe – UFS); fomento do Fundo Nacional de Saúde e do CNPq (\*\*bolsa de produtividade); e a colaboração na elaboração deste capítulo da doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva/UFRN, Danila Augusta Accioly Varella Barca. Em especial, a nossa gratidão à Profa. Dra. Zulmira de Araújo Hartz por sua generosidade intelectual e humana sem a qual não teríamos nos tornados avaliadores sensíveis ao ideal de um SUS de qualidade para todos.

## **Referências**

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457-502.
2. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res.* 2010;10:65
3. Schneider EC, Sarnak DO, Squires D, Shah A, Doty MM. *Mirror, mirror 2017: international comparison reflects flaws and opportunities for better U.S. health care.* New York: The Commonwealth Fund; 2017.
4. Declaration of Astana – Astana, Kazakhstan, 25-26 October 2018. *Global Conference on Primary Health Care; 2018.*
5. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, Fleury S, Gadelha CAG, Galvão LAC, et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad Saúde Pública.* 2019;35(3):e00012219.
6. Hone T, Macinko J, Millett C. Revisiting Alma-Ata: what is the role of primary health care in achieving the Sustainable Development Goals? *Lancet.* 2018;392(10156):1461-72.
7. Organização Pan-Americana da Saúde. *Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?* Brasília: OPAS; 2018.

8. Furtado JP, Vieira-da-Silva LM. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(12):2643-55.
9. Ramos MP, Schabbach LM. O estado da arte da avaliação de políticas públicas: conceituação e exemplos de avaliação no Brasil. *Rev Adm Pública*. 2012;46(5):1271-94.
10. Felisberto E, Hartz ZMA, Matos K. Estudos de Impacto do PROESF: Considerações e diretrizes preliminares necessárias à sua proposição. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, Felisberto E, organizadores. *Meta-avaliação da atenção básica em Saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 369-78
11. Rocha PM, Uchoa AC, Rocha NSPD, Souza ECF, Rocha ML, Pinheiro TXA. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(suppl 1):s69-78.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Manual Instrutivo 3º Ciclo (2015 – 2016). Brasília, DF: MS; 2017.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica/ Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) – Terceiro ciclo. Brasília, DF: MS; 2018.
14. Silva LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadoras. *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.
15. Figueiró AC, Frias PG, Navarro LM. Avaliação em saúde: conceitos básicos para prática nas instituições. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, et al., organizadores. *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 1-13.
16. Hartz ZMA. Meta-avaliação da gestão em saúde: desafios para uma “nova saúde pública”. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(4):832-4.
17. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Do quê ao pra quê da meta-avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, Felisberto E, organizadores. *Meta-avaliação da atenção básica em Saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.p. 27-45.
18. Stufflebeam DL. The metaevaluation imperative. *Am J Eval*. 2001;22(2):183-209
19. Scriven M. *Evaluation thesaurus*. California: SAGE; 1991.
20. Furtado JP, Laperrière H. Parameters and paradigms for meta-evaluation: an exploratory and reflective review. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(3):695-705.
21. Elliot LG. Meta-avaliação: das abordagens às possibilidades de aplicação. *Ensaio: Aval Pol Públ Educ*. 2011;19(73):941-64.

22. Hartz ZMA. Princípios e padrões em metaavaliação: diretrizes para os programas de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2006;11(3):733-8.
23. Joint Committee on Standards for Educational Evaluation. The program evaluation standards: a guide for evaluators and evaluation users: a guide for evaluators and evaluation users. Thousand Oaks, CA: Sage; 2011.
24. Figueiró AC, Hartz ZMA, Thuler LCS, Dias ALF. Meta-evaluation of baseline studies of the Brazilian Family Health Strategy Expansion Project: a participatory and formative approach. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(12):2270-8.
25. Bay Junior OG. Avaliação da Atenção Primária à Saúde e a Incorporação da Tecnologia de Informação para a melhoria da qualidade da avaliação [tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2021.
26. Fonseca ACF. Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família: um estudo de caso com foco na utilização dos resultados [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2009.
27. Oliveira MR. Meta-avaliação da AEPG – avaliação da execução de programas de governo: estudo de caso da Estratégia Saúde da Família [dissertação]. Curitiba: Universidade Federal do Paraná; 2017.
28. Barros LFR, Elliot LG. Meta-avaliação do relatório de avaliação da execução de programas de governo nº 8: Programa Saúde da Família. *Revista Meta: Avaliação*. 2018;10:197-224.
29. Nickel DA, Natal S, Hartz ZMA, Calvo MCM. O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde: um estudo de caso no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(12):2619-30.
30. Almeida CAL, Tanaka OY. Meta-avaliação de uma avaliação participativa desenvolvida por gestores municipais de saúde com foco no padrão “Utilidade”. *Cad Saúde Pública*. 2011;33(2):e00105615.
31. Santos PF. Meta-avaliação do programa de melhoria do acesso e qualidade da atenção básica (PMAQ-AB) em Ubajara-CE: um estudo de caso [dissertação]. Sobral: Universidade Federal do Ceará; 2015.
32. Folli SPL. Análise do componente avaliativo do PMAQ na perspectiva de gestores e profissionais de saúde [dissertação]. Campinas [SP]: Universidade Estadual de Campinas; 2016.
33. Uchoa SAC, Martiniano CS, Queiroz AAR, Bay Júnior OG, Nascimento WG, Diniz IVA, et al. Inovação e utilidade: avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. *Saúde Debate*; 2018;42(spe 1):100-13.

34. Uchoa SAC. Avaliação da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do Brasil: Um Estudo De Caso – PQ – CNPq 2019/2021 [projeto de pesquisa]. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal; 2019.
35. Gill S, Kuwahara R, Wilce M. Through a Culturally Competent Lens: Why the Program Evaluation Standards Matter. *Health Promot Pract.* 2016;17(1):5-8.
36. Black N. Métodos para desenvolvimento do consenso. In: Pope C, Mays N, organizadores. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.* 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 147-155
37. Fitzpatrick JL. An introduction to context and its role in evaluation practice. *New Dir Eval.* 2012;135(2012):7-24.
38. Dahler-Larsen P, Schwandt TA. Political culture as context for evaluation. *New Dir Eval.* 2012; (135):75-87.
39. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família Proesf (Componente III) Termo de Referência para o sub-componente D Linha de Ação 3 Estudos de Linha de Base “Desenvolvimento de Estudos de Linha de Base nos Municípios Selecionados para o Componente 1” [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004 [citado 2021 jul 23]. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)
40. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-BA, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. *Diário Oficial da União.* 20 jul. 2011.
41. Pinto HA, Sousa A, Florêncio AR. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. *R Eletr de Com Inf Inov Saúde.* 2012;.6(2.Sup).
42. Fonseca AF, Mendonça MH. Avaliação e políticas públicas de saúde: reflexões a partir da atenção básica. In: Guizardi F, Nespoli G, Cunha ML, et al., organizadores. *Políticas de Participação e Saúde.* Recife: Editora Universitária-UFPE; 2014, p.197-224.
43. Cruz NFO, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. *Trab Educ Saúde.* 2020;18(3):e00285117.
44. Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde Debate.* 2018;42(116):11-24.
45. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de

2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Diário Oficial da União [Internet]. 13 nov. 2019 [citado 2021 jul23]. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>

46. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011, 229p.

47. Stufflebeam DL. The CIPP Model for Evaluation. In: Stufflebeam DL, Madaus GF, Kellaghan T, editors. Evaluation Models: Viewpoints on Educational And Human Services Evaluation. 2nd ed. Boston, MA: Kluwer Academic; 2000.p. 280-317.

48. Joint Committee on Standards for Educational Evaluations. The program evaluation standards: How to assess evaluations of educational programs. Newbury Park, CA: Sage; 1994.

49. Hartz ZMA, Felisberto E, Silva LMV. Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. 409 p.

50. Centers for Disease Control and Prevention. Framework for program evaluation in public health. MMWR.1999;48(RR-11):1-40.

51. Milstein B, Wetterhall S. A framework featuring steps and standards for program evaluation. Health Promot Practice. 200;1(3):221-8.

52. Finkelstein EA, Wittenborn JS, Farris RP. Evaluation of public health demonstration programs: the effectiveness and cost-effectiveness of WISEWOMAN. J Women health (Larchmt). 2004;13(5):625-33.

53. Cooksy LJ, Caracelli VJ. Quality, context, and use: Issues in achieving the goals of metaevaluation. Am J Eval. 2005;26(1):31-42.

54. Guba E, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research In: Denzin N, Lincoln Y, editors. Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 1994.

55. Furtado JP. Um método construtivista para a avaliação em saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2001;6(1):165-81.

## **DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE**

Declaro que não há conflitos de interesses entre os autores do manuscrito intitulado: “Modelo de Meta-avaliação da Atenção Primária à Saúde: lições aprendidas com a Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB)”.

## CAPÍTULO 12

---

# META-AVALIAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS INOVADORAS EM SAÚDE: O EXEMPLO DO MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS

---

*Meta evaluation of innovative experiences in health: the example of chronic conditions care model*

**Tania Rehem<sup>1</sup>**  
**Cátia Guerreiro<sup>2</sup>**  
**Isabel Craveiro<sup>3</sup>**

*1. Rehem, T. Professora Associada do Colegiado de Enfermagem da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília. Brasil – E-mail: taniarehem@unb.br*

*2. Guerreiro, C. PhD Saúde Internacional | Universidade Nova de Lisboa (UNL), Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT), Global Health and Tropical Medicine (GHTM) | AESE Business School | Lisboa | Portugal. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0505-2155>*

*3. Craveiro, I. Professora auxiliar da Unidade de Saúde Internacional e Bioestatística do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa (NOVA-IHMT). Portugal*

## Resumo

O Conass vem buscando institucionalizar a avaliação por meio de diversas estratégias. Entre estas, foi realizada uma avaliação do Modelo de Atenção às Condições Crônicas no município de Santo Antônio do Monte, no estado de Minas Gerais. Considerando a importância de institucionalizar a avaliação, justifica-se a realização de estudos de meta-avaliação, pois esta pode ser uma ferramenta útil quando se trata de temas e contextos que já avançaram em avaliações prévias. Nesse sentido, este estudo teve como objetivo conduzir uma meta-avaliação da avaliação primária “Pesquisa de Avaliação do Laboratório de Inovações no Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde de Santo Antônio do Monte”. Trata-se de um estudo meta-avaliativo por meio de um estudo de caso. Dados coletados utilizando relatório e entrevistas semiestruturadas, com participação do Conass, avaliadores e profissionais do município, adotando-se os princípios utilidade e responsabilidade, da Joint Committee on Standards for Educational Evaluation. A análise ocorreu por meio da análise de conteúdo. A avaliação primária foi considerada satisfatória, ao atingir escore >66,6%, ressaltando a confirmação da importância da adoção desse modelo para o enfrentamento das condições crônicas no SUS, levando a uma mudança e ampliação da estratégia que antes era restrita à atenção primária.

**Palavras-chave:** Avaliação. Meta-avaliação. Políticas de saúde.

## Abstract

Conass has been seeking to institutionalize the assessment through various strategies. Among these, an evaluation of the Care Model for Chronic Conditions in the municipality of Santo Antônio do Monte in the State of Minas Gerais was carried out. Considering the importance of institutionalizing the evaluation, it is justified to carry out meta-evaluation studies, as this can be a useful tool when it comes to themes and contexts that have already advanced in previous evaluations. In this sense, this study aims to conduct a meta-evaluation of the primary evaluation “Research for the Evaluation of the Laboratory for Innovations in the Care of Chronic Conditions in Primary Health Care in Santo Antônio do Monte”. This is a meta-evaluative study through a case study. Data collected using semi-structured reports and interviews, with the participation of Conass, evaluators, and professionals from the municipality, adopting the principles of utility and responsibility, of the Joint Committee on Standards for Educational Evaluation. The analysis took place through content analysis. The primary assessment was considered satisfactory, reaching a score >66.6%, highlighting the confirmation of the importance of adopting this model for coping with chronic conditions in the SUS, leading to a change and expansion of the strategy that was previously restricted to primary care.

**Keywords:** Evaluation. Meta-evaluation. Health policies.

## Résumé

Conass a cherché à institutionnaliser l'évaluation à travers diverses stratégies. Parmi ceux-ci, une évaluation du modèle de soins pour les maladies chroniques dans la municipalité de Santo Antônio do Monte dans l'État du Minas Gerais a été réalisée. Compte tenu de l'importance d'institutionnaliser l'évaluation, il est justifié de réaliser des études de méta-évaluation, car cela peut être un outil utile lorsqu'il s'agit de thèmes et de contextes qui ont déjà avancé dans les évaluations précédentes. En ce sens, cette étude vise à réaliser une méta-évaluation de l'évaluation primaire « Recherche pour l'évaluation du laboratoire d'innovations dans la prise en charge des affections chroniques dans les soins de santé primaires à Santo Antônio do Monte ». Il s'agit d'une étude méta-évaluative à travers une étude de cas. Données collectées à l'aide de rapports semi-structurés et d'entretiens, avec la participation de Conass, d'évaluateurs et de professionnels de la municipalité, en adoptant les principes d'utilité et de responsabilité du Comité conjoint sur les normes d'évaluation de l'éducation. L'analyse s'est faite par analyse de contenu. L'évaluation primaire a été jugée satisfaisante, atteignant un score > 66,6 %, soulignant la confirmation de l'importance d'adopter ce modèle pour faire face aux maladies chroniques dans le SUS, conduisant à un changement et à une expansion de la stratégie qui était auparavant limitée aux soins primaires.

**Mots-clés:** Évaluation. Méta-évaluation. Politiques de santé.

## INTRODUÇÃO

O Brasil vem discutindo a necessidade de que as políticas públicas sejam acompanhadas de avaliações sistemáticas. Nesse sentido, foi aprovado pelo Senado Federal o Projeto de Lei nº 488, com a intenção de estabelecer regras para encaminhamento de proposições legislativas que instituem políticas públicas, levando a uma melhor responsabilidade gerencial na Administração Pública<sup>1</sup>.

