

# A EXPERIÊNCIA DA AVALIAÇÃO DA GESTÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SANTA CATARINA: CONSTRUÇÃO, DESENVOLVIMENTO E QUATRO ANOS DE APLICAÇÃO

The experience of Primary Care Management Evaluation in Santa Catarina: construction, development, and four years of application

Daniela Alba Nickel<sup>1</sup>,  
Sonia Natal<sup>2</sup>, Maria Cristina Marino Calvo<sup>3</sup>

## RESUMO

A descrição do desenvolvimento do modelo de avaliação, concomitante ao processo de formação e desenvolvimento de capacidade institucional em monitoramento e avaliação no estado de Santa Catarina, foi realizada utilizando como fonte os relatórios parciais e finais das atividades do centro colaborador, trabalhos científicos já publicados a respeito da Avaliação da gestão da atenção básica, em Santa Catarina. Três aspectos norteiam o relato: concepção teórica do modelo de avaliação; aplicação da avaliação; e desenvolvimento da capacidade em monitoramento e avaliação. Verificou-se que a experiência trouxe a oportunidade de conciliar o trabalho das instituições de ensino e pesquisa e das secretarias estaduais e municipais de saúde, abrindo caminho para futuras parcerias e reafirmando o papel da pesquisa no desenvolvimento de ferramentas aplicadas à prática da gestão em saúde. A série de aplicações anuais da avaliação foi resultado da inclusão de atores institucionais da Secretaria de Estado da Saúde no processo de desenvolvimento do modelo. Ações como premiação aos municípios com melhores desempenhos na avaliação e a ampla divulgação por *web site*, seminários e encontros de gestores favoreceram a retroalimentação dos resultados e a valorização do processo avaliativo pela gestão estadual e municipal. Os limites identificados foram a dificuldade de adaptação aos novos instrumentos de gestão e o estímulo à formação e capacitação verificado pelo número de desistências nos cursos oferecidos.

**PALAVRAS-CHAVE:** Avaliação em Saúde; Gestão em Saúde; Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

A description was drawn up of the development of the evaluation model, concomitant with the formation and development of institutional capacity in monitoring and evaluation in the state of Santa Catarina. Three aspects guiding the story: designing the evaluation model, performing the evaluation, and development of monitoring and evaluation capacity. It was found that the experience opened opportunities to combine the work of research institutions and public health organizations, paving the way for future partnerships and reaffirming the role of research in developing tools applied to the practice of health management. The number of annual applications of the assessment was a result of including institutional actors from the State Health Department in the process of model development. Actions such as awards for municipalities with higher performance in assessment, and wide dissemination via website, seminars, and management meetings, encouraged feedback on the results and high regard for the evaluation process by state and municipal management. The identified limitations were the difficulties in adapting to new management tools and incentives for education and training, verified by the number of dropouts in the courses offered.

**KEYWORDS:** Health Evaluation; Health Management; Primary Health Care.

<sup>1</sup> Doutora em Saúde Coletiva, (1) Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. (2) PPG em Ciências da Saúde, Universidade do Sul de Santa Catarina. E-mail: danielanspb@gmail.com.

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Coletiva, (1) PPG em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina.

<sup>3</sup> Doutora em Engenharia de Produção, (1) PPG em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina.  
Financiamento: CNPq; CAPES.

## INTRODUÇÃO

A agenda internacional contempla a avaliação como um importante fator para qualificar a gestão da saúde e tornar os serviços mais eficientes e resolutivos, de acordo com as necessidades locais. Países europeus como Suécia, Alemanha e Reino Unido são pioneiros na institucionalização da avaliação em diversas áreas, incluindo a saúde. Suíça, Bélgica e Noruega também possuem uma cultura sólida de avaliação nos programas de governo. Na América, Canadá e Estados Unidos possuem uma história rica em avaliações de programas sociais. Os países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, estão despertando para a importância da avaliação.<sup>1</sup>

No contexto de transição no quadro epidemiológico da população, em que eventos agudos coexistem com doenças crônicas, o sistema de saúde é desafiado a organizar serviços de qualidade provendo, ao mesmo tempo, assistência de pronto atendimento, cuidado longitudinal e atenção voltada às ações de prevenção de agravos. O desafio brasileiro de organizar o sistema de saúde com um custo adequado e com qualidade, atendendo às necessidades da população justifica a importância da avaliação das ações desenvolvidas.

