

I Simpósio Internacional de Meta-Avaliação e Gestão do Conhecimento em Políticas de Saúde (Natal-Brasil, 2016)

I International Symposium of Meta-Evaluation and Knowledge Management in Health Policies (Natal-Brasil, 2016)



Resumo

O I Simpósio Internacional de Meta-Avaliação e Gestão do Conhecimento em Políticas de Saúde ocorreu nos dias 15 e 16 de junho de 2016 em Natal/RN/Brasil. Teve como objetivo promover o debate acadêmico-científico relativo aos temas de Avaliação em Saúde e de Gestão do Conhecimento em Políticas de Saúde, além de realizar o Encontro de Observatórios de Políticas e Sistemas de Saúde. Teve como convidados/expositores destacados pesquisadores de Portugal e do Brasil que discutiram variadas experiências nas suas áreas de especialidade dentro da temática geral do evento. Constituiu-se num momento especial, de reflexões e proposições, que geraram o estabelecimento de cooperações acadêmicas bilaterais entre os dois países e entre os pesquisadores brasileiros numa lógica de "cultura colaborativa" essencial para enfrentar os desafios atuais da saúde coletiva. Os principais temas debatidos durante o Simpósio foram resumidos neste artigo.

Palavras Chave:

Meta-avaliação, políticas de saúde, observatórios de saúde.

Abstract

The I International Symposium of Meta-Evaluation and Knowledge Management in Health Policies occurred on June 15th-16th 2016 in Natal-RN, Brazil. It aimed to promote academic and scientific debate on themes like health evaluation and knowledge management in health policy, as well as to perform a meeting for Policies and Health Systems Observatories. Among its speakers, there were prominent researchers from Portugal and Brazil, who discussed a variety of experiences in their areas of expertise within the general theme of the event. It was a special time of reflection and proposals, which allowed the establishment of bilateral academic cooperation between the two countries and among Brazilian researchers in a "collaborative culture" manner, essential to face the current challenges of public health.

The important topics of the symposium are summarised in this overview.

Key Words:

Meta-evaluation, health policy, health observatories.

Apresentação

A Universidade Federal do Rio Grande do Norte, através do Departamento de Saúde Coletiva e do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, realizou o **I Simpósio Internacional de Meta-Avaliação e Gestão do Conhecimento em Políticas de Saúde**, nos dias 15 e 16 de junho de 2016 em Natal/RN/Brasil.

O Simpósio teve como objetivo maior promover o debate acadêmico-científico relativo aos temas de Avaliação em Saúde e de Gestão do Conhecimento em Políticas de Saúde além de realizar o Encontro de Observatórios de Políticas e Sistemas de Saúde. Durante os dois dias de atividades (mesas-redondas e oficina), teve como convidados/expositores destacados pesquisadores de Portugal e do Brasil que discutiram variadas experiências nas suas áreas de especialidade dentro da temática geral do evento. O encontro revestiu-se de grande significado para a UFRN que tem na internacionalização da sua vida acadêmica uma das suas prioridades institucionais.

Com a participação de 150 pessoas de vários Estados brasileiros, o simpósio foi promovido com recursos oriundos do PNISS (Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde).

A programação do evento ocorreu em dois momentos: o primeiro foi o Encontro de Observatórios de Políticas e Sistemas de Saúde, composto pela mesa redonda “Observatórios de Sistemas de Saúde: estratégia, alcance, interface com a avaliação de Saúde”, seguido da oficina com o tema “Observatórios de Políticas e Sistemas de Saúde construindo a viabilidade e singularidade no Nordeste brasileiro”. O segundo momento foi a realização do Seminário de Meta-Avaliação e Gestão do Conhecimento em Políticas de Saúde, com as seguintes mesas-redondas: “Meta-avaliação e Gestão do Conhecimento: atividades necessárias à avaliação de Políticas de Saúde”, e “Avaliação de políticas de saúde e o protagonismo das universidades”.

Mesa redonda: Observatórios de Sistemas de Saúde: estratégia, alcance, interface com a avaliação de Saúde

Ana Maria da Silva Escoval

Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Portugal

[Observatório Português Sistema de Saúde \(OPSS\)](#)

O Observatório Português de Sistemas de Saúde surgiu enquanto ideia em 1999, inspirado no Observatório Europeu de Sistemas de Saúde cujos integrantes foram cerca de 15 in-

vestigadores que, pela mão do seu mentor, o professor Constantino Sakellarides, ex-membro do Observatório Europeu e da Organização Mundial de Saúde, desenhou e concebeu a sua estruturação. Dessa forma, o referido observatório nasceu enquanto entidade não estruturada, a partir da conceção de um grupo de amigos, com o intuito de observar, analisar e reportar a situação da saúde no cenário português. Nessa perspectiva, pensava-se o observatório como um instrumento capaz de aumentar o conhecimento sobre as mudanças sociais, a fim de subsidiar a melhor forma de intervenção de acordo com o contexto de saúde em Portugal.

Assim, nos anos 2000, o observatório foi criado como resultado de uma parceria entre várias escolas e universidades, tais como a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova, o Centro de Estudos de Investigação em Coimbra, o Instituto de Serviços Sociais do Porto e, mais tarde, a Universidade de Évora. Às organizações supracitadas, em dado momento, uniram-se outros núcleos observacionais, nomeadamente a Faculdade de Farmácia para incluir também o aprofundamento da temática de medicamentos posto que é de fundamental importância para o quesito saúde.