Este fato vem ao encontro do movimento que já vem sendo realizado no Brasil, com vistas à institucionalização da avaliação, em diversas instituições, incluindo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) que realizou, no ano de 2019, um curso de Avaliação Internacional em Saúde para os seus técnicos, partindo do pressuposto da avaliação enquanto uma atividade de natureza institucional, tendo como finalidade fazer um julgamento de valor para melhorar a efetividade de políticas, planos nacionais, programas, projetos, iniciativas comunitárias ou outras intervenções<sup>2</sup>.

Além do investimento feito no seu corpo técnico, a fim da formação de avaliadores, o Conass vem demandando pesquisas avaliativas, a diversas instituições, particularmente

na área da Planificação da Atenção à Saúde (PAS)<sup>3</sup>. Trata-se de uma metodologia desenvolvida dentro do Programa de Apoio às Secretarias Estaduais de Saúde (PASES)<sup>4</sup>, que visa à integração da Atenção Primária à Saúde (APS) com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) com base no Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), pretendendo, entre outros aspectos, implementar a estratificação de risco e o autocuidado apoiado.

O objetivo é implantar o MACC em 27 regiões de saúde de 19 estados e Distrito Federal com o intuito de fortalecer o papel da APS e a organização da rede de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>4</sup>. Para apoiar essa implantação, o Conass, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), criou algumas unidades, denominadas Laboratório de Inovações no Cuidado das Condições Crônicas (LIACC) para testar essa metodologia.

Dentre as pesquisas demandadas pelo Conass, para avaliar essa metodologia, destaca-se aquela realizada no LIACC do município de Santo Antônio do Monte por meio de uma carta de acordo entre a Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas Administrativas e Contábeis de Minas Gerais (IPEAD) e a OPAS.

O relatório final dessa pesquisa<sup>5</sup> refere-se tratar de uma contribuição inovadora para o Sistema de Saúde Brasileiro, especificamente para o SUS, em função, principalmente, de dois aspectos, quais sejam: trata-se de uma experiência de organização de um modelo de cuidado das condições crônicas fundamentado na promoção e na prevenção à saúde no nível municipal, que não existia até então; e por ter sido realizada uma avaliação independente.

Entretanto, tão importante quanto realizar estudos de avaliação é avaliar a própria avaliação, o que consiste em uma meta-avaliação, podendo ser entendida como um sistema institucionalizado que auxilia à tomada de decisão no campo de saúde<sup>6</sup>. Ou seja, permite saber se a qualidade das informações produzidas pela avaliação é garantida, possibilitando aos atores melhorar suas decisões e eficiência do sistema de cuidados.

A meta-avaliação pode ser conceituada, operacionalmente, como um processo de descrição, julgamento e síntese de um estudo ou de um de seus componentes com base em padrões e critérios, previamente estabelecidos<sup>7</sup>. Existem várias alternativas para a realização de meta-avaliações<sup>8</sup>, incluindo a proposta brasileira, elaborada e divulgada recentemente pela Rede Brasileira de Monitoramento e Avaliação<sup>9</sup>.

Entre as opções para realização de meta-avaliação, o marco referencial mais conhecido é o proposto pelo Joint Committee on Standards for Educational Evaluation (JCSEE), no qual constam 30 padrões agrupados em 5 categorias ou princípios, essenciais e determinantes para a qualidade de um estudo avaliativo. Esses padrões já foram

submetidos a três revisões, sendo a última edição publicada em 2010<sup>10</sup>. Entretanto, independentemente dos critérios e dos padrões adotados para realização de meta-avaliação, é necessário adequá-los para atender à realidade avaliada<sup>11</sup>.

Considerando a importância de institucionalizar a avaliação e, com isso, a necessidade de criar uma cultura de avaliação dentro das instituições, justifica-se a realização de estudos de meta-avaliação, pois esta pode ser uma ferramenta útil, em especial, quando se trata de temas e contextos que já avançaram em avaliações prévias<sup>12</sup>.

No caso específico, esta proposta de meta-avaliação reveste-se ainda de maior importância tendo em vista que o MACC está previsto para ser implantado nas diversas regiões de saúde do Brasil dentro do Processo de PAS.

Diante disso, este estudo busca responder às seguintes perguntas: o estudo realizado no LIACC para avaliar o MACC, em Santo Antônio do Monte, atende aos pré-requisitos de uma avaliação adequada quanto aos princípios da utilidade e da responsabilidade? Os resultados dessa avaliação contribuirão para a implantação do MACC nos demais municípios brasileiros?

Nesse sentido, tem como objetivo conduzir uma meta-avaliação da avaliação primária “Pesquisa de Avaliação do Laboratório de Inovações no Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde de Santo Antônio do Monte – MG/Brasil”.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### **Abordagem metodológica**

Para a prossecução dos objetivos, foi realizado um estudo meta-avaliativo por meio de estudo de caso. Amplamente utilizado nas ciências biomédicas e sociais, segundo Gil, “o estudo de caso consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento”<sup>13(p. 54)</sup>. No caso deste estudo, foi adotado o resultado da avaliação primária “Pesquisa de Avaliação do Laboratório de Inovações no Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde de Santo Antônio do Monte – MG/Brasil”.

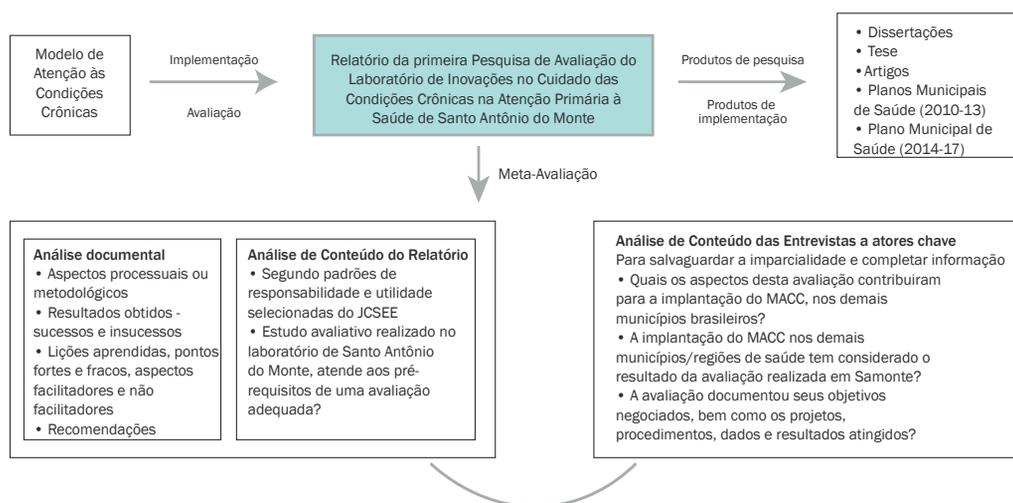
Para este estudo, foram adotados princípios e padrões da JCSEE, seguindo os passos metodológicos, para realização de meta-avaliação, propostos por Malta et al.<sup>12</sup>.

Considerando que a natureza da avaliação realizada influencia na escolha dos princípios/padrões<sup>12</sup>, no caso desta meta-avaliação, após os conteúdos identificados nos documentos referidos acima, foram selecionados os princípios de utilidade e responsabilidade. Para o princípio da utilidade, foram adotados os seguintes padrões: U1 – avaliação de credibilidade (avaliações devem ser conduzidas por pessoas qualificadas

que estabelecem e mantêm credibilidade no contexto de avaliação); U2 – atenção às avaliações das partes interessadas (deve dedicar atenção a toda a gama de indivíduos e grupos investidos no programa e afetados por sua avaliação); U3 – Propósitos negociados (os propósitos da avaliação devem ser identificados e continuamente negociados com base nas necessidades das partes interessadas; U5 – informações relevantes (as informações da avaliação devem atender as necessidades identificadas e emergentes das partes identificadas); e U7 – Comunicação e relatórios oportunos e apropriados (as avaliações devem atender às necessidades de informações contínuas de seus múltiplos públicos). Já para o princípio da responsabilidade, foi adotado o padrão E1 – documentação da avaliação (as avaliações devem documentar integralmente seus propósitos negociados e projetos, procedimentos, dados e resultados atingidos).

Com base na literatura consultada, foi construído um modelo teórico-metodológico pelo qual o estudo foi orientado (Figura 1).

Figura 1. Modelo Teórico-Metodológico da Meta-avaliação



Fonte: elaborado própria.

## Coleta e análise dos dados

Os dados foram coletados por meio de análise documental e entrevistas semiestruturadas.

A análise documental, no contexto da pesquisa qualitativa, é entendida como uma série de operações, tendo como objetivo, entre outros, estudar ou analisar um ou vários documentos buscando identificar informações factuais nestes relacionadas com as questões de interesse<sup>14</sup>.

Para a coleta dos dados, foram adotados o relatório final da pesquisa de avaliação do LIACC em Santo Antônio do Monte, os planos municipais de saúde e os produtos resultantes dessa pesquisa avaliativa, sendo uma tese de doutorado e duas dissertações de mestrado. Esse aspecto vem ao encontro do recomendado ao se realizar meta-avaliação de planos e programas em que devem ser incluídos documentos e/ou relatórios disponíveis e outras informações complementares, aos participantes ou envolvidos no processo avaliativo por meio de entrevistas, grupos focais<sup>12</sup>.

Quanto às entrevistas, participaram 11 profissionais, sendo 6 do Conass, 1 avaliador externo e 4 profissionais do município, adotando-se os seguintes critérios de inclusão: i) ter participado da elaboração da metodologia MACC; ii) estar participando desse processo da implantação da metodologia MACC no SUS; iii) ter participado da implantação do MACC no LIACC em Santo Antônio do Monte; e iv) ter participado da avaliação do MACC no LIACC em Santo Antônio do Monte, privilegiando, assim, os atores que possuem os conhecimentos necessários para o andamento desta meta-avaliação<sup>15</sup>. Como critério de exclusão, seriam aqueles profissionais que participaram tanto do processo de elaboração quanto de implantação da metodologia, que não se encontram mais vinculados ao Conass ou ao município. Trata-se, portanto, de uma amostra não probabilística intencional<sup>6</sup>.

As entrevistas foram realizadas individualmente, face a face, a partir de perguntas norteadoras, as quais contribuíram para a análise dos padrões, tendo como temas gerais questões relacionadas com o MACC, conhecimento sobre a pesquisa avaliativa realizada; envolvimento dos interessados; contribuições da pesquisa para o MACC, comunicação e divulgação dos resultados. Considerando o momento atual vivenciado com a pandemia, além dos temas referidos anteriormente, foram acrescentadas perguntas sobre a covid-19 e o MACC, além de interrogar qual a percepção dos entrevistados sobre meta-avaliação.

As entrevistas ocorreram de forma *on-line*, por meio da plataforma Microsoft Teams®, com agendamento e envio prévio do roteiro e pactuação do tempo estimado para início e finalização delas. Foram gravadas e transcritas, mantendo o seu conteúdo literal e codificadas de modo a garantir o anonimato e a confidencialidade, da seguinte forma: Técnicos (T1, T2), Consultores (C1, C2) e Facilitadores (F1, F2) do Conass; Profissionais do município (M1, M2, M3, M4); e Avaliador (A1).

Para a análise dos padrões, foi aplicada uma escala quantitativa de 0 a 10 a cada um deles, pela qual os valores 9 e 10 correspondem a “excelente”; 7 e 8, a “muito bom”; 5 e 6, a “bom”; 3 e 4, a “fraco”; 0 a 2, a “crítico”. Procedeu-se, depois, à requalificação por princípio de avaliação em “Insatisfatório”, “Aceitável” e “Satisfatório” de acordo com a avaliação percentual <33,3%, 33,3%-66,6%, >66,6%.

A pontuação por padrão foi atribuída por dois dos autores separadamente, e os resultados foram confrontados, de forma a evitar equívocos e obter consenso em relação aos valores atribuídos, conforme proposto por Malta et al.<sup>12</sup>.

As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo<sup>16</sup> adotando as três etapas estabelecidas, quais sejam: pré-análise; exploração do material; e tratamento, inferência e interpretação dos resultados.

A informação que permitiu a atribuição de classificação em cada um dos padrões foi obtida na análise documental do relatório final da avaliação e com recurso às entrevistas realizadas.

### **Aspectos éticos**

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília, acompanhado do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em concordância com as orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual (Ofício Circular no 2/2021/CONEP/SECNS/MS)<sup>17</sup>, sob parecer 4.696.338.

## **RESULTADOS**

Serão apresentados inicialmente os resultados referentes aos padrões adotados para esta meta-avaliação (Tabelas 1 e 2), nas quais constam, além das pontuações e classificação dos padrões, os resultados da análise de conteúdo das entrevistas relacionadas com eles. Em seguida, serão descritos os resultados, que dizem respeito à percepção dos entrevistados sobre meta-avaliação, e sobre às questões relativas ao MACC e à covid-19.