As experiências avaliativas brasileiras na atenção básica passaram a ganhar destaque, a partir do ano 2000. Centros de ensino e pesquisa iniciaram o desenvolvimento de estudos avaliativos na área, por meio de apoio financeiro do Ministério da Saúde e organismos internacionais.<sup>2</sup> Posteriormente, ganhou ênfase a disseminação dos resultados dos projetos vinculados ao Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família (PROESF): os estudos de linha de base (ELB)<sup>3,4</sup> e, mais recentemente, artigos referindo-se à experiência do Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica de Monitoramento e Avaliação das Secretarias Estaduais de Saúde (PFCT-SES), eixo principal da política para institucionalização da avaliação no Sistema Único de Saúde.<sup>1,5,6,7,8</sup>

A institucionalização da avaliação no Sistema Único de Saúde (SUS) está sendo construída a partir dessas experiências, com papel estratégico dado à atenção básica por meio da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação. A partir de 2004, com financiamento via PROESF, projetos vinculados ao componente III de Monitoramento e Avaliação intensificaram o desenvolvimento da cultura avaliativa no âmbito da gestão do SUS, principalmente na gestão estadual.<sup>9</sup>

O estado de Santa Catarina teve seu Plano Estadual para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica aprovada pela Portaria GM/MS nº 1.155, de 11 de junho de 2004.<sup>10</sup> A construção da

proposta metodológica teve início ainda no ano de 2004, após a contratação do centro colaborador por meio de edital. A atuação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) como centro colaborador teve início, em março de 2005 e seguiu ininterruptamente até abril de 2006.<sup>11</sup> Após este período, foi lançada nova licitação pelo estado de Santa Catarina para contratação de instituição de ensino e pesquisa, a fim de apoiar o desenvolvimento da proposta metodológica. A Universidade Federal de Santa Catarina, por meio do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde, manifestou o interesse em participar e seu contrato foi o ganhador da licitação, no ano de 2007. Já no ano seguinte, o estado passou a aplicar a avaliação a todos os municípios catarinenses anualmente.

O artigo apresenta essa experiência do estado de Santa Catarina, a Avaliação da Gestão da Atenção Básica, desde sua concepção, aplicação aos municípios e apresentação de resultados, bem como o desenvolvimento da capacidade institucional em monitoramento e avaliação concomitante ao processo.

## METODOLOGIA

A descrição do desenvolvimento do modelo de avaliação, concomitante ao processo de formação e desenvolvimento de capacidade institucional em monitoramento e avaliação, no estado de Santa Catarina, foi realizada a partir dos relatórios parciais e finais das atividades do centro colaborador, trabalhos científicos já publicados a respeito da Avaliação da gestão da atenção básica em Santa Catarina, dentre outros documentos considerados importantes e apresentados no Quadro 1.

Os fatos foram organizados pela ordem temporal, tendo como marco inicial a Portaria GM/MS nº 1.155, de 11 de junho de 2004. Estão descritos os acontecimentos identificados como importantes para a formação e o desenvolvimento institucional em monitoramento e avaliação nas secretarias estadual e municipais de saúde, em parceria com o centro colaborador, a Universidade Federal de Santa Catarina. Três aspectos foram identificados para relatar a experiência: concepção teórica do modelo de avaliação da gestão da atenção básica; aplicação da avaliação; e desenvolvimento da capacidade em monitoramento e avaliação.

## RESULTADOS

### Concepção Teórica do Modelo de Avaliação da Gestão da Atenção Básica

Um modelo de avaliação foi definido pela Secretaria

**Quadro 1** - Documentos analisados, 2004 a 2010.

Tipo de documento	Autor (ano)	Título
Portaria ministerial	Diário Oficial da União nº 112 (2004) <sup>10</sup>	Portaria GM/MS nº 1.155, de 11 de junho de 2004.
Documento oficial	Ministério da Saúde (2005) <sup>9</sup>	Avaliação da Atenção Básica em Saúde: Caminhos da Institucionalização.
Relatório	Centro Colaborador (2006) <sup>11</sup>	Relatório final da primeira fase de atividades do Centro Colaborador. Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica de Monitoramento e Avaliação das Secretarias Estaduais de Saúde.
Relatório	Centro Colaborador (2010) <sup>12</sup>	Relatório final de atividades do Centro Colaborador. Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica de Monitoramento e Avaliação das Secretarias Estaduais de Saúde.
Tese de doutorado	Scaratti (2007) <sup>13</sup>	Um modelo para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde no Brasil: uma aplicação a municípios catarinenses.
Tese de doutorado	Colussi (2010) <sup>14</sup>	Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal em Santa Catarina.
Artigo científico	Davok (2007) <sup>15</sup>	Qualidade em educação.
Website	NEPAS (acesso em jun/2011) <sup>16</sup>	Website do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde (NEPAS)
Website	SES-SC (acesso em jul/2011) <sup>17</sup>	Website da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina

Fonte: dados da pesquisa.

de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES-SC) e centro colaborador UFSC, com a finalidade de avaliar a qualidade da gestão da atenção básica à saúde e subsidiar os gestores municipais e estadual na tomada de decisão para o provimento da atenção à saúde.