De acordo com a atribuição do valor aos padrões selecionados, observa-se que a avaliação realizada no LIACC, antes e durante a implantação do MACC em Santo Antônio do Monte, apresentou classificação satisfatória (classificação máxima) ao obter 71,67%, portanto, superior ao que é preconizado para obtenção dessa pontuação que é 66,6%. Ou seja, de um total de 60 pontos (pontuação máxima), de acordo com o quantitativo de padrões utilizados neste estudo, a avaliação global é de 43 pontos. Se procedermos a uma análise por Princípio, verificamos que o Princípio da Utilidade, nos cinco padrões utilizados, obteve uma pontuação total de 70%, e o Princípio de Responsabilidade, de 80% (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1. Princípio de Utilidade

PADRÃO	Pontuação	Justificativa (Relatórios e Entrevistas)
(U1) Avaliação de credibilidade	10	<p>Pesquisa realizada por meio de Carta de Acordo entre a Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas Administrativas e Contábeis de Minas Gerais (IPEAD) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), realizada pelo Grupo de Estudos em Economia da Saúde e Criminalidade (GEESC) da Universidade Federal de Minas Gerais.</p> <p><i>“Tenho mestrado, doutorado, pós-doutorado na área de economia, trabalho com economia da saúde desde o ano 2000, então tem mais de 20 anos que eu trabalho com economia da saúde, especificamente uma das áreas de pesquisa e avaliação. Avaliação de programas e de política de saúde. Então tenho feito avaliação, avaliação de impacto, avaliação econômica que inclui abordagem de custos, enfim” (A1).</i></p>
(U2) Atenção às avaliações das partes interessadas	5	<p>O relatório refere que a pesquisa contou com a participação do Conass (consultores, facilitadores e técnicos); da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; do município de Santo Antônio do Monte (Prefeito; Coordenadora e enfermeira do Centro Hiperdia/ Viva Vida; Coordenadora da APS; Secretária de Saúde; Fundação Dr. José Maria do Mares Guia; Regional de Saúde de Divinópolis; Laboratório Municipal de Saúde; Gerentes de UBS; todos os profissionais da APS e do Centro Hiperdia /Viva Vida, e população).</p> <p>Entretanto, não fica explícito no relatório como ocorreu o processo para a identificação dos possíveis interessados no programa/ intervenção, também denominados <i>stakeholders</i>, e/ou nos usos da avaliação, visando envolvê-los no processo como um todo ou em alguns momentos, não apenas como respondentes.</p> <p>Ao analisar as entrevistas, fica claro, de acordo, com os representantes do Conass, que houve este envolvimento em todas as etapas da avaliação, desde a sua concepção, porém isso não se verifica no relato de representantes do município, seja profissionais ou a população representada pelo Conselho Municipal de Saúde.</p> <p>Para entrevistado do Conass:</p> <p><i>“Mas tenho certeza que a pauta foi lançada, foi colocada, mas não com uma ênfase dos conselheiros conhecerem o projeto, não dos conselheiros participarem das entrevistas. Eles não tiveram essa participação dessa forma. Eles tinham a participação do que é que era a pesquisa, os resultados da pesquisa, mas não como atuantes. E sim, só nos bastidores, mesmo” (M1).</i></p> <p>Para o município:</p> <p><i>“A gente participava na questão de logística, porque ela foi feita em dois momentos, um com os profissionais e um também com os usuários. Então a gente participou do processo como um todo na logística. A identificação desses pacientes, identificação de prontuário, organização das reuniões focais com a equipe, monitoramento se tava sendo efetivo, se não tava, se tava acontecendo, se tava faltando, ou não. Alguém pra participar e fomentar aquele instante. Na discussão em si, quais os argumentos, qual a linha de</i></p>

		<p><i>trabalho, o que é que vai ser medido ou avaliado, isso já foi feito pela própria equipe da pesquisa mesmo” (M1);</i></p> <p><i>“Mas tenho certeza que a pauta foi lançada, foi colocada, mas não com uma ênfase dos conselheiros conhecerem o projeto, não dos conselheiros participarem das entrevistas. Eles não tiveram essa participação dessa forma. Eles tinham a participação do que é que era a pesquisa, os resultados da pesquisa, mas não como atuantes. E sim, só nos bastidores, mesmo” (M1).</i></p>
(U3) Propósitos negociados	5	<p>No relatório final, constam todas as atividades realizadas durante o desenvolvimento da pesquisa, contemplando reuniões e visitas, entre outras estratégias.</p> <p>Entretanto, não ficam explicitadas as negociações com base nas necessidades das partes interessadas, incluindo profissionais do município e a população, à exceção da fala dos representantes do Conass, conforme se realça a seguir:</p> <p><i>“Eu acho que essa é uma vantagem do grupo da pesquisa, entendeu?! Certamente esse trabalho foi feito num diálogo muito próximo com as equipes da Secretaria de Saúde Estadual. Lógico, você não vai discutir técnica de análise ou a metodologia, mas eles trabalham de forma muito próxima. Eu não acredito muito nisso, pega uma equipe, uma da universidade, os caras vêm, monta a equipe, publica os paper dele, isso num tem, tô exagerando um pouco, mas você sabe que tem” (C1);</i></p> <p><i>“Teve um envolvimento que na minha avaliação ele foi muito positivo. Acho que a equipe pesquisadora era muito aberta. Solicitava muito a gente de contribuinte, de verificar a proposta dele, de validar a proposta e depois os resultados” (C2);</i></p> <p>As falas acima, do Conass, vão ao encontro do que referiu um integrante do grupo de avaliadores: <i>“Então assim, esse processo, inclusive entender isso não foi uma coisa óbvia. Que as próprias pessoas que contrataram a avaliação não tinham clareza disso. Várias conversas que a gente teve era exatamente em torno de indicadores. E eu perguntava pra ele: que indicadores? Que indicadores? O que vai ser avaliar os resultados? Mais o entendimento que a gente precisava ter muito claro de que era a intervenção” (A1).</i></p> <p>Já as falas dos profissionais do município sugerem que esses propósitos não foram negociados:</p> <p><i>“A gente podia ter aproveitado mais. Eu sinto isso. Eu achei que a gente não apoiou da maneira que precisava. Eles tiveram muita dificuldade na coleta, não conseguiram coletar algumas informações porque a gente não se apropriou disso pra poder apoiar (M3)”.</i></p> <p><i>“Não existia uma participação ativa dos conselheiros” (M1)</i></p>
(U5) Informações relevantes	10	<p>O relatório final explicita detalhadamente todo o processo desenvolvido na pesquisa, desde a sua concepção (propósitos) e desenvolvimento. Aponta os principais resultados obtidos na avaliação do LIACC, ressaltando os avanços e as limitações para a implantação do MACC no que diz respeito a algumas tecnologias propostas no modelo.</p>

(U5) Informações relevantes	10	<p>O relatório final explicita detalhadamente todo o processo desenvolvido na pesquisa, desde a sua concepção (propósitos) e desenvolvimento. Aponta os principais resultados obtidos na avaliação do LIACC, ressaltando os avanços e as limitações para a implantação do MACC no que diz respeito a algumas tecnologias propostas no modelo.</p> <p>A percepção da equipe avaliadora assim como dos atores-chave entrevistados do Conass e do município convergem quanto à relevância das informações obtidas com a avaliação:</p> <p><i>“Este trabalho é uma contribuição inédita para o Sistema de Saúde Brasileiro, especificamente para o Sistema Único de Saúde (SUS). Essa contribuição se estende principalmente a dois aspectos. Primeiro por se tratar de uma experiência de organização de um modelo de cuidado das condições crônicas fundamentado na promoção e prevenção a saúde no nível municipal. O segundo aspecto refere-se à realização de avaliação independente” (A1).</i></p> <p><i>“Eu acho que a grande diferença foi a gente se apropriar, de fato, desse modelo. Da fortaleza desse modelo. E aí ele saiu um pouco da teoria pra prática. Eu acho que essa foi uma contribuição. A gente pôde fazer essa avaliação melhor e a partir daí, quando a gente trabalha esse modelo nos municípios a gente tem condição de fazer uma discussão com esses profissionais e esses gestores a respeito do que pode mudar a partir da implantação dessas ferramentas, a partir da implantação propriamente do modelo” (F1);</i></p> <p><i>“Foi exatamente a pesquisa de Samonte que mostrou que por mais que ‘X’ fosse competente com a equipe dela do ambulatório, por mais que o prefeito desse todo apoio político, se a Atenção Primária não tivesse essa integração que eu falei há pouco, o ambulatório não tinha como rodar o modelo lá, porque acaba que todo mundo ficava lá grudado” (T1);</i></p> <p><i>“Então aí a pesquisa nesse sentido ajudou a gente naquele sentido que eu falei, a evidenciar alguns aspectos que eram importantes” (C2);</i></p> <p><i>“Foi fazer uma pesquisa populacional de base domiciliar. Isso raramente é feito. Então eu acho que nesse sentido a gente ficou mais tranquilo. Olha, essa coisa quando eu pego ACIC, por exemplo, PACIC nem sempre o tempo capta a mudança do paciente o tempo todo. Mudança de paciente exige mais tempo do que o tempo que tivemos, mas o ASSIC ali os resultados são impressionantes, porque mudou, melhorou os seis elementos, todos os seis elementos melhoraram entre antes e depois” (C1);</i></p> <p><i>“Então foi um marco muito importante essa avaliação aqui porque foi daí que foi visto que realmente era viável pra tá disseminando pra os outros estados” (M4).</i></p> <p><i>“Eu acho que nada tão favorável quanto a mudança do perfil de morbimortalidade do município. A pesquisa evidenciou isto bem forte” (M1).</i></p>
-----------------------------	----	--

<p>(U7) Comunicação e relatórios oportunos e apropriados</p>	<p>5</p>	<p>O relatório final descreve de forma clara e detalhada a intervenção avaliada, o contexto, os procedimentos adotados, os resultados e as considerações finais. Trata-se de um documento extenso, com 623 páginas, contemplando inicialmente um sumário executivo (duas páginas) no qual estão descritos os propósitos da avaliação, além das atividades realizadas para o desenvolvimento da pesquisa assim como quando e onde ocorreu a comunicação dos resultados.</p> <p>Essa comunicação pode ser evidenciada por meio dos atores entrevistados do Conass, conforme os seguintes relatos:</p> <p><i>“E eu acho que a maior divulgação foram as visitas que todas as secretarias estaduais de saúde fizeram ao município em algum momento. Todas. Todas as equipes foram ver lá como funcionava a Especializada. Não a Atenção Primária, que você sabe que secretário não se interessa, mas a Especializada, todos eles foram ver, inclusive São Paulo”</i> (T1);</p> <p><i>“O Conass fez várias iniciativas pra mostrar, pra divulgar. A gente fez seminários em Belo Horizonte, seminário em Brasília, levou conhecimento aos secretários”</i> (T2).</p> <p>Já para os atores entrevistados no município houve falha nesse processo, ou pelo menos apontam que fariam diferente:</p> <p><i>“Eu não tive um compilado dessas informações, eu não tive acesso a um relatório, eu não tive, isso foi muito ruim, foi frágil. Então foi lá essa reunião, foi passado e depois não teve mais nada. Só que tava preparando material, material tava preparando, preparando e nunca preparou”</i> (M3);</p> <p>Convergindo com esta última fala do município, um componente da equipe avaliadora comenta: <i>“Ia ser feito um material mais simples e a gente teve os artigos publicados, inúmeras apresentações, várias instâncias desde instância nacional como internacional, tem trabalho de banco mundial, isso tudo por questão própria, não foi vinculado aos financiadores”</i> (A1).</p> <p>Voltando para fala de ator entrevistado no município: <i>“Hoje, avaliando depois de um tempo já com um pouco mais de experiência da época eu faria diferente. Eu faria um grande momento em relação a esta pesquisa com os atores envolvidos do município. Eu acho que, quando falo dos atores, o operacional da ponta, os profissionais de saúde que tiveram envolvidos, eu acho que a gente, a gente faltou um pouco trazer esses resultados para eles”</i> (M4);</p> <p><i>“traria essa discussão pra mais perto da população pra apresentar e até mesmo pra ouvir se de fato o que tava ali no papel era o que a percepção da maioria tava no momento, o entendimento deles”</i> (M4).</p>
<p>R= 35/50 70%, Satisfatório</p>		

Fonte: elaboração própria.

Ao analisar os resultados, desagregando por princípios, iniciando pelo Princípio de Utilidade, verifica-se que dois padrões (U1 – avaliação de credibilidade e U5 – informações relevantes), que correspondem a 40%, obtiveram scores “excelentes”, enquanto os outros três (U2 – atenção às avaliações das partes interessadas; U3 – Propósitos negociados e U7 Comunicação e relatórios oportunos e apropriados) correspondendo a 60% dos padrões desse princípio obtiveram escore “bom”.

Tabela 2. Princípio de Responsabilidade

PADRÃO	Pontuação	Justificativa (Relatórios e Entrevistas)
(E1) Documentação da avaliação	8	<p>O relatório final da avaliação documenta de forma clara e detalhada a intervenção a ser avaliada (MACC), os procedimentos, os resultados, além de apontar para os ajustes necessários a serem feitos no município para a completa implantação do modelo.</p> <p><i>“Hoje eu sei que tem o nosso registro bem documentado e tá em poder do Conass” (A1).</i></p> <p>Entretanto, ao analisar a documentação, verifica-se que não estão explicitados os propósitos negociados nem os resultados implementados. Este último aspecto vai ao encontro da fala de um dos atores entrevistados do Conass, ao referir que:</p> <p><i>“É um super documento, com muito detalhe, com todos os dados muito bem apresentados. Talvez aqui, voltando àque-la questão da utilidade da pesquisa, talvez essa discussão que talvez a gente pudesse aproveitar mais de tirar que implicação isso tem pra nossa proposta da planificação. Ou para o MACC no SUS, por exemplo, de maneira mais ampla. Aqui eu acho que faltou pouco, o nível de discussão foi muito de avaliação dos dados e dentro do cenário do LIACC. Mas em termos de implicação assim, a gente teve pouca oportunidade” (C2);</i></p> <p>Para um dos atores entrevistado do município:</p> <p><i>“Essa parte burocrática da pesquisa e como se daria, então eu tenho um pouco de dificuldade para falar” (M4).</i></p>
R=8/10 80% Satisfatório		

Fonte: elaboração própria.

Já no princípio da responsabilidade, o padrão avaliado (E1 – documentação da avaliação) único adotado nesta meta-avaliação, obteve escore “muito bom”.

Nesse sentido, ao analisar conjuntamente os dois princípios, adotados por esta meta-avaliação, com os respectivos padrões, dois obtiveram avaliação “excelente”; um, padrão avaliação “muito bom”; e três, avaliação “bom”.

Embora os outros dois padrões que estão contemplados neste princípio – meta-avaliação interna e externa – não tenham sido selecionados para esta meta-avaliação, foi perguntado aos entrevistados qual a percepção deles sobre esse assunto; e como respostas, percebe-se que existe pouco conhecimento ou mesmo desconhecimento do assunto por eles, conforme os relatos a seguir:

*“olha, a gente tá mais acostumado com meta-análise, né? Que abriga tudo isto. Em termos de meta-avaliação não é uma coisa que eu tenha muito contato prático, não, é mais teórico mesmo. Na conta de que você vê que a gente tem uma dificuldade muito grande com a avaliação, né, pra chegar na meta-avaliação” (T2)*

*“a gente não consegue traduzir de forma efetiva pro papel. É só quem vai lá e vivencia, que tem noção. Então fazer esta meta-análise com certeza vai auxiliar a fortalecer tudo aquilo que vem sendo feito” (F2)*

*“assim, eu acho que a gente ainda tá longe de ter avaliação. A meta-avaliação pra mim é uma coisa bem distante... mas eu acho que é um futuro” (A1)*

*“eu acho interessante. É a mesma coisa de fazer uma meta-análise, você tem vários trabalhos e vai ver aquele conjunto de trabalhos” (C1)*

*“olhe, meta é o que proposto e após é feito uma avaliação da meta” (M2)*

Ao ser questionado sobre o MACC e a pandemia de covid-19, esse modelo foi reforçado, particularmente pelos representantes do Conass, como o mais adequado para ser adotado, considerando que a resposta à pandemia, nos locais em que ele já estava implantado, como parte do processo de planificação à atenção, foi mais efetiva do que naqueles locais no quais não houve essa implantação.

*“Eu o enxergo como um modelo lógico, coerente, que vai responder à questão do covid-19. Eu consigo ler a pandemia dentro do MACC tranquilamente. Para mim tá muito claro e óbvio onde cada coisa tá concentrada” (M3)*

*“As equipes que fizeram a planificação, o percurso planificação, com certeza elas conseguem mais adequadamente a essa mudança de demanda que está acontecendo. Em todas as regiões, a gente teve um retorno sobre isto” (C2)*

*“Como nesses lugares já tava implantado e eles já faziam a estratificação de risco, isso facilitou muito... Então eu posso colocar assim, com toda certeza o grande diferencial” (F1)*

## DISCUSSÃO

Segundo o JCSEE, os padrões de utilidade têm o objetivo de aumentar o grau em que as partes interessadas do programa consideram os processos e produtos de avaliação valiosos para atender às suas necessidades<sup>10</sup>.

Para Patton<sup>18</sup>, a avaliação focada na utilidade é uma abordagem baseada no princípio de que uma avaliação deve ser julgada por sua utilidade para os usuários pretendidos. Nesse sentido, as avaliações devem ser planejadas e conduzidas de forma a aprimorar a provável utilização dos resultados e do próprio processo para informar as decisões e melhorar o desempenho<sup>18</sup>.

Com base na ideia de coerência, a tipologia proposta para utilização das avaliações deve ser garantida por duas condições, quais sejam: alinhamento entre a natureza da intervenção ou do problema a avaliar e o tipo de avaliação selecionado; e que os avaliadores e os utilizadores potenciais se entendam sobre os fundamentos epistemológicos, metodológicos e políticos da avaliação<sup>19</sup>. Ademais, segundo os autores, quanto mais intensa esta harmonia, maior a probabilidade de que a avaliação tenha um impacto sobre o processo de tomada de decisão.

Esse aspecto vai ao encontro de um dos padrões analisados nesta meta-avaliação, o qual diz respeito a atenção as avaliações das partes interessadas, o que nos remete a pensar sobre uma avaliação participativa.

Segundo Furtado<sup>20</sup>, existem várias definições para avaliação participativa. Entretanto, o que a caracteriza mais fortemente é a inserção de outros atores sociais, no processo avaliativo, além dos avaliadores, como, por exemplo, gerentes dos serviços, gestores, profissionais da ponta, usuários, familiares e grupos pouco ou mal atendidos pelo serviço. Para esse autor, diz respeito a uma avaliação que vai muito além do fornecimento de informações, podendo envolver os diferentes atores em algumas ou todas as etapas da avaliação (como a definição das perguntas avaliativas, coleta, análise de dados, julgamento e formulação de recomendação).

Ainda de acordo com o autor acima, a avaliação centrada na utilidade é um dos exemplos de avaliação pragmática, na qual a participação está a serviço de garantir ou expandir o grau de utilização dos resultados de modo a melhorar a eficácia de um programa.

Independentemente do tipo de avaliação realizada, para ser considerado adequado, um processo avaliativo deve identificar seu potencial público e comunicar-se com ele. Para o Centers for Disease Control and Prevention (CDC)<sup>21</sup>, o engajamento dos *stakeholders*, definido como pessoas ou organizações implicadas com o que será aprendido em uma avaliação e no que será feito com esse conhecimento, é o primeiro passo a ser dado na avaliação de um programa. Para tanto, o avaliador, desde o início, deve procurar identificar os possíveis interessados/envolvidos no programa e/ou nos usos da avaliação, com o propósito de envolvê-los em todo o processo, ou apenas em determinados momentos<sup>22</sup>.

No caso da pesquisa avaliativa, objeto desta meta-avaliação, fica evidente o envolvimento de alguns representantes do Conass em praticamente todas as etapas do processo, o que está de acordo com o preconizado para uma pesquisa participativa. Entretanto, isso não se observa nas falas dos entrevistados do município, os quais participaram da pesquisa, apenas do ponto de vista da logística e como atores a serem entrevistados sobre os processos avaliados, conforme relato (Tabela 1).

Tal lacuna poderia ter sido identificada e, eventualmente, sanada caso tivesse sido realizado um estudo de avaliabilidade. Embora não seja uma condição necessária para a realização de uma avaliação, a inclusão prévia de um estudo de avaliabilidade ou pré-avaliação da intervenção<sup>23,24</sup>, diversos estudos têm mostrado a sua importância<sup>2</sup>, considerando que aspectos relevantes podem ser identificados e corrigidos antes da realização da avaliação propriamente dita, evitando que lacunas importantes inviabilizem ou dificultem o processo avaliativo proposto.

Vale ressaltar que um dos aspectos iniciais a serem considerados neste tipo de estudo é a identificação e o envolvimento dos interessados na avaliação<sup>25</sup>. Autores apontam que apenas identificar os possíveis interessados não é suficiente para que essas pessoas estejam engajadas na avaliação, participando ativamente da sua realização. Portanto, após o conhecimento desse público, é importante que o avaliador possa identificar o tipo de apoio que possa ser oferecido por estes (aliado, neutro ou desconhecido e oponente) e a possível participação destes na pesquisa, podendo ser apenas no desenho, na implementação da avaliação, no monitoramento contínuo das necessidades e das estratégias das partes interessadas, nas questões de caráter e nas relações de poder, na interpretação contínua dos resultados e na transferência de conhecimento<sup>25,26</sup>.

Outros aspectos importantes, que estão contemplados nos estudos de avaliabilidade, dizem respeito à elaboração do modelo lógico e, em seguida, à definição das perguntas avaliativas. Esses aspectos vão ao encontro de outro padrão analisado neste estudo meta-avaliativo, relacionado com os propósitos negociados, os quais, segundo a JCSEE, deverão estar explicitados no relatório final da avaliação<sup>10</sup>.

Ainda com relação aos estudos de avaliabilidade, a literatura aponta que a elaboração e a utilização do modelo lógico otimizam o tempo disponível, os recursos destinados ao programa, a definição de indicadores que serão monitorados e dos aspectos a serem avaliados. Nesse sentido, elaborar e discutir o modelo lógico de um programa, com os possíveis interessados/envolvidos, permite definir exatamente o que deve ser medido e qual a parcela de contribuição do programa nos resultados observados, uma vez que outras variáveis – culturais, econômicas, sociais, funcionais, climáticas e epidemiológicas – podem desvirtuar essa relação linear de causa-efeito entre o programa e

os resultados<sup>27,28</sup>. No caso da pesquisa avaliativa, fica claro nas falas dos entrevistados que houve uma permanente negociação desses propósitos com alguns representantes do Conass (Tabela 1).

Quanto ao padrão analisado, neste estudo, relacionado com informações relevantes, tanto o relatório quanto as falas dos entrevistados apontam que a avaliação realizada trouxe muitas contribuições ao demonstrar a potencialidade desse modelo para o enfrentamento das condições crônicas pelo SUS (Tabela 1). Esse aspecto será retomado mais adiante.

A criteriosa realização de uma avaliação não prescinde da competente divulgação e do uso dos seus resultados, sob o risco de comprometer a principal finalidade da avaliação que é a produção de informações com capacidade para subsidiar a decisão<sup>29</sup>. Esse aspecto está relacionado com o último padrão dentro do princípio de utilidade, analisado nesta meta-avaliação, que diz respeito a comunicação e relatórios oportunos e apropriados.

Para ser considerado um bom relatório de avaliação, este deve adequar-se às necessidades de seu público em todos os aspectos, o que inclui as informações a serem priorizadas, as quais dizem respeito ao conteúdo do relatório, até as questões de forma, estilo e linguagem. Muito raramente, um relatório é igualmente apropriado para diferentes públicos, considerando que as necessidades de resposta dos gestores não são as mesmas da população usuária, por exemplo<sup>29</sup>.

Nesse sentido, recomenda-se que os usuários participem das definições quanto ao formato de relatório que consideram mais adequado, que tipo de apresentação consideram útil, entre outros aspectos, pois apresentar resumos estatísticos a públicos leigos que não conhecem estatística é precariedade de comunicação<sup>29,30</sup>.

Preconiza-se que um bom relatório deve apresentar os seguintes componentes: sumário executivo; foco e questões de avaliação; descrição da intervenção/programa e seu contexto; metodologia utilizada; participação dos *stakeholders*; achados e conclusões; recomendações e lições aprendidas<sup>29</sup>.

O resumo ou sumário executivo, normalmente o único tópico lido pelos usuários, não deve exceder a duas páginas, deve ser suficientemente esclarecedor, claro e completo, provendo uma sinopse dos elementos substantivos da avaliação (objetivo e questões do estudo, principais resultados, recomendações)<sup>29</sup>. Ao analisar o resumo executivo do estudo avaliativo em questão, foi verificado que ele está de acordo com o número de páginas preconizada acima; entretanto, não foram identificados nele alguns itens, como, por exemplo, os principais resultados e recomendações.

Quanto ao princípio da responsabilidade adotado nesta meta-avaliação, qual seja, documentação da avaliação, o JCSSE prevê que as avaliações devem documentar integralmente seus propósitos negociados e projetos, procedimentos, dados e resultados

implementados. Ao analisar o relatório final, verifica-se a falta de registro referente aos propósitos negociados, embora as entrevistas, particularmente aquelas relacionadas com as falas dos representantes do Conass, sugerem que esse aspecto foi contemplado no decorrer da avaliação.

As respostas sobre meta-avaliação, incluídas neste estudo, em função da importância reconhecida de “avaliar as avaliações”<sup>31-33</sup>, revelaram que os diferentes entrevistados não têm familiaridade com esse tipo de abordagem, inclusive muitos deles confundem a meta-avaliação com a técnica de meta-análise.

Para Hartz e Contandriopoulos<sup>7</sup>, existe concordância entre os diversos autores, no sentido de que a meta-avaliação seja introduzida, preferencialmente, com a pesquisa avaliativa ainda em curso, o que se constitui em uma meta-avaliação formativa. Dessa forma, buscará trazer contribuições para o aperfeiçoamento do estudo ainda em execução, aumentando a probabilidade, por exemplo, da sua utilidade.

Autores recomendam que a meta-avaliação pode e deve ser adotada pelos próprios pesquisadores de modo que busquem promover a qualidade das suas próprias pesquisas. Ao optar por uma meta-avaliação formativa, o pesquisador ou a equipe da pesquisa poderão contar com um meta-avaliador externo ao estudo, sem interesses relativos ao estudo ou à intervenção que está sendo avaliada e com experiência comprovada em avaliação para desenvolver essa atividade. No caso da meta-avaliação somativa, esta deve ser preferencialmente realizada por um pesquisador externo, que se comprometerá ao final do estudo, segundo parâmetros predefinidos, a fazer um julgamento acerca da qualidade da avaliação e do valor do estudo avaliativo<sup>34</sup>.

A meta-avaliação permite o acesso à informação sobre as limitações e as potencialidades da avaliação realizada, aumentando sua credibilidade e permitindo às partes interessadas julgar e contextualizar os resultados obtidos<sup>7</sup>. Nesse sentido, o uso da meta-avaliação deve ser incentivado entendendo como uma ferramenta crucial para o aperfeiçoamento e desenvolvimento do SUS, pois a ausência de avaliar as avaliações permite que práticas avaliatórias inconsistentes possam ser consideradas e que possam induzir ou fundamentar decisões equivocadas por parte dos gestores<sup>35</sup>.

Sobre o entendimento que os entrevistados tinham com relação ao MACC e o que pensavam dele diante da situação vivenciada no SUS com a pandemia da covid-19, chama atenção o grande conhecimento sobre o modelo e a aprovação deste por todos os entrevistados, considerando representantes do Conass e do município. Isso não invalida o fato de que foram feitos relatos acerca das condições necessárias/limitações para a implantação dele, a exemplo de vontade e decisão política, o contexto, a grande rotatividade de profissionais nos municípios, a implantação de prontuário eletrônico, entre outras.

## CONCLUSÕES DA META-AVALIAÇÃO

Respondendo às questões iniciais propostas neste trabalho, com base no resultado da análise dos documentos e pontuação dos padrões, pode-se afirmar que a avaliação atendeu aos pré-requisitos de uma avaliação adequada, sendo classificada como satisfatória.

Entre as várias contribuições da “Pesquisa de Avaliação do Laboratório de Inovações no Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde de Santo Antônio do Monte”, de acordo com o relatório final e as entrevistas, podem-se elencar: i) a experiência de Santo Antônio do Monte revela que é possível, para municípios de pequeno porte, estabelecer uma rede de cuidados da atenção primária e que a ausência de uma atenção secundária organizada seria um gargalo para o MACC; ii) o desenho do estudo avaliativo realizado em Santo Antônio do Monte permitiu conhecer as mudanças realizadas na atenção primária ofertada no município para toda a população e para os grupos-alvo segundo a percepção dos indivíduos entrevistados assim como dos profissionais; iii) o conjunto de resultados apresentados ao longo do relatório é amplo e permite identificar mudanças no processo de cuidado que apontam favoravelmente à implementação do MACC como forma alternativa de organização do cuidado crônico no SUS; iv) a avaliação permitiu identificar alguns gargalos associados ao desenho institucional do SUS que precisam ser superados para o sucesso e a consolidação dessa experiência; v) uma lição importante dessa avaliação diz respeito à necessidade de incorporar explicitamente o laboratório de análises clínicas no escopo do modelo; vi) do ponto de vista dos entrevistados, quanto às contribuições que essa avaliação trouxe para o MACC, pode-se perceber que foram muitas, havendo uma confirmação da importância da adoção desse modelo para o enfrentamento das condições crônicas, levando a uma mudança de proposta da estratégia que antes era restrita à atenção primária, passando de planificação da atenção primária para a PAS, com o envolvimento da atenção primária e da atenção especializada, conforme vem sendo colocada em prática, em diversos estados e regiões de saúde.