O modelo foi elaborado, inicialmente, a partir de revisão da literatura científica e das propostas de avaliação em saúde advindas do Ministério da Saúde e da SES-SC publicadas, no período de 2000 a 2005. Posteriormente, quatro oficinas de trabalho com diretores, gerentes e técnicos da SES-SC e o centro colaborador (UFSC) foram realizadas para definir o objeto e a finalidade da avaliação e, finalmente, pactuar o modelo.<sup>11,12</sup>

O referencial teórico para a construção do modelo de avaliação foram os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, previstos na Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde, tendo como pressuposto que a qualidade da gestão municipal da atenção à saúde pode ser medida pelas decisões do gestor municipal, cuja ação conduz à redução do risco de doenças e agravos, e à universalização do acesso do indivíduo às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da sua saúde.<sup>11-14</sup>

De acordo com o pressuposto apresentado anterior-

mente, foram delimitadas as duas dimensões da avaliação, a seguir: Gestão do sistema municipal de saúde e Provisão da atenção básica.

A primeira dimensão tem foco político e organizacional e refere-se à capacidade do sistema municipal de saúde em promover o acesso aos serviços de atenção básica. Esta dimensão depende de fatores externos e internos ao setor municipal de saúde. Um fator externo de forte impacto é a participação popular, definida constitucionalmente. Outro fator externo é a intersetorialidade, que é a participação de organizações municipais externas à área da saúde na formulação e execução da política e dos planos municipais de saúde, a exemplo de organizações da área de educação, de esportes e de obras. Os fatores internos que afetam o acesso ao sistema de saúde municipal são os recursos humanos e os recursos de infraestrutura. Os fatores internos e externos estão representados nas subdimensões: atuação intersetorial; participação popular; recursos humanos; e infraestrutura.<sup>11-15</sup>

A segunda dimensão tem caráter técnico e atende aos princípios da universalidade e da integralidade da assistência à saúde. Caracteriza a qualidade dos serviços de saúde na atenção básica oferecidos pelo gestor municipal. Como

os riscos de doenças e de outros agravos mudam ao longo do ciclo de vida, os focos da dimensão estão delimitados segundo o ciclo de vida, são eles: saúde da criança; saúde do adolescente; saúde do adulto; e saúde do idoso. Para cada ciclo de vida, são desenvolvidas ações de promoção de saúde e de prevenção, diagnóstico e tratamento de

doenças e agravos, as quais foram distribuídas em duas subdimensões: promoção & prevenção e diagnóstico & tratamento.<sup>11-13</sup>

A apresentação do modelo de Avaliação da gestão da atenção básica considerou as duas dimensões, as seis subdimensões e os quatro ciclos de vida, exposto no quadro 2.

**Quadro 2** - Modelo de avaliação da gestão da atenção básica.

DIMENSÃO GESTÃO DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE	DIMENSÃO PROVIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA	
Subdimensões	Subdimensões	
	Promoção e Prevenção	Diagnóstico e Tratamento
Atuação intersetorial	Criança	Criança
Participação popular	Adolescente	Adolescente
Recursos Humanos	Adulto	Adulto
Infra-estrutura	Idoso	Idoso

Fonte: Relatório final da primeira fase de atividades do Centro Colaborador. 2006.

O conceito de qualidade norteou a definição dos critérios de avaliação. O referencial teórico<sup>13-15</sup> para o conceito de qualidade baseia-se na associação da construção teórica das dimensões de valor e mérito de Michael Scriven e do paradigma multidimensional de administração da educação, apresentada por Benno Sander. Essa construção teórica tem quatro critérios de avaliação: relevância, efetividade, eficácia e eficiência. Critério é o componente ou aspecto do objeto que dá suporte à qualidade,<sup>12</sup> ou seja, é a base para determinar o julgamento dos desempenhos municipais na gestão da atenção básica.

Para esse modelo, “relevância” corresponde à maximização dos impactos; “efetividade” corresponde à maximização dos resultados; “eficácia” corresponde à realização das metas quantitativas e qualitativas; e “eficiência” corresponde à otimização dos recursos.<sup>13</sup>

Os indicadores definidos representam os quatro critérios, em cada subdimensão da Gestão do Sistema Municipal de Saúde, e três critérios, excluído “eficiência”, nas subdimensões de Provimento da Atenção Básica. Tal exclusão ocorreu pelo entendimento de que, no provimento, não caberia o critério econômico, uma vez que os recursos são definidos na dimensão de Gestão. Cada indicador apresenta uma medida, que é a forma de cálculo do seu valor, pode ser qualitativa ou quantitativa, e uma justificativa da escolha do indicador e da sua medida. As justificativas não são apresentadas no artigo, porém estão

disponibilizadas *online*.<sup>16,17</sup>

A definição dos indicadores, medidas e justificativa foi conduzida em etapas participativas. Primeiramente, foi realizada ampla consulta, por meio de reuniões específicas com grupos técnicos dos diversos setores e áreas de atuação da SES-SC, o que resultou em uma coleção de 160 (cento e sessenta) indicadores para avaliação da atenção básica nos municípios catarinenses.<sup>11</sup> Nessa etapa, foi solicitado que os grupos identificassem indicadores que correspondessem aos quatro critérios de avaliação e às dimensões, subdimensões e categorias da proposta; tantos quanto fossem considerados importantes, independentemente da existência de dados sistematizados para seu cálculo.