A pesquisa avaliativa realizada em Santo Antônio do Monte apresentou qualidade metodológica, o que pode inclusive ser demonstrado pelos produtos acadêmicos derivados dela, como uma tese de doutorado e duas dissertações de mestrado, além de artigos científicos.

Conforme relatado anteriormente, a pesquisa trouxe evidências quanto à viabilidade da adoção desse modelo para o enfrentamento das condições crônicas no SUS.

Ao explicitar a importância da inclusão da atenção especializada no processo de planificação, fez com que o Conass ampliasse essa metodologia para ser implantada na rede, passando a chamar PAS e não mais planificação da atenção primária, conforme concebida originalmente.

Como recomendação para processos avaliativos futuros, enfatiza-se a necessidade da realização prévia de estudos de avaliabilidade, com consequente elaboração do modelo lógico e maior envolvimento dos atores, não apenas na etapa de fornecimento das informações (respondentes).

Por fim, recomenda-se a adoção da meta-avaliação como princípio orientador do processo de pesquisa avaliativa, no pressuposto de que se houver uma previsão *ad initium* da meta-avaliação interna e externa, ficam acauteladas desde logo garantias de qualidade associadas aos diversos procedimentos avaliativos (por exemplo, metodológicos, de envolvimento das diferentes partes interessadas, responsabilidade social, impacto da avaliação).

O relativo desconhecimento do que é uma meta-avaliação deixa ainda evidente a necessidade de não só implementar estudos meta-avaliativos e disseminar resultados de meta-avaliações, mas também contextualiza uma necessidade de formação nesse tópico específico dentro do campo mais vasto que é a avaliação em saúde.

## Referências

1. Brasil. Senado Federal. Projeto de Lei nº 488, de 2017. Acrescenta dispositivos à Lei Complementar no 95, de 26 de fevereiro de 1998, com o intuito de estabelecer normas e diretrizes para encaminhamento de proposições legislativas que instituem políticas públicas, propiciando melhor responsabilidade gerencial na Administração Pública [internet]. Senado Federal; 2017 [citado 2021 jun 11]. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/sdleg-getter/>
2. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Implementação e Avaliabilidade das Intervenções em Saúde: Estudo de Caso [Internet]. Hartz Z, et al., organizadores. Brasília, DF: CONASS; 2019 [citado 2021 maio 20]. 161 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/leia-4-implementacao-e-avaliabilidade-das-intervencoes-em-saude-estudos-de-caso-no-brasil/>
3. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Estudos sobre a Planificação da Atenção à Saúde no Brasil – 2008 a 2019: uma Revisão de Escopo. Brasília, DF: Brasília: CONASS; 2020. CONASS documenta 36.
4. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Programa de Apoio as secretarias estaduais de saúde [Internet]. Brasília, DF: CONASS; 2021 [citado 2021 jun 15]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/programa-de-apoio-as-secretarias-estaduais-de-saude-pases-2021/>
5. Andrade MV, Noronha K, Cardoso C, Lorenzi C. Relatório da Pesquisa de Avaliação do Laboratório de Inovações no Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde de Santo Antônio do Monte. Minas Gerais; nov 2016. 623 p.

6. Guerreiro CS, Ferrinho P, Hartz Z. Avaliação em saúde na República da Guiné-Bissau: uma meta-avaliação do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário. *Saúde Debate*. 2018;42(118):549-65.
7. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Do quê ao pra quê da meta-avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Silva LMV, organizadores. *Meta-avaliação da Atenção Básica à Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 27-45.
8. Elliot LG. Metaevaluation: from approaches to possibilities of application. *Ensaio: Aval Pol Públ Educ*. 2011;19(73):941-64
9. Silva RR, Joppert MP, Gasparini MFV, organizadores. *Diretrizes para a prática de avaliação no Brasil* [internet]. Rio de Janeiro: Rede Brasileira de Monitoramento e Avaliação; 2020 [citado 2021 jul 20]. Disponível em: <https://sinapse.gife.org.br/download/diretrizes-para-pratica-de-avaliacoes-no-brasil>.
10. Joint Committee on Standards for Educational Evaluation. *The program evaluation standards: a guide for evaluators and evaluation users: a guide for evaluators and evaluation users*. 3. ed. Thousand Oaks, CA: Sage; 2011.
11. Furtado JP, Laperrière H. Parâmetros e paradigmas em meta-avaliação: uma revisão exploratória e reflexiva. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*. 2012;17:695-705.
12. Malta DC, Silva AG, Guerreiro CS, Hartz ZMA. Contextualizando a influência das avaliações: um ensaio meta-avaliativo com ênfase na utilidade e responsabilidade. *An Inst Hig Med Trop*. 2019;(supp 1):s57-s69.
13. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas; 2006.
14. Lüdke M, André M. *A pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU; 1986.
15. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec; 2007. 392p.
16. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2013.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. *Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual*. Brasília, DF: 24 fev. 2021.
18. Patton MQ. What is Utilization-Focused Evaluation? In: Patton (Org). *Utilization Focused Evaluation*. 4th Ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2008. p. 35-57.
19. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos A-P. Utilizar a Avaliação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos, Hartz Z. *Avaliação em saúde: Conceitos e Métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 242-261.

20. Furtado JP. Avaliação e Participação. In: Brandão D, Martina RO, organizadores. Avaliação de Programas e Projetos: temas brasileiros. São Paulo: Instituto Fonte e Fundação Itaú Social; 2011.
21. Centers for Disease Control and Prevention. Framework for Program Evaluation in Public Health. MMWR. 1999;48(11):17.
22. Hartz ZMA, Felisberto E, Vieira-da-Silva LM, organizadores. Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. 410 p.
23. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos, Hartz Z. Avaliação em saúde: Conceitos e Métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. 292 p.
24. Mendes MFM, Bezerra LCA, Cazarin G, Dubeux LS. Avaliabilidade ou Pré-Avaliação de um Programa. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 57-64.
25. Hartz Z. Etapas da Avaliação: Identificação dos Interessados. In: Curso de Avaliação em Saúde, módulo 2 (material impresso). Lisboa, Portugal; jan. 2021.
26. Suárez-Herrera JC, Champagne F, Contandriopoulos AP. Novas Práticas em Avaliação Participativa: Lições de uma Pesquisa Avaliativa Sobre os Conselhos de Saúde no Brasil e em Espanha. An Inst Hig Med Trop. 2019;(supp 1):s99-s108.
27. Bezerra LCA, Cazarin G, Alves CKA. Modelagem de Programas: Da Teoria à Operacionalização. Bezerra LCA, Cazarin G, Alves CKA. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 65-87.
28. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos AP. Modelizar as Intervenções. In: Brousselle A, et al., editores. Avaliação em saúde: Conceitos e Métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 61-74.
29. Medina MG, Fernandes AS. Utilidade da Avaliação para Gestores de Saúde. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Vieira-da-Silva LM, organizadores. Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 101-16.
30. Santos LC, Albuquerque KM, Souza MBCP, Bezerra LCA. Comunicação dos Resultados: um desafio para o uso das lições aprendidas com a avaliação. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 131-42.
31. Sciven M. Evaluation thesaurus. California: SAGE; 1991.
32. Contandriopoulos A-P. Avaliar a avaliação. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 264-71.

33. Almeida CAL, Tanaka OY. Meta-avaliação de um processo participativo no fortalecimento da gestão municipal. *Rev Saúde Pública*. 2017;51:99.
34. Figueiró AC, Felisberto E, Dubeux LS, Samico I. Avaliando as Avaliações: Meta-avaliação, uma Introdução ao Tema. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. *Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 161-70.
35. Hartz Z, Rehem T, Craveiro I. Meta-avaliação em tempos de pandemia: para que servem as intervenções da covid-19? Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2021. Coleção Covid-19; v. 1 – Principais Elementos.

**Conflito de interesses:**

Os autores declaram que não existem conflitos de interesses.

Acesse a **Biblioteca Digital do Conass** e baixe esta publicação e os demais volumes da Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde (LEIASS) e muito mais!

[www.conass.org.br/biblioteca](http://www.conass.org.br/biblioteca)



## CAPÍTULO 13

---

# ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM HIPERTENSÃO E DIABETES: RESULTADOS DE ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS E AVALIATIVOS NO ESTADO DE PERNAMBUCO NO PERÍODO DE 2007 A 2017

---

*Attention to subjects with hypertension and diabetes: results of  
epidemiological and evaluative studies in the state of Pernambuco, from  
2007 to 2017*

**Eduarda Cesse<sup>1</sup>**  
**Eduardo Freese<sup>2</sup>**  
**Wayner Souza<sup>3</sup>**  
**Ana Claudia Figueiró<sup>4</sup>**  
**Annick Fontbonne<sup>5</sup>**

1. Cesse, E. Ph.D – Departamento de Saúde Coletiva/Instituto Aggeu Magalhães-Fiocruz Pernambuco (NESC/IAM-Fiocruz PE), Recife, Brasil – E-mail: eduarda.cesse@fiocruz.br

2. Freese, E. Ph.D – Departamento de Saúde Coletiva/Instituto Aggeu Magalhães-Fiocruz Pernambuco (NESC/IAM-Fiocruz PE), Recife, Brasil

3. Souza, W. Ph.D – Departamento de Saúde Coletiva/Instituto Aggeu Magalhães-Fiocruz Pernambuco (NESC/IAM-Fiocruz PE), Recife, Brasil.

4. Figueiró, AC. Ph.D – Departamento de Saúde Coletiva/Instituto Aggeu Magalhães-Fiocruz Pernambuco (NESC/IAM-Fiocruz PE), Recife, Brasil

5. Fontbonne, A. M.D., Ph.D – Centre de Recherche en Epidémiologie et Santé des Populations (CESP), Inserm, Villejuif, França

## Resumo

Entre os principais problemas de saúde pública da atualidade, encontram-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM), que também se destacam entre os cinco principais riscos globais para a mortalidade no mundo. Analisar o modelo de atenção, o acesso aos atendimentos, as respostas dos profissionais e o envolvimento dos pacientes fornece informações para repensar a organização, a qualificação e a ampliação da atenção. Nesse objetivo, analisou-se a atenção às pessoas com hipertensão e diabetes assistidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) em Pernambuco-Brasil, no período de 2007 a 2017. Tomaram-se como base inquéritos epidemiológicos e pesquisas avaliativas com hipertensos e diabéticos e com profissionais envolvidos na atenção, realizados pelo Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde, do Departamento de Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, em Pernambuco. Os resultados revelaram as dificuldades que a ESF ainda enfrenta na atenção, contribuindo para a manutenção de indicadores de controle da HAS e do DM insatisfatórios. O componente de estrutura das intervenções apresentou-se insuficiente nos serviços de saúde avaliados; e para os profissionais de saúde, persistiam grandes desafios, indicando a necessidade de mudança de paradigma em relação ao modelo de cuidado ainda vigente.

**Palavras-chave:** Hipertensão. Diabetes mellitus. Estratégia Saúde da Família. Avaliação em saúde. Epidemiologia.

## Abstract

Arterial hypertension and diabetes mellitus are currently among the main public health problems, and belong to the five major global risks for mortality in the world. Analyzing the model of care, access to care, professionals' responses and patients' involvement provides information in order to rethink the organization, qualification and expansion of care. In this objective, care for people with hypertension and diabetes assisted by the Family Health Strategy (FHS) in Pernambuco-Brazil, from 2007 to 2017, was analyzed. Epidemiological surveys and evaluative research with patients and professionals involved in their care were carried out by the Laboratory of Evaluation, Monitoring and Surveillance in Health, Department of Public Health, Aggeu Magalhães Institute, Oswaldo Cruz Foundation in Pernambuco. The results revealed the difficulties for care that the FHS still faces, which translated into an unsatisfactory control of hypertension et diabetes. The "structure" component of the interventions was insufficient in the evaluated health services, and great challenges persisted for the health professionals, reinforcing the need for a paradigm shift in relation to the still prevailing model of care.

**Keywords:** Arterial hypertension. Diabetes mellitus. Family Health Strategy. Health evaluation. Epidemiology.

## Résumé

L'hypertension artérielle et le diabète sucré font partie des principaux problèmes de santé publique d'aujourd'hui, et sont classés parmi les cinq risques mondiaux majeurs de mortalité dans le monde. Analyser le modèle de prise en charge, l'accès aux soins, les réponses des professionnels et l'implication des patients permet de repenser l'organisation, la qualité et l'extension des soins. Dans cet objectif a été analysée la prise en charge des hypertendus et des diabétiques suivis par la Stratégie Santé de la Famille (SSF) dans l'état de Pernambuco, au Brésil, de 2007 à 2017. Des enquêtes épidémiologiques et des recherches évaluatives auprès des patients et des professionnels impliqués dans la prise en charge ont été réalisées par le Laboratoire d'évaluation, de suivi et de surveillance en santé du Département de santé publique de l'Institut Aggeu Magalhães, Fondation Oswaldo Cruz de Pernambuco. Les résultats ont révélé les difficultés que rencontre encore la SSF dans la prise en charge, se traduisant par un contrôle insatisfaisant de l'hypertension et du diabète. La composante "structure" des interventions était insuffisante dans les services de santé évalués, et de grands défis persistaient pour les professionnels de la santé, indiquant la nécessité d'un changement de paradigme par rapport au modèle de soins toujours en vigueur.

**Mots-clés:** Hypertension. Diabète sucré. Stratégie Santé de la Famille. Évaluation en santé. Épidémiologie.

## INTRODUÇÃO

### **A persistência da hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus como problemas de saúde pública**

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) destacam-se entre os principais problemas de saúde pública da atualidade e estão entre os cinco principais riscos globais para a mortalidade no mundo. Essas condições fazem parte do grupo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e estão relacionadas com o envelhecimento populacional e com a transição nutricional<sup>1</sup>.

A HAS e o DM apresentam longo período assintomático e repercutem na qualidade de vida das pessoas devido às suas complicações em longo prazo. Por essas características, representam elevado ônus para os sistemas de saúde, uma vez que os

acometidos procuram por serviços, tanto de atenção primária, quanto na atenção de maior complexidade, além de demandarem por elevada quantidade de medicamentos<sup>2</sup>.

Essas condições de saúde, portanto, requerem a reorganização, a qualificação e a ampliação do atendimento, o que implica a necessidade de avaliar e repensar profundamente, tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento, o modelo de atenção, o acesso aos atendimentos, as respostas dos profissionais e o envolvimento dos pacientes. Aprofundar o conhecimento sobre os determinantes dos processos de adoecer-cuidar-recuperar e melhor atuar sobre as doenças e necessidades demanda, assim, compreender outras situações. Implica conhecer os papéis dos diversos atores sociais e os processos desencadeados pelas intervenções, nos diferentes contextos, em que as práticas sociais e de saúde adquirem distintos significados para cada grupo social em seu tempo e lugar.

Recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef) reforçaram a necessidade de ampliação do acesso aos serviços de saúde primários e secundários como forma de alcançar a cobertura universal de saúde e outros Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados à saúde<sup>3,4</sup>. No Brasil, entre outras iniciativas governamentais para o enfrentamento das condições crônicas e de suas complicações típicas, está a Estratégia Saúde da Família (ESF), criada no início dos anos 1990, que conta com equipes compostas por médicos, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A ESF cadastra e atende famílias residentes em um território definido e é considerada a porta de entrada desse contingente coberto no Sistema Único de Saúde (SUS). Passados 30 anos, em dezembro de 2020, o Brasil contava com uma população coberta pela ESF de 63,62%; em Pernambuco, a população coberta era de 76,98% no mesmo ano<sup>5</sup>.

Ainda nesse contexto, diversos programas, políticas manuais, linhas de cuidado, protocolos, portarias, leis e decretos voltados para enfrentamento das DCNT foram propostos. Dentre eles, podemos destacar o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica, o Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SISHiperdia), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), as Diretrizes para as Redes de Atenção à Saúde, o Plano Nacional de Enfrentamento às Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2011-2022, o Programa Academia da Cidade, entre outros<sup>6,7</sup>.

Apesar de percentuais expressivos de população coberta pela ESF e de diversas iniciativas voltadas ao enfrentamento das DCNT, temos assistido, nos últimos anos, a persistência de falhas na organização da rede de atenção aos hipertensos e diabéticos, a implementação de medidas de controle não farmacológico insuficiente e a falhas no

processo de referência à atenção especializada<sup>8</sup>. Isso será ilustrado mais adiante pelos principais estudos conduzidos por nosso grupo de pesquisa.

Finalizamos a segunda década do século XXI enfrentando a maior crise sanitária e humanitária dos últimos 100 anos, a pandemia de covid-19, com consequências econômicas e sociais ainda não dimensionadas. Uma das maiores preocupações é a desigualdade nas condições socio sanitárias ante a pandemia, entre outros marcadores da pobreza. No que se refere à expressão do processo saúde-doença, as DCNT se destacam tanto pelo impacto sofrido nos protocolos de acompanhamento e monitoramento dessas condições de saúde diante do colapso do sistema de saúde quanto pelos indivíduos acometidos representarem os grupos de maior vulnerabilidade para a covid-19.

Pessoas com hipertensão e diabetes não parecem apresentar risco aumentado de contrair o novo coronavírus. Entretanto, uma vez infectadas, têm mais chances de complicações graves e de morte, particularmente em caso de maior idade, longa duração da condição, mau controle pressórico e/ou glicêmico, e presença de comorbidades, sobretudo as cardiopatias e a doença renal<sup>9-11</sup>. O bom controle da glicose pode atenuar o risco de complicações na pessoa com diabetes<sup>11</sup>, e, também, parece prudente controlar de forma otimizada a pressão arterial; é importante dar particular atenção à proteção cardiovascular, que a infecção pelo novo coronavírus costuma ameaçar<sup>9,12</sup>.

Este capítulo objetiva analisar a atenção às pessoas com hipertensão e diabetes assistidas pela ESF em Pernambuco, Brasil, no período de 2007 a 2017, tendo como base inquéritos epidemiológicos e pesquisas avaliativas. Os estudos incluíram tanto pessoas com hipertensão e diabetes como profissionais e gestores de saúde envolvidos na atenção, e foram desenvolvidos por nosso grupo de pesquisa, o Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde (LAM-Saúde), vinculado ao Departamento de Saúde Coletiva do Instituto Aggeu Magalhães, unidade da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em Pernambuco.

Para desenvolver seus projetos, o LAM-Saúde estabeleceu parcerias com diversas instituições e grupos de pesquisas nacionais, entre eles, os departamentos de Medicina Social e de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); o Serviço de Endocrinologia do Hospital Agamenon Magalhães, da Universidade de Pernambuco (UPE); os grupos de Estudos em Avaliação e em Nutrição do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP); a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). No âmbito internacional, manteve parceria de mais de dez anos com o Instituto de Pesquisa para o Desenvolvimento da França (IRD), que está prosseguindo enquanto parceria com o Instituto Nacional de Saúde e Pesquisa Médica (Inserm).

A seguir, apresentamos os objetivos, os métodos e os principais resultados dos maiores estudos realizados, fechando o capítulo com reflexões acerca da avaliação em saúde, inspiradas pelos achados de nossas pesquisas.

## **As investigações sobre os problemas de saúde: estudos *SERVIDIAH*, *INTERDIA* e *RedeNut***

No decorrer do lançamento do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (PRAHD)<sup>13</sup>, o LAM-Saúde iniciou uma série de estudos epidemiológicos e avaliativos na perspectiva de analisar de forma direta e concreta a atenção às pessoas com hipertensão e diabetes em Pernambuco no âmbito da ESF e da rede de atenção a seu redor, do ponto de vista dos profissionais e dos usuários. O objetivo geral era contribuir para a tomada de decisões, orientando na correção, reorganização, reestruturação, ou ainda na introdução de novas práticas nos serviços de saúde, a partir dos resultados evidenciados.

Três estudos de maior abrangência foram conduzidos ao longo da década de 2010, cujos objetivos específicos e métodos estão resumidos abaixo.

### *SERVIDIAH*

O estudo *SERVIDIAH* (Avaliação dos SERVIços de atenção à saúde para DIAbéticos e Hipertensos no âmbito da Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco) foi realizado para melhor apreender o impacto do PRAHD na atenção aos portadores de hipertensão ou diabetes acompanhado pela ESF em Pernambuco.

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, baseado em uma amostra probabilística dos profissionais das equipes de Saúde da Família do estado de Pernambuco e dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados por essas equipes. Abrangeu 35 municípios, dos quais 16 eram de pequeno porte (menos de 20 mil habitantes), 16 de médio porte (entre 20 mil e 100 mil habitantes) e 3 de grande porte (mais de 100 mil habitantes). Os de pequeno e médio porte foram selecionados aleatoriamente, os de grande porte foram escolhidos por serem as cidades de destaque das três regiões geográficas principais do estado de Pernambuco, ou seja, Região Metropolitana de Recife (Recife), Agreste (Caruaru) e Sertão (Petrolina). Dentro de todos os municípios, foram sorteados, de forma proporcional ao porte, um total de 207 equipes de Saúde da Família e, a partir do cadastro dos ACS dessas equipes, um total de 900 hipertensos e 900 diabéticos, dos quais participaram, respectivamente, 785 e 823 usuários. Os dados do *SERVIDIAH* foram coletados do final do ano 2009 até o início de 2011, por meio de questionários estruturados, administrados por pessoal treinado em entrevistas na unidade de saúde ou no domicílio dos usuários.

## *INTERDIA*

O *SERVIDIAH* foi seguido do estudo *INTERDIA* (Avaliação de estratégias de intervenção para o manejo de pacientes com *DIAbetes* na atenção primária: custo-efetividade e eficiência para o *SUS*), cujo eixo principal visava avaliar a efetividade de uma intervenção-piloto do Ministério da Saúde, chamada *QualiDia*<sup>14</sup>, implementada em 2011 para melhorar o manejo de diabéticos segundo o Modelo de Cuidados Crônicos<sup>7</sup>. Combinou oficinas de reflexão com as equipes da *ESF* dos municípios, educação a distância e ações concretas para melhoria do atendimento, bem como a construção de uma rede de atenção ou gestão informatizada com alertas para agendar consultas. Em Pernambuco, ocorreu em dois municípios, um de pequeno e um de médio porte, respectivamente: Ilha de Itamaracá e São Lourenço da Mata.

Em 2013, o estudo *INTERDIA* avaliou os resultados dessa intervenção a partir da comparação da atenção aos diabéticos nos dois municípios escolhidos para participar do *QualiDia*, com o atendimento realizado em dois municípios “controle”, pareados por localização geográfica, porte e cobertura da *ESF*. Houve entrevistas, com dados coletados em questionários estruturados, de um médico ou um enfermeiro em todas as equipes de Saúde da Família dos municípios (29 nos municípios “intervenção” e 32 nos municípios “controle”) para analisar os processos de trabalho rotineiros (diagnóstico, educação, exames, consultas de especialistas etc.) em relação ao atendimento aos diabéticos. Foram também realizadas entrevistas semiestruturadas de quatro informantes-chave, um em cada município participante, completadas por uma análise documental, a fim de analisar o contexto político-institucional no período 2011-2013.

## *RedeNut*

Outra pesquisa importante, também pluridisciplinar, foi realizada depois do estudo *INTERDIA*. Essa pesquisa denominada *RedeNut* (Avaliação da inserção do componente alimentação e *NU*Trição na *REDE* de atenção aos hipertensos e diabéticos em Pernambuco) tinha como objetivo avaliar a implantação da Rede de Atenção à Saúde (*RAS*) para pessoas com hipertensão ou diabetes nos quatro polos de macrorregiões de saúde de Pernambuco (Recife, Caruaru, Serra Talhada e Petrolina), e analisar conhecimentos e práticas, tanto dos profissionais quanto dos usuários, a respeito dos tratamentos não farmacológicos (alimentação e atividade física) e farmacológicos.

Para a parte avaliativa, foram realizadas entrevistas estruturadas com profissionais relacionados com o cuidado do diabético, entrevistas semiestruturadas com gestores, análise documental e observação direta, a fim de verificar a adequação das práticas às recomendações publicadas. A etapa quantitativa foi realizada em duas amostras pro-

habilística da ESF dos quatro municípios sob investigação, uma de profissionais, outra de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados por essas equipes. Um total de 275 profissionais distribuídos por 201 equipes da ESF e de 398 usuários foram entrevistados entre 2015 e 2016.

## **PRINCIPAIS RESULTADOS**

Na Atenção Primária à Saúde (APS), o cuidado orientado aos hipertensos e diabéticos deve focar principalmente a prevenção das complicações, tais como doenças cardiovasculares ou nefropatia, que afetam a qualidade e a expectativa de vida dos acometidos e que representam altos custos para a coletividade. As recomendações para atingir esse objetivo são de manter, por meio de tratamentos farmacológicos e não farmacológicos (alimentação balanceada e prática regular de atividade física), os níveis de pressão arterial e/ou glicemia o mais próximo possível da normalidade, de controlar outros potenciais fatores de risco vascular (ou de eliminá-los, no caso do tabagismo), assim como de fazer balanços regulares para buscar complicações incipientes para as quais existem tratamentos específicos que podem frear a evolução ou diminuir a gravidade. Essas ações supõem colaboração entre os serviços de atenção básica e diversos especialistas (oftalmologistas, cardiologistas, nutricionistas, educadores físicos, podólogos, entre outros), colocando assim a APS como ponto central na organização de uma rede de atenção e de profissionais de saúde e, idealmente, parceira para um usuário informado sobre o agravo do qual ele é portador e autônomo na gestão de sua saúde<sup>7</sup>.

Os estudos do LAM-Saúde investigaram vários aspectos da linha de cuidado exposta acima, desde a realidade do controle pressórico e/ou glicêmico até a organização da rede de atenção e a atuação efetiva dos profissionais de saúde dentro dela. Abaixo, segue uma síntese dos principais resultados obtidos.

### **Controle dos fatores de risco vascular**

O primeiro artigo publicado sobre o estudo SERVIDIAH focava nesse assunto<sup>15</sup>. Os resultados mostraram que 43,7% dos hipertensos tinham pressão arterial abaixo de 140/90 mmHg e que 30,5% dos diabéticos tinham hemoglobina glicada (indicadora do controle glicêmico, medida durante a entrevista dos usuários com aparelho point-of-care) abaixo de 7%. Vale ressaltar que somente 25,8% dos diabéticos tinham pressão arterial controlada, já que as recomendações para pessoas com diabetes são de manter a pressão arterial abaixo de 130/80 mmHg<sup>16</sup>.

No que diz respeito aos outros fatores de risco cardiovascular, a prevalência do tabagismo (13% tanto entre hipertensos quanto entre diabéticos) era pouco inferior à

prevalência de 15,1% observada no levantamento de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel)<sup>i</sup> de 2010<sup>17</sup>. Quanto à prevalência de sobrepeso e/ou obesidade, ela se mostrou extremamente alta: 74,7% nos hipertensos e 73,5% nos diabéticos.

Cinco anos mais tarde, os resultados do estudo RedeNut não foram muito diferentes: 48,7% dos usuários entrevistados, hipertensos e/ou diabéticos, tinham pressão arterial abaixo de 140/90 mmHg (não foi possível obter no RedeNut indicador do controle glicêmico). A proporção de fumantes era de 11,8%, maior que a estimativa do Vigitel 2015 (10,2%)<sup>18</sup>, e a prevalência de sobrepeso/obesidade continuava muito alta: 76,5%. É importante notar que a amostra estudada era um pouco diferente, pois foi selecionada em quatro municípios-polos das macrorregiões de saúde de Pernambuco, quando a amostra de SERVIDIAH representava todo o estado.