Posteriormente, tais indicadores e medidas foram discutidos e priorizados em reuniões com técnicos das áreas programáticas da Secretaria Estadual de Saúde e em oficinas de trabalho do Grupo de Condução da Implantação do Plano para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica do Estado de Santa Catarina.<sup>11</sup> As discussões ocorreram semanalmente durante quatro meses, e o produto desta etapa foi a matriz de avaliação com 40 indicadores<sup>16,17</sup> (Quadros 3 e 4).

### Aplicação do modelo de avaliação

O projeto piloto da avaliação aconteceu no ano de

**Quadro 3** - Indicadores e medidas da Dimensão Gestão do Sistema Municipal de Saúde, segundo subdimensões.

Dimensão Gestão do Sistema Municipal de Saúde		
Subdimensão	Indicador	Medida
<b>Atuação intersetorial</b>	Heterogeneidade setorial na composição do Conselho Municipal de Saúde	Presença de representante oficial do setor de Obras ou Esportes no Conselho Municipal de Saúde
	Existência de proposta para ampliação/melhoria da rede de abastecimento de água, de rede de esgoto e de coleta de lixo	Presença no Plano Diretor de proposta de melhoria da rede de esgoto ou de fossa séptica
	Existência de projeto em execução para ampliação/melhoria do abastecimento de água, tratamento de esgotos e coleta de lixo	% de domicílios com coleta pública de lixo
	Alocação de recursos extrassetoriais aplicados em saúde	% de investimento municipal em saúde
<b>Participação popular</b>	Participação da sociedade no estabelecimento das prioridades da Atenção Básica	Realização de audiência pública na Câmara Municipal sobre o Plano Municipal de Saúde em vigor, antes da sua votação e aprovação
	Participação de entidades sociais	Existência, no Conselho Municipal de Saúde, de associações ou entidades representantes do Idoso, da Mulher e/ou da Criança
	Formação de conselheiros de saúde	% de conselheiros capacitados
	Participação de conselheiros dos usuários em eventos sobre controle social	% de representantes de usuários que participaram da Conferência Estadual de Saúde
<b>Recursos humanos</b>	Estímulo ao desenvolvimento profissional	Existência de PCCS implantado ou de programa de progressão funcional
	Preocupação com a qualificação profissional	Existência de capacitação em planejamento familiar, pré-natal, ACD, DM e HAS
	Estímulo de qualificação para atuação em saúde da família	Proporção de médicos com formação em Saúde da Família
	Permanência de profissional capacitado na função	Razão de funcionários capacitados pela primeira vez para sala de vacina, por salas de vacina
<b>Infraestrutura</b>	Qualidade do ambiente de trabalho e dos materiais e equipamentos disponíveis	% de UBS com sala específica para atividade de educação em saúde
	Facilidade de acesso ao atendimento para os trabalhadores	% de UBS com atendimento no 3º turno
	Organização da infraestrutura	% de UBS com acesso a rede de internet
	Produtividade do sistema	Razão de visitas médicas por equipes de saúde da família
<p>Legenda de abreviaturas: PCCS: Plano de Cargos, Carreiras e Salário; ACD: Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento; DM: Diabetes; HAS: Hipertensão Arterial; UBS: Unidade Básica de Saúde.</p>		

Fonte: [www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br).

**Quadro 4** - Indicadores e medidas da Dimensão Provimento da Atenção Básica, segundo subdimensões.

<b>Dimensão Provimento da Atenção Básica</b>		
<b>Subdimensão</b>	<b>Indicador</b>	<b>Medida</b>
<b>Saúde da Criança</b>		
	Redução da mortalidade infantil	% de sobrevivência infantil
Promoção & Prevenção	Adesão ao ACD	Razão de atendimento de puericultura, pelo total de crianças < de 5 anos
	Nascimento de crianças com baixo peso	Proporção de crianças nascidas com baixo peso
Diagnóstico & Tratamento	Redução da taxa de internação hospitalar de crianças	Comparação das internações hospitalares de crianças < de 5 anos
	Fornecimento de medicamentos básicos para crianças nas unidades de saúde	% de UBS que faltou medicamento antitérmico ou antibiótico para crianças por mais de 1 semana consecutiva
	Internações hospitalares de crianças por diarreia	Proporção de internações por diarreia de crianças < 5 anos
<b>Saúde do adolescente</b>		
Promoção & Prevenção	Redução da incidência de adolescentes com AIDS	Comparação das proporções de HIV/AIDS
	Educação em saúde para adolescentes	Proporção de UBS que possuem grupo de adolescentes instituído
	Gravidez de adolescentes	Proporção de adolescentes grávidas
Diagnóstico & Tratamento	Redução de óbitos em adolescentes por causas externas	Comparação das proporções de mortalidade por causas externas
	Oferta regular de atendimento para adolescentes	Proporção de atendimentos para adolescentes
	Consultas de pré-natal	% de gestantes adolescentes com 7 ou mais consultas pré-natal
<b>Saúde do adulto</b>		
Promoção & Prevenção	Mortalidade Materna	Existência de óbito materno no triênio
	Acompanhamento pré-natal das gestantes adultas	Taxa de mulheres com 7 ou mais consultas pré-natal
	Notificação de acidentes de trabalho	% de UBS que notificam acidente de trabalho
Diagnóstico & Tratamento	Redução da taxa de adultos internados por doenças sensíveis à AB	Comparação das proporções de internação por doenças sensíveis à atenção básica
	Provimento de medicamentos nas unidades de saúde	% de UBS que faltou medicamento para HAS e DM por pelo menos 1 semana no ano passado
	Internação por AVC ou ICC	Proporção de internações por AVC ou ICC

Saúde do Idoso		
	Cobertura vacinal em idosos	Proporção de idosos vacinados contra Influenza
Promoção & Prevenção	Desenvolvimento de atividades em grupos de idosos	% de UBS que desenvolvem atividades de saúde em grupos de idosos
	Prevenção de queda	Proporção de internação por fratura de fêmur
Diagnóstico & Tratamento	Qualidade de assistência aos idosos	Comparação das taxas de internação por doenças sensíveis à atenção básica
	Acesso da população idosa	Proporção de consultas médicas
	Redução de internação por desnutrição	Comparação das taxas de internações por desnutrição
Legenda de abreviaturas: ACD: Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento; UBS: Unidade Básica de Saúde; HAS: Hipertensão Arterial; DM: Diabetes; AVC: Acidente Vascular Cerebral; ICC: Insuficiência Cardíaca.		

Fonte: [www.saude.sc.gov.br](http://www.saude.sc.gov.br).

2006, com coleta de dados referentes ao ano de 2005, em uma amostra de 76 municípios catarinenses.<sup>12,13</sup>

Na aplicação do projeto piloto, foram identificadas limitações em alguns indicadores e medidas. As limitações relacionavam-se, principalmente, ao registro impreciso no Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB e à instabilidade de indicadores, em municípios de pequeno porte, cujo denominador era de base populacional.<sup>11</sup> A imprecisão dos dados foi comunicada aos municípios onde o problema foi detectado e aos responsáveis pelo sistema na SES-SC. Nos treinamentos realizados, foram incluídas orientações específicas de alimentação do sistema.

Os indicadores, cujo denominador dependia diretamente da base populacional, foram analisados quanto à possibilidade de substituição por outros, quando possível, ou alteração de sua medida, p.ex. aumentar a base populacional, incluindo três anos de observações, ou de redução da escala de valor para binária, o que reduz sensibilidade, mas aumenta especificidade do indicador.<sup>12</sup> Essa última opção resultou da definição de que é pior afirmar que uma ação está ruim, quando não está, do que deixar de identificar que ela vai bem. Todas as alterações foram pactuadas em oficina com participação de atores da SES-SC e do centro colaborador.

Após o projeto piloto, a avaliação foi implantada e realizada anualmente, totalizando quatro aplicações até o ano de 2011, sempre com taxas de respostas aumentando, gradativamente, até alcançar 100% no último ano. A avaliação utiliza dados primários e secundários. A coleta dos dados primários é informatizada, utilizando o *software* "FormSUS", um formulário eletrônico que facilita tanto

a coleta quanto a transposição dos dados para a planilha de cálculo dos indicadores.<sup>17</sup> Os municípios são cadastrados e o formulário é enviado por e-mail para a Secretaria Municipal de Saúde. Os dados são digitados no formulário e retornam ao e-mail da SES-SC. A coleta de dados secundários é realizada pelo aplicativo Tabnet, do DATA-SUS. Os indicadores que utilizavam apenas os dados secundários eram calculados para todos os 293 municípios do estado. No caso dos indicadores que utilizavam apenas dados primários, quando o município não enviava o formulário respondido eram considerados com o pior valor.<sup>12</sup>

O juízo de valor foi dado em escores: 1 (um) quando o valor observado está entre os 25% melhores no estado, 0 (zero) está entre os 25% piores do estado, e 0,5 (meio) para os demais. O valor final do município consiste na soma dos escores observados nos 40 indicadores, com peso 1 (um) para os de Gestão do Sistema Municipal de Saúde e peso 2 (dois) para os de Provimento da Atenção Básica.<sup>11,16</sup>