Tal quadro necessita que se entendam melhor as causas de resultados objetivamente pouco satisfatórios, apesar de não muito diferentes do que se observa em outros locais, tanto do Brasil quanto do mundo. Exploramos a seguir alguns possíveis contributores das falhas no controle dos fatores de risco de complicações da hipertensão e/ou do diabetes.

### **Alimentação e atividade física (tratamento não farmacológico)**

No SERVIDIAH, evidenciou-se que a implementação de medidas de controle não farmacológico (dieta balanceada e prática regular de atividade física) estava insuficiente: apesar da prevalência alta de sobrepeso/obesidade, somente 16% dos hipertensos e 14% dos diabéticos disseram seguir uma dieta para perder peso, enquanto 70% afirmaram não praticar nenhuma atividade física<sup>15</sup>.

No estudo RedeNut, o percentual de usuários que reportaram seguir orientação alimentar (33,1%) para o controle da diabetes e hipertensão foi um pouco maior; mas a prática de atividade física continuava insuficiente (74,5% declararam não ter atividade física regularmente). A avaliação mais objetiva, pelo instrumento *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), revelou uma proporção um pouco mais alta de pessoas tendo atividade física mínima (cerca de 40%), mas o maior gasto energético se dava nas atividades domésticas e de deslocamento, e não de lazer. Revelou, também, prevalência de comportamento sedentário (tempo sentado  $\geq$  6 horas) de 21,9% em dias de semana e de 23,9% nos dias do fim de semana<sup>19</sup>. Estudos para comparar esses resultados ainda são raros, mas estimativas disponíveis em outros locais e/ou países tendem a

---

i. O Vigitel é um inquérito anual conduzido por telefone em amostras probabilísticas da população das capitais dos 26 estados brasileiros.

mostrar percentagens maiores. Vale ressaltar que usuários da ESF têm renda e níveis de educação geralmente baixos, pela orientação da estratégia ser implantada primeiro em comunidades mais pobres, a fim de reduzir desigualdades de acesso à saúde; essas condições socioeconômicas tendem a diminuir o tempo diário que as pessoas podem dedicar a atividades de lazer, sejam esportivas ou sedentárias.

No quesito alimentação, foi realizada uma análise detalhada da dieta, a partir do questionário de frequência alimentar administrado aos entrevistados. Mostrou que a grande maioria preservava um perfil alimentar com predominância de alimentos saudáveis (in natura ou minimamente processados), o que talvez também possa ser relacionado com o baixo nível socioeconômico; todavia, os indivíduos mais jovens e com renda superior a 2 salários mínimos consumiam mais alimentos ultraprocessados<sup>20</sup>.

Essa baixa adesão dos hipertensos e diabéticos às medidas não farmacológicas, tão importantes no seu cuidado e na prevenção das complicações<sup>21</sup>, com certeza, explica-se, em parte, como no resto do mundo, pela dificuldade de o indivíduo mudar de estilo de vida. No entanto, é importante analisar também os fatores ligados à atenção que esses indivíduos recebem por parte dos serviços de saúde e que podem contribuir para ajudar na adoção de novos comportamentos saudáveis.

Assim, no estudo SERVIDIAH, foi perguntado aos entrevistados se tinham recebido, por parte dos profissionais da Unidade de Saúde da Família na qual estavam cadastrados, aconselhamento a respeito de alimentação saudável e/ou da importância de praticar atividade física. Cerca de 70% dos usuários declararam ter tido aconselhamento nutricional, o que, de fato, compara favoravelmente com resultados de outros estudos, nos quais taxas observadas ficam geralmente abaixo de 50%<sup>22</sup>. A proporção foi menor para o aconselhamento de atividade física, que foi referido por 53% dos hipertensos e 59,4% dos diabéticos<sup>23</sup>.

Todavia, quando se estudou, no RedeNut, a qualidade do aconselhamento, falhas importantes apareceram. Assim, pela observação direta das consultas de dois médicos e três enfermeiros da ESF de Recife, constatou-se que quando estava oferecido, o aconselhamento nutricional dado a hipertensos ou diabéticos era, de modo geral, vago e com poucas explicações, oferecia orientações em sua maioria proibitivas e não levava em consideração os hábitos diários dos indivíduos<sup>24</sup>. Outra análise, quantitativa, dos conhecimentos dos profissionais da ESF amostrados no RedeNut, revelou que dois terços ignoravam quais eram as recomendações da OMS quanto à duração e à frequência mínima de atividade física para obter benefícios de saúde.

Importa, portanto, sensibilizar as equipes da ESF para as mensagens a transmitir, de forma mais alinhada com o atual panorama nutricional do Brasil, onde apesar da reaparição do problema da fome – que estava praticamente resolvido –, em consequência

das políticas de austeridade mais recentes do governo brasileiro<sup>25</sup>, permanece e aumenta o problema da obesidade.

### **Tratamento farmacológico**

Apesar da importância do tratamento não farmacológico para facilitar o controle pressórico e glicêmico, além de proteger de muitas complicações do excesso de peso e do sedentarismo, raramente se consegue manter pressão arterial e glicemia em níveis próximos do normal sem recorrer a medicamentos específicos. O arsenal disponível é grande, sobretudo no caso dos anti-hipertensivos, mas o uso no SUS é restrito, após análise do custo-benefício e da segurança, a uma lista chamada Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).

Os estudos SERVIDIAH, em 2010, e RedeNut, alguns anos mais tarde, confirmaram o recurso amplo aos tratamentos farmacológicos para hipertensos e diabéticos no âmbito da ESF. No SERVIDIAH, 91,5% dos hipertensos referiram o uso de anti-hipertensivos, e 92,6% dos diabéticos faziam uso de um ou mais antidiabéticos orais e/ou de insulina. No RedeNut, o uso de tratamento farmacológico para controlar pressão e/ou glicemia foi reportado por 94,9% dos entrevistados. Todavia, apesar de portarias visando assegurar o fornecimento gratuito dos anti-hipertensivos e antidiabéticos constando da RENAME, somente 70% dos usuários os recebiam por meio das suas unidades de saúde, e de 20% a 30% precisavam comprar os medicamentos em alguns momentos, isso no estudo SERVIDIAH<sup>26</sup>. No RedeNut, percentagens ficaram próximas, com 75% recebendo da Unidade de Saúde da Família e 30% tendo que pagar parcialmente de vez em quando. No SERVIDIAH, os gastos pessoais para comprar medicamentos foram avaliados e apresentavam mediana anual no valor de R\$ 367 – o salário mínimo mensal em 2010 era R\$ 510 –; encontravam-se quase duas vezes mais altos em municípios de grande porte do que em municípios de pequeno porte, enquanto se verificou que o déficit de fornecimento pelas unidades da ESF era mais grave à medida que o porte dos municípios diminuía<sup>26</sup>.

A necessidade de comprar remédios para hipertensão ou diabetes pode originar de prescrições fora do elenco da RENAME, porém a situação não pareceu frequente entre os usuários estudados, a não ser para a glargina, insulina de ação prolongada. Muito mais frequentemente relatadas foram as rupturas de estoque na unidade de saúde. O fato foi confirmado por uma análise de RedeNut baseada em entrevistas com o responsável da farmácia nas Unidades de Saúde da Família investigadas: em 97,1% das farmácias de Recife e em 56,8% de Caruaru, Serra Talhada e Petrolina, ocorreu falta de algum medicamento para o controle da hipertensão ou do diabetes no mês anterior à

entrevista<sup>27</sup>. O mesmo estudo mostrou também outro elemento preocupante, que em apenas duas unidades, o atendimento nas farmácias era realizado por um farmacêutico; nas outras, atuavam como responsáveis outros profissionais, como técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos e de serviços gerais que não possuíam formação específica para exercer essa atividade, e cuja maioria (mais de 60%) afirmou não ter recebido nenhum treinamento para trabalhar na farmácia.

Essa situação, além de questionar a equidade no processo de descentralização, compromete a adesão ao tratamento, elemento essencial para esperar controlar os parâmetros tensionais e metabólicos, e que pode estar posto em xeque por múltiplos fatores, entre os quais, o custo dos medicamentos e a insegurança em relação à sua disponibilidade<sup>28</sup>.

### **Atuação dos profissionais e organização da rede de atenção**

O estudo INTERDIA tinha essa análise como objetivo principal, ademais, comparando profissionais beneficiários de uma intervenção de aprimoramento de suas práticas a profissionais de municípios-controle. Apareceu que, apesar da intervenção ter sido amplamente apoiada por logística e financiamentos substanciais, não houve superioridade do atendimento aos diabéticos nos municípios onde ela foi implantada, comparativamente aos municípios-controle<sup>29</sup>. Também se observou que, independentemente do tipo de município, a realização de várias recomendações no atendimento a diabéticos ficava insatisfatória: avaliação da adesão ao tratamento nas visitas (abaixo de 40% dos profissionais disseram realizar); ações relacionadas aos cuidados com os pés (menos de 30%); encaminhamentos para oftalmologistas (em torno de 25%); solicitações de eletrocardiograma (menos de 10%), entre outras.

Uma análise qualitativa complementar buscou esclarecer as barreiras identificadas pelos profissionais e gestores dos municípios de intervenção na adoção do novo modelo proposto. Os profissionais da ESF mencionaram a elevada carga de trabalho, entre acompanhamento dos usuários e tarefas administrativas – queixa recorrente em vários outros estudos brasileiros –; falta de apoio por especialistas; número insuficiente de procedimentos diagnósticos para a população geral e, conseqüentemente, para as pessoas com diabetes; e, por fim, inadequação das instalações físicas e indisponibilidade de recursos didáticos, logísticos e financeiros para a realização das ações previstas na intervenção. Nas entrevistas com gestores, barreiras foram identificadas nos três níveis de gestão: gestores dos municípios de intervenção relataram dificuldades em estabelecer negociações com a gestão estadual para, por exemplo, promover educação permanente aos profissionais de atenção primária ou garantir o acesso regulado aos serviços

especializados; mudanças frequentes dos interlocutores e dos responsáveis pelas ações, que aconteceram no próprio Ministério da Saúde ou na ocasião de alternância política nos municípios, também resultaram em incertezas sobre a continuidade da intervenção em curso. Tais aspectos têm grande influência sobre o êxito (ou insucesso) das políticas e dos programas de saúde por impactarem a capacidade de apoio à implantação, à continuidade e à sustentabilidade das intervenções<sup>30</sup>.

Depois do INTERDIA, a parte qualitativa do estudo RedeNut visou avaliar a implantação da RAS para pessoas com hipertensão ou diabetes na cidade de Recife. Um estudo de caso sobre essa implantação, utilizando o diabetes como condição traçadora, foi conduzido, em 2014, em um distrito sanitário que dispunha de tecnologia de todos os níveis de complexidade, podendo assegurar a atenção integral<sup>31</sup>. Os resultados apontaram para um grau de implantação parcial, com a dimensão “estrutura” obtendo pior desempenho em relação à dimensão “processo”. Ademais, a contrarreferência, ou seja, a comunicação dos pontos de atenção de maior complexidade com a atenção básica a respeito dos pacientes lá encaminhados, foi considerada não implantada, revelando descontinuidade da atenção e causando prejuízo ao atendimento de usuários com diabetes.

Outro estudo avaliou a integralidade da atenção ao usuário diabético no SUS a partir das trajetórias assistenciais de quatro usuários diabéticos complicados com retinopatia diabética grave atendidos em um serviço de referência no Recife. Várias fragilidades foram identificadas, destacando-se a quase inexistente relação entre os entrevistados e os serviços de atenção básica, corroborando o mau funcionamento da contrarreferência.

Assim, os estudos realizados pelo LAM-Saúde evidenciaram que, apesar de incentivos e programas nessa direção desde a instauração da ESF, em um esforço infelizmente freado a partir do final da década de 2010, a abordagem dos profissionais perante doentes crônicos continua muito tradicional. Com base nos resultados dos estudos, observa-se que essa estratégia segue em processo de aperfeiçoamento, necessitando, ainda, uma maior clareza prática, o que pode se evidenciar pelo pouco conhecimento dos profissionais de saúde e gestores sobre os resultados de ações orientadas por esse referencial. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos, tanto nas mesmas localidades dos estudos apresentados como em outras regiões do País e utilizando referenciais teóricos e metodológicos distintos.

A avaliação de Costa, Silva e Carvalho<sup>32</sup> no município de Recife concluiu por uma implantação insatisfatória das ações de atenção à hipertensão arterial na ESF, no ano de 2006. Foram identificados problemas relativos a adequação da área física, deficiência de insumos, inadequada qualificação profissional na atenção ao hipertenso e baixo

uso da informação para o planejamento das ações. Em uma revisão da literatura sobre os possíveis impactos da implantação da ESF no problema da hipertensão arterial entre 2005 e 2013, portanto, em período semelhante aos dos estudos apresentados, Ratão e Lourenção<sup>33</sup> apontaram nos achados dos dez estudos analisados a ampliação do acesso dos pacientes aos serviços de saúde como uma conquista importante do modelo adotado. Porém, identificaram problemas na coordenação das ações, na adesão dos pacientes ao tratamento, na qualificação profissional e nas ações de educação em saúde para promoção de um estilo de vida saudável; ainda, apontaram para o elevado risco para doenças cardiovasculares e alta prevalência da hipertensão mesmo em municípios com 100% de cobertura. Em estudo de 2011/2012 em uma região de saúde do estado de São Paulo, Venancio et al.<sup>34</sup>, a partir de análise que considerou a influência da macro e micropolítica na construção da linha de cuidado para hipertensão e diabetes, identificaram que, apesar dos avanços, seguem presentes insuficiências nas dimensões tanto da macropolítica (organização da rede de serviços e utilização de protocolos) quanto da micropolítica (coordenação do cuidado pela atenção básica, vinculação e responsabilização do cuidador) na organização e práticas do cuidado dessas doenças.