A divulgação dos resultados é disponibilizada em *website*, por meio de relatórios de cada município, com valor dos indicadores e sua posição relativa aos demais municípios do estado. A apresentação é feita por meio de quadros e tabelas e, para facilitar a visualização dos juízos de valor são usadas cores do semáforo: verde para desempenho bom, amarelo para desempenho regular e vermelho para desempenho ruim. Também é disponibilizada *online* a metodologia de cálculo do juízo de valor e demais informações sobre a avaliação.<sup>16,17</sup>

A divulgação ampla aos gestores municipais e demais interessados é feita no formato de seminário em encon-

tros oficiais de gestores municipais e estadual. A revista da SES-SC para a atenção básica incluiu em três edições seguidas artigos sobre a avaliação, com explicações sobre as etapas da construção do modelo e sua inserção no Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica de Monitoramento e Avaliação das Secretarias Estaduais de Saúde – PROESF.

A partir da coleta do ano de 2010, foi incluída, no formulário de coleta de dados, a consulta pública aos gestores municipais para eventuais alterações nas medidas e demais considerações sobre a metodologia da avaliação.

Para incentivar os municípios a participarem da avaliação, a partir do ano 2009, a SES-SC oferece uma premiação aos melhores desempenhos observados. Os critérios e valores para premiação são pactuados anualmente na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Os meios eletrônicos são usados para a chamada anual da avaliação aos municípios, a página eletrônica da SES destaca o início do período de coleta de dados.

### **Desenvolvimento da capacidade em monitoramento e avaliação**

O processo de construção do modelo de avaliação incluiu os interessados na avaliação da gestão da atenção básica. O trabalho conjunto entre a SES e o centro colaborador foi orientado pela compreensão de que os níveis estratégico, tático e operacional do sistema de saúde deveriam ser envolvidos no desenvolvimento da avaliação.<sup>12</sup> O nível estratégico compreende os gestores com cargos de alta chefia, como o secretário de saúde do estado; o nível tático é representado pelos cargos com nível intermediário, como os diretores e gerentes de setores e o nível operacional compreende os técnicos. Dessa forma, a construção do modelo de avaliação passou a ser objeto e produto no processo de formação e desenvolvimento de capacidade em monitoramento e avaliação dos atores institucionais, ocorrida por meio de discussões em oficinas e seminários para pactuação do modelo de avaliação.<sup>11</sup>

Durante o período das duas consultorias prestadas pela UFSC foram desenvolvidos cursos e treinamentos:<sup>11,12</sup> curso básico de monitoramento e avaliação da atenção básica; treinamento em monitoramento e avaliação de serviços em saúde; curso de especialização em avaliação em saúde.

O curso em monitoramento e avaliação da atenção básica foi realizado para capacitar técnicos de diferentes níveis de atuação: central, regional e local. O curso abriu 160 vagas, distribuídas em quatro turmas, sendo que três turmas foram descentralizadas para alcançar outras regiões do estado, além da capital. As atividades teóricas e

práticas foram divididas em três módulos, totalizando 120 horas. Ao final do curso, os alunos deveriam apresentar uma proposta de monitoramento e avaliação, de acordo com sua atuação na secretaria de saúde. Dezenove propostas foram entregues pelos grupos de alunos. Dos 160 alunos previstos, 102 receberam o certificado de conclusão. O motivo principal para a insuficiência no curso foi a frequência em menos de 75% das atividades.<sup>11</sup>

O Treinamento em monitoramento e avaliação de serviços de saúde pretendia a transferência dos conhecimentos para o nível municipal, a apresentação da proposta metodológica e das metodologias de trabalho adotadas pela SES-SC. O treinamento foi realizado na modalidade *in-the-job training*, quando o aluno desenvolve as atividades no próprio ambiente de trabalho.<sup>11,12</sup> Das vinte vagas designadas, quinze servidores participaram do treinamento.

O Curso de especialização em avaliação em saúde teve carga horária total de 360 horas, sendo 240 horas cumpridas em momento de concentração, com atividades presenciais nas dependências da UFSC e 120 horas cumpridas em momento de dispersão, através de atividades de aprofundamento dos conceitos teóricos e de realização de exercícios no espaço de atuação de cada participante. A SES garantiu as condições de deslocamento e hospedagem daqueles participantes residentes em outras localidades. O curso contou com vinte e nove inscritos no processo seletivo. Quatorze alunos concluíram o curso, os motivos apontados para a evasão foram de ordem administrativa da gestão e de ordem pessoal dos participantes.<sup>11,12</sup>

### **DISCUSSÃO**

A implantação de políticas de avaliação, geralmente é acompanhada de preocupações dos avaliados quanto às consequências do seu resultado, como aumento de cobranças e da carga de trabalho ou perda de poder. No Brasil, a implantação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica, e com ela o desenvolvimento de projetos em avaliação, financiados pelo PROESF, a partir do Banco Mundial, gerou movimentos para desenvolver e concluir planos de políticas de monitoramento e avaliação.<sup>1,5-8</sup>

A avaliação formativa, que propicia a utilização da avaliação para formar e capacitar os atores que dela participam, ganhou um lugar de destaque nas práticas avaliativas,<sup>19</sup> principalmente, onde elas são incipientes e há necessidade de formar os profissionais da saúde para a rotina de avaliação.<sup>20</sup> A avaliação vai além da formulação do juízo de valor, significa reflexão, aprendizado, trabalho em equipe, participação e responsabilidade. Portanto, apre-

senta múltiplas consequências além do seu resultado final, influencia práticas organizacionais, mas também interfere nas competências individuais e nas relações, sendo elas coletivas, individuais ou interpessoais.<sup>3,21</sup> A dificuldade em implantar uma política de avaliação no Sistema Único de Saúde apresenta-se real, principalmente pela alternância político-partidária no governo, proporcionando mudanças, por vezes radicais, na gestão, bem como a alternância dos cargos de gerência que acarreta mudanças nos interesses da orientação e nos programas instituídos e pelo lento processo de adaptação aos novos instrumentos, decorrentes do dinâmico aprimoramento do sistema de saúde.<sup>22</sup>

A experiência apresentada não foge à regra: o número de desistências por frequência insatisfatória no curso de capacitação demonstra essa demora na percepção da necessidade de adaptar-se a novos instrumentos, seja por parte dos participantes ou por parte do gestor que não estimula a educação permanente e a qualificação dos profissionais. Sampaio et al.<sup>8</sup> relatam a mesma dificuldade na implantação de instrumentos de planejamento e avaliação no nível estadual que, apesar do incentivo financeiro do governo federal, permanece estagnado na prática burocratizada, tendo como exemplo a subutilização dos dados epidemiológicos e dos sistemas de informação.

A mudança de gestão a cada dois anos, no caso da alternância das eleições municipais e estaduais muda as prioridades e os interesses do governo. Assim, para afirmar determinada prática, é preciso mecanismos políticos que revelem sua importância, independente dos interesses de governo, e dependente dos interessados perenes no sistema de saúde.

A inclusão da CIB e das gerências regionais no processo de avaliação possibilitou certa estabilidade no desenvolvimento da avaliação no estado, proporcionando o sucesso na aplicação da avaliação além do projeto piloto. A premiação oferecida aos municípios com melhores desempenhos gerou uma valorização do processo por parte dos gestores que vislumbravam atingir boa pontuação, para divulgar aos seus munícipes, resultando na alta taxa de respostas dos municípios.

A divulgação dos resultados em *website* e em seminários e encontros de gestores é uma estratégia para melhorar a comunicação entre as esferas estadual e municipais, e permite a retroalimentação do processo avaliativo, também verificado por Alves et al.<sup>1</sup> A consulta pública aos municípios foi muito bem aceita e também serve de incentivo, uma vez que dá voz aos gestores responsáveis pela atenção básica para incrementar e adaptar a metodologia de avaliação.

A experiência de Santa Catarina, bem como de outras SES,<sup>1,5,8</sup> trouxe a oportunidade de conciliar o trabalho das

instituições de ensino e pesquisa e das secretarias estaduais e municipais de saúde no desenvolvimento de uma proposta metodológica, para avaliar a gestão da atenção básica. Esta aproximação possibilita futuras parcerias para novos projetos, afirmando o papel da pesquisa no desenvolvimento de ferramentas aplicadas à prática da gestão em saúde.<sup>3</sup>

Superar as divergências entre as instituições parceiras é um aprendizado importante. As diferenças entre os conceitos, as práticas de avaliação, a identificação da pertinência de fazê-la e, principalmente, no caso da parceria ensino/pesquisa/gestão, a percepção quanto ao tempo necessário e o tempo possível para produzir as informações e tomar as decisões.<sup>3,23</sup>

Vasconcelos, Bosi e Pontes<sup>6</sup> apontam como dificuldade a distância entre o entendimento dos gestores quanto à finalidade e momento da avaliação e o que ocorre na rotina da instituição. A avaliação acaba sendo finalística, não formativa, com pouca utilidade por ser verticalizada, não participativa, e centrada na simples contabilização de determinados eventos.

A definição do objeto e finalidade da avaliação, através de oficinas de trabalho com presença de diretores, gerentes e técnicos da SES-SC, possibilitou a identificação das necessidades dos interessados na avaliação e a condução da metodologia em consonância com o esperado. Patton<sup>20</sup> defende a avaliação orientada para a utilização e coloca os interessados na avaliação no centro do processo, o avaliador passa a ser um negociador, unindo as premissas da avaliação às expectativas dos interessados, muitas vezes com interesses divergentes.