No final do século passado e início dos anos 2000 no País, a reflexão e a produção acadêmica sobre a disseminação de uma cultura avaliativa nos serviços, nas práticas dos profissionais e nas percepções, entendimento e envolvimento dos usuários, visando qualificar as ações dos tomadores de decisão e contribuindo para que suas práticas se baseiem em evidências, abriram o campo para as práticas avaliativa<sup>35-37</sup>. Além disso, a institucionalização dessa prática requer construção de capacidade técnica, articulação com as áreas de planejamento e de gestão das instituições e serviços de saúde, e suporte para formulação de políticas, processo de decisão e formação dos envolvidos<sup>38-40</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS: CONTRIBUIÇÃO DA AVALIAÇÃO**

O período coberto pelos estudos e pesquisas apresentados expõe os esforços de aproximadamente 30 anos no Brasil para transposição de um modelo de assistência, até então, predominantemente, de característica individual e curativa, centrado na figura do médico e localizado principalmente nos hospitais, para um novo modelo de atenção à saúde. A proposta ainda em progresso, que se ordena a partir da ESF, assenta-se na organização de ações programáticas orientadas para as necessidades coletivas e que articulem as práticas preventivas e de promoção às de atenção ao indivíduo, nos distintos espaços de produção de serviços<sup>30,37</sup>.

Os resultados dos estudos revelam as dificuldades que a ESF, como base da política de atenção básica no País, enfrenta na sua organização para atuar na reorientação

do modelo de atenção. O componente de estrutura das intervenções voltadas aos hipertensos e diabéticos apresentava-se ainda insuficiente nos serviços de saúde. Outrossim, para os profissionais de saúde, os desafios são grandes ao buscar uma atuação diferenciada diante de novos agravos que requerem mudança de paradigma em relação ao modelo de cuidado ainda vigente – queixa, consulta, diagnóstico, tratamento, cura.

Hipertensão e diabetes são doenças por muito tempo silenciosas, sem perspectiva de cura, para as quais o melhor que se pode esperar é controlar os fatores de risco e evitar as complicações. Esse objetivo necessita que a atenção básica, ambiente pautado como privilegiado para o enfrentamento desses agravos, centralize e ordene uma rede de especialistas e de recursos da comunidade, garantindo continuidade e integralidade da atenção, ao longo da vida da pessoa acometida, dentro de um modelo de atenção essencialmente preventivo<sup>7</sup>.

Na busca por melhor conhecer para agir de forma mais pertinente e adequada, identifica-se a crescente contribuição dos estudos avaliativos, das práticas e do uso da avaliação como elementos para a melhoria do conhecimento com a possibilidade de espaços de reflexão sobre (e para) a prática nas ações de saúde. Nesse sentido, a avaliação apresenta-se como um dispositivo promotor de oportunidades de aprendizado para as pessoas e organizações, um processo educativo e transformador das ações, práticas e cultura institucional<sup>41-43</sup>.

Os estudos e as pesquisas no contexto da pandemia já têm identificado os riscos aumentados para os casos graves de covid-19 para as pessoas com diabetes e hipertensão arterial<sup>9,12</sup>. Esse quadro se agrava quando se sabe que são grupos sociais mais vulneráveis e que estão mais expostos aos determinantes dessas doenças, no contexto de desigualdade econômica, social e sanitária brasileira<sup>44,45</sup>. Alerta ainda mais importante diante da precária e necessária reorganização da RAS<sup>46,47</sup>, situação para a qual, desde os primeiros estudos aqui apresentados, tem-se buscado chamar a atenção de gestores e profissionais de saúde.

Assim, ao longo de uma década, a partir da formulação de um primeiro estudo-chave, SERVIDIAH, em 2007, até a consolidação da base de dados do último estudo de grande abrangência, RedeNut, em 2017, as contribuições do LAM-Saúde para a produção e uso do conhecimento tem sido ampla e constante. Pode-se referir aqui a ampliação do conhecimento científico e tecnológico sobre os cuidados direcionados aos portadores de hipertensão e diabetes na atenção básica, a identificação e a compreensão dos componentes das intervenções e atores envolvidos com suas práticas, da assistência à gestão, bem como pela divulgação dos resultados obtidos, e a sensibilização dos serviços de saúde para a importância da prevenção e monitoramento dessas doenças.

## Referências

1. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: WHO; 2009.
2. Costa KS, Francisco PMSB, Malta DC, Barros MB. Fontes de obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Brasil: resultados de inquérito telefônico nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, 2011. *Cad Saude Publica*. 2016;32(2):e00090014.
3. Acharya S, Lin V, Dhingraa N. The role of health in achieving the sustainable development goals. *Bull World Health Organ*. 2018;96(9):591-A.
4. Wahl B, Lehtimaki S, Germann S, Schwalbe N. Expanding the use of community health workers in urban settings: a potential strategy for progress towards universal health coverage. *Health Policy Plan*. 2020;35(1):91-101.
5. e-Gestor Atenção Básica. Cobertura da Atenção Básica [Internet]. Brasil Dez 2020. Pernambuco Dez 2020. [citado 2021 jul 20]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
7. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
8. Cesse E, Freese E, Fontbonne A, Soares R. Rede de atenção ao portador de doença crônica não transmissível: estudos realizados pelo Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde (LAM SAÚDE) da Fiocruz/PE, Brasil. *An Inst Hig Med Trop*. 2016;15(Supl. 2):S11-6.
9. Hill MA, Mantzoros C, Sowers JR. Commentary: COVID-19 in patients with diabetes. *Metabolism*. 2020;107:154217.
10. Sociedade Brasileira de Diabetes. Notas de esclarecimentos da Sociedade Brasileira de Diabetes sobre o coronavírus (COVID-19) [Internet]. 30 de março de 2020 [citado 2021 jul 20]. Disponível em: <https://diabetes.org.br/covid-19/notas-de-esclarecimentos-da-sociedade-brasileira-de-diabetes-sobre-o-coronavirus-covid-19/>
11. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. Diabetes e a pandemia de Covid-19 [Internet]. 15 de abril de 2021 [citado 2021 jul 20]. Disponível em: <https://www.endocrino.org>.

br/diabetes-e-a-pandemia-de-covid-19/

12. Zheng YY, Ma YT, Zhang JY, Xie X. COVID-19 and the cardiovascular system. *Nat Rev Cardiol*. 2020;17(5):259-60.

13. Secretaria de Políticas Públicas. Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. *Rev Saúde Pública*. 2001;35(6):585-8.

14. Vila-Nova de Carvalho RMS, Souza SMD, Meiners MMMA. Projeto QualiDia: educação em saúde para o autocuidado e avaliação contínua da qualidade da atenção ao diabetes no Brasil. *J Bras Econ Saúde*. 2012;4(S01):5-13.

15. Fontbonne A, Cesse EA, Sousa IM, Souza WV, Chaves VL, Bezerra AF, Carvalho EF. Risk factor control in hypertensive and diabetic subjects attended by the Family Health Strategy in the State of Pernambuco, Brazil: the SERVIDIAH study. *Cad Saude Publica*. 2013;29(6):1195-204.

16. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010; 95(1 Supl.1):1-51.

17. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 2021 jul 20]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_2010.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_2010.pdf).

18. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2021 jul 20]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2015.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2015.pdf).

19. Oliveira RC, Barbosa JMV, Fontbonne A, Cesse E, Souza WV de. Fatores associados ao comportamento sedentário de diabéticos e hipertensos da atenção básica em Pernambuco: estudo RedeNut. *Motricidade*. 2020;16(2):212-24.

20. Barbosa MAG, Souza NP, Rodrigues HM, Fontbonne A, Cesse EAP. Consumo alimentar de hipertensos e diabéticos na perspectiva do processamento industrial dos alimentos. *Rev Aten Saúde*. 2020;18(65):76-89.

21. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014 [citado 2021 jul 21]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cronica\\_cab35.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf)

22. Walsh K, Grech C, Hill K. Health advice and education given to overweight patients by primary care doctors and nurses: A scoping literature review. *Prev Med Rep.* 2019;14:100812.
23. Barbosa JMV, Souza WV, Ferreira RWM, Freese de Carvalho E, Cesse EAP, Fontbonne A. Correlates of physical activity counseling by health providers to patients with diabetes and hypertension attended by the Family Health Strategy in the state of Pernambuco, Brazil. *Prim Care Diabetes.* 2017;11(4):327-36.
24. Gomes MF, Andrade RSFS, Fontbonne A, Cesse EAP. Orientações sobre alimentação ofertadas por profissionais da estratégia de saúde da família durante as consultas aos hipertensos e diabéticos. *Rev APS.* 2017;20(2):203-11.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise da segurança alimentar no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
26. Barreto MNSC, Cesse EAP, Lima RF, Marinho MGS, Specht YS, Freese de Carvalho EM, Fontbonne A. Análise do acesso ao tratamento medicamentoso para hipertensão e diabetes na Estratégia de Saúde da Família no Estado de Pernambuco, Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2015;18(2):413-24.
27. Costa JMBS, Barreto MNSC, Gomes MF, Fontbonne A, Cesse EAP. Avaliação da estrutura das farmácias das unidades de saúde da família para o atendimento aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus em Pernambuco. *Cad Saúde Colet.* 2020;28(4):609-18.
28. Barreto MNSC, Souza NP, Melo SPSC, Rodrigues HM, Fontbonne A, Cesse EAP. Adesão à farmacoterapia em hipertensos cadastrados na Estratégia Saúde da Família. *REAS.* 2021;13(2):e6158.
29. Marinho MGS, Fontbonne A, Barbosa JMV, Rodrigues HM, Freese de Carvalho E, Souza WV, Cesse EAP. Impact of an intervention for improving diabetes management on primary healthcare professionals' practices in Brazil. *Prim Care Diabetes.* 2017;11(6):538-45.
30. Felisberto E, Freese E, Bezerra LCA, Alves CKA, Samico I. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. *Cad Saude Publica.* 2010;26(6):1079-95.
31. Santos RSAF, Bezerra LCA, Freese de Carvalho EM, Fontbonne A, Cesse EAP. Rede de atenção à saúde ao portador de diabetes mellitus: uma análise da implantação no SUS em Recife, PE. *Saúde debate.* 2015;39(spe):268-82.
32. Costa JMBS, Silva MRF, Carvalho EF. Avaliação da implantação da atenção à hipertensão arterial pelas equipes de Saúde da Família do município do Recife (PE, Brasil). *Cien Saude Colet.* 2011;16(2):623-33.

33. Ratão E, Lourenção LG. O impacto da implantação da Estratégia Saúde da Família no controle da hipertensão arterial. *Enfermagem Brasil*. 2013;12(5):293-7.
34. Venancio SI, Costa TEC, Bersusa AAS. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. *Physis*. 2016;26(1):113-35.
35. Hartz ZMA. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: Hartz ZMA, editora. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.
36. Hartz ZMA. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Cien Saude Colet*. 2002;7(3):419-21.
37. Figueiró AC, Frias PG, Felisberto E, Samico I. A avaliação no contexto das mudanças na organização e nas práticas de saúde. In: Freese E, ed. *Municípios: A Gestão da Mudança em Saúde*. Recife: Editora Universitária da UFPE; 2004. p. 127-41.
38. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Cien Saude Colet*. 2006;11(3):705-12.
39. Felisberto E, Freese E, Alves CKA, Bezerra LCA, Samico I. Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando implantação e efeitos. *Rev Bras de Saude Matern Infant*. 2009;9(3):339-57.
40. Figueiró AC, Samico I, Felisberto E, Hartz Z. Formação de avaliadores e o estudo das intervenções inovadoras em saúde: o caso do Programa Academia da Cidade. In: *Avaliação em promoção da saúde: uma antologia comentada da parceria entre o Brasil e a cátedra de abordagens comunitárias e iniquidades em saúde (CACIS), da Universidade de Montreal de 2002 a 2012*. Brasília: CONASS; 2014. p. 171-90.
41. Garcia RC. Subsídios para organizar avaliações da ação governamental. Texto para discussão nº 776. Brasília: IPEA; 2001.
42. Lemieux-Charles L, Champagne F. Towards a broader understanding of the use of knowledge and evidence in health care. In: Lemieux-Charles L, Champagne F, eds. *Using Knowledge and Evidence in Health Care: Multidisciplinary Perspectives*. Toronto: University of Toronto Press; 2004. p. 1-40.
43. Hartz ZMA, Denis JL, Moreira E, Matida A. From knowledge to action: challenges and opportunities for increasing the use of evaluation in health promotion policies and practices. In: McQueen

DV, Potvin L, eds. Health Promotion Evaluation Practices in the Americas: Values and Research. New York: Springer; 2009. p.101-20.

44. Pires LN, Carvalho L, Xavier LL. COVID-19 e desigualdade: a distribuição dos fatores de risco no Brasil. Experiment Findings [Internet]. 2020 [citado 2021 jul 21]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/340452851\\_COVID-19\\_e\\_Desigualdade\\_no\\_Brasil](https://www.researchgate.net/publication/340452851_COVID-19_e_Desigualdade_no_Brasil)

45. Demenech LM, Dumith SC, Duarte-Vieira MEC, Neiva-Silva L. Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por COVID-19 no Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2020;23:e200095.

46. Moreira RS. COVID-19: unidades de terapia intensiva, ventiladores mecânicos e perfis latentes de mortalidade associados à letalidade no Brasil. Cad Saude Publica. 2020;36(5):e00080020.

47. Medeiros EAS. Challenges in the fight against the COVID-19 pandemic in university hospitals. Rev Paul Pediatr. 2020;38:e2020086.





---

O projeto Linha Editorial Internacional de Apoio aos Sistemas de Saúde – LEIASS é fruto de um esforço conjunto do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa – IHMT (Portugal) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (Brasil). As duas instituições têm buscado ampliar seus intercâmbios e cooperação, com o intuito de difundir o conhecimento produzido nos dois países, em proveito de todos os demais, especialmente dos membros da Comunidade de Países de Língua Portuguesa – CPLP.

Assim, essa linha editorial visa especialmente à produção e à difusão de conhecimentos e evidências que interessam a todos os povos de língua portuguesa, além de contribuir para com o enriquecimento da produção científica internacional sobre temas sanitários que têm requerido a atenção de governos e instituições de todo o mundo.

---