A formação e o desenvolvimento técnico em avaliação dos atores institucionais das esferas de gestão do SUS é chave para que o conceito de avaliação seja aplicado rotineiramente. Concordando com Contandriopoulos<sup>23</sup> e Felisberto et al.,<sup>22</sup> é preciso um grau de institucionalização da avaliação para perceber mudanças nas práticas de tomada de decisão e uso da informação produzida; porém, mesmo não se traduzindo em decisão imediata, ela contribui para a capacidade de organização da instituição.

Destacamos, por fim, a necessidade de se divulgar as experiências avaliativas, para reafirmar o importante papel da avaliação na qualificação dos profissionais, que operam o sistema de saúde, nos diversos níveis; na identificação das limitações dos serviços e dos caminhos para superá-las; e também para possibilitar uma prestação de contas à população.

Financiamento: Bolsa Capes DS nível doutorado; CNPq - Edital Universal 14/2011 n° do processo: 475552/2011-3.

Agradecimentos: Os autores agradecem a colaboração dos técnicos da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, em especial à Gerência de Atenção Básica.

## REFERÊNCIAS

- Alves et al. Análise da implantação de um programa com vistas à institucionalização da avaliação em uma Secretaria Estadual de Saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2010 nov.; 1(Supl. 1):S145-S156.
- Almeida PF, Giovanella L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. *Cad. Saúde Pública.* 2008 ago.; 24(8):1727-1742.
- Hartz ZM, Santos EM, Matida A. Promovendo e analisando o uso e a influência das pesquisas avaliativas. In: Hartz ZM, Felisberto E, Vieira da Silva LM (organizadores). *Meta-avaliação da atenção básica à saúde, teoria e prática.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. p.325-340.
- Camargo Jr. et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24 (Sup 1):S58-S68.
- Tamaki et al. A incorporação da avaliação da atenção básica no nível estadual do Sistema Único de Saúde através de processos participativos de ensino-aprendizagem-trabalho. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2010 nov.; 10(Supl. 1):S201-S208.
- Vasconcelos SM, Bosi MLM, Pontes RJS. Avaliação e o monitoramento da atenção básica no Estado do Ceará, Brasil: explorando concepções e experiências no nível central. *Cad. Saúde Pública.* 2008 dez.; 24(12):2891-2900.
- Bosi MLM, Pontes RJS, Vasconcelos SM. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores. *Rev Saúde Pública.* 2010; 44(2):318-24.
- Sampaio et al. Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2011; 16(1):279-290.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. *Avaliação na Atenção Básica em Saúde, caminhos da institucionalização.* Brasília: Ministério da Saúde. 2005. 36p.
- Portaria GM/MS nº 1.155, de 11 de junho de 2004. DOU nº 112.
- Relatório final da primeira fase de atividades do Centro Colaborador. Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica de Monitoramento e Avaliação das Secretarias Estaduais de Saúde; 2006
- Relatório final de atividades do Centro Colaborador. Projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica de Monitoramento e Avaliação das Secretarias Estaduais de Saúde; 2010.
- Scaratti D. Um modelo para avaliar a qualidade da gestão municipal da atenção básica à saúde no Brasil: uma aplicação a municípios catarinenses [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção; 2007.
- Colussi C. Avaliação da qualidade da atenção em saúde bucal em Santa Catarina [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina – Programa de Pós-Graduação em Odontologia; 2010.
- Davok, DF. Qualidade em educação. *Avaliação.* 2007 set.; 12(3):505-513.
- Núcleo de Extensão e Pesquisa em Avaliação em Saúde [Internet] [Cited 2011 Jun.]. Available from: <<http://www.nepas.ufsc.br>>.
- Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina [Internet] [Cited 2011 Jul.]. Available from: <<http://www.saude.sc.br>>.
- Hartz ZM, Vieira-da-Silva LM (organizadores.). *Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.* Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. 275p.
- Natal S et al. A implementação do Projeto Estratégico de Fortalecimento da Capacidade Técnica em Monitoramento e Avaliação das Secretarias de Saúde, avaliação formativa e auto-avaliação. In: Hartz ZM, Felisberto E, Vieira da Silva LM (organizadores). *Meta-avaliação da atenção básica à saúde, teoria e prática.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. Cap. 15. p. 341-367.

20. Patton MQ. Utilization-focused evaluation. In: Stufflebeam GF, Kellaghan T (eds.). *Evaluation Models*; 2000. Cap.23. p. 425-438..

21. Henry GT, Mark M. Beyond use: understanding evaluation's influence on attitudes and actions. *American Journal of Evaluation*. 2003; 24(3): 293-314.

22. Felisberto E. et al. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(6):1079-1095.

23. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciênc. saúde coletiva*. 2006; 11(3).

---

Submissão: setembro/2013

Aprovação: agosto/2014

---