O facto de Portugal ser um país de dimensão relativamente pequena facilitou o seu mapeamento para avaliação. Dessa forma, do norte ao sul existem grupos de investigação e o Observatório Português Sistemas de Saúde busca integrar o conhecimento produzido por esses grupos de investigação para produzir mais conhecimento, questionar as políticas de saúde e contribuir para a sua melhoria.

Para tanto, é feito um índice no qual é pré-definido o que será avaliado e produzido. Em seguida, cada um dos grupos responsabiliza-se pela investigação e, ao final de cada ciclo, um grupo previamente determinado fica responsável pela edição do relatório para posterior publicação e sistematicamente, a cada ano, um novo grupo de estudo é nomeado.

Diante da necessidade de angariar fundos, visto que não há um financiamento específico para o observatório, criou-se a Associação de Inovação e Desenvolvimento da Saúde Pública, que tem como objetivo contribuir para o seu financiamento. Não se tem interesse em financiamento público ou de determinadas entidades que venham a limitar a independência e, de certo modo, o âmbito das investigações. Ao longo deste período têm sido obtidos alguns financiamentos, nomeadamente da União Europeia e da Fundação Calouste Gulbenkian, utilizados no desenvolvimento e na manutenção do *site* do observatório e também em publicações.

O objetivo de analisar o sistema de saúde português ultrapassa a sua conceção e recai na análise dos sistemas de saúde no mundo. Ao tornar esse conhecimento acessível a estudantes, figuras públicas, profissionais e políticos melhora a base do conhecimento por estimular investigações sobre os sistemas de saúde. Para tanto, faz-se necessário uma organização em rede que envolva diferentes competências e pontos de vista como, por exemplo, a Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova que teve um papel muito importante

no estudo das desigualdades em saúde; e a Faculdade de Farmácia, com a questão dos medicamentos. Dessa forma, cada órgão tem as suas linhas de investigação que, quando unidas, complementam-se, formando uma rede de investigadores e de instituições académicas.

Os relatórios são sempre publicados na primavera de cada ano, lançados até ao dia 21 de junho. Até ao momento já foram produzidos dezasseis. Para a sua elaboração, os membros do observatório procuram ao máximo a obtenção de dados, a fim de angariar conhecimentos e, ao mesmo tempo, manter o necessário distanciamento para garantir a objetividade e a credibilidade. O documento produzido anualmente é enviado em primeira mão ao Ministério, para lerem e participarem na apresentação e em seguida à comunicação social. Cada relatório é disponibilizado no *site*.

Em relação à mortalidade infantil em países da União Europeia, especificamente, Portugal tem sido um caso de sucesso, considerando que os indicadores de saúde têm melhorado significativamente. Para finalizar, conclui-se que a história do observatório de Portugal é enaltecida pelo seu sucesso, decorrente do respeito pelas diferentes parcerias estruturadas entre as universidades, que colaboram em conjunto para a melhoria do sistema de saúde em Portugal.

Maria Guadalupe Medina

Universidade Federal da Bahia, Brasil

Observatório de Análise Política em Saúde

O Observatório de Análise Política em Saúde (OAPS), que se articula com o Centro de Documentação Virtual em Saúde, nasceu a partir de uma proposta da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) de organização de uma Rede de Pesquisadores de Planeamento e Gestão em Saúde no Brasil. Na ocasião, a proposta foi submetida a um edital do CNPQ e envolveu um conjunto de instituições parceiras, interessadas no projeto.

No Brasil há uma extensa produção de pesquisas na área de planeamento e gestão, bem como sobre as políticas de saúde. O OAPS propõe-se realizar uma análise política dos processos de formulação e implementação das políticas de saúde, discutindo as suas determinações e efeitos. É sustentado por um conjunto de pesquisas e tem na sua base a memória (ou história) do Movimento de Reforma Sanitária no Brasil. Constitui-se como um espaço de reflexão e análise crítica sobre as políticas públicas do Brasil por meio dessa rede de pesquisadores, de forma semelhante ao Observatório Português. Os produtos dos projetos de pesquisa (teses, dissertações, livros, artigos e vídeos) são disponibilizados no Centro de Documentação Virtual em Saúde, que é um dispositivo articulado ao Observatório.

O OAPS pauta-se por alguns princípios como o compromisso com a defesa da saúde enquanto direito das pessoas; a cidadania como princípio da relação dos indivíduos com o

Estado; o compromisso com a defesa da saúde, de natureza pública, baseada em universalidade, equidade e integridade. Reafirma os princípios da reforma sanitária brasileira. Além disso, ressalta-se a produção de um pensamento crítico dessa realidade alicerçada em bases científicas e eticamente responsáveis. Cita-se também a autonomia de pensamento em relação a grupos e instituições. É um observatório que busca uma produção autónoma e, ao mesmo tempo, plural, comprometida com os princípios assinalados.

Tem como objetivos: realizar o acompanhamento de algumas políticas de saúde selecionadas em função da especialidade dos pesquisadores vinculados ao Observatório; promover o debate sobre decisões no âmbito das políticas de saúde; sistematizar a produção de conhecimento científico; sistematizar, disponibilizar, divulgar, dar visibilidade e acesso às informações produzidas. Nesse sentido, o Observatório torna-se um instrumento de democratização da informação e da veiculação desse conjunto de opiniões sobre o processo político, portanto, favorece a inclusão social na medida em que abre espaço para os diversos atores sociais; e, finalmente, serve de instrumento pedagógico e estímulo à capacidade crítica e reflexiva dos alunos, importante para o seu processo de formação.

Os eixos temáticos do OAPS são: Análise do Processo da Reforma Sanitária Brasileira no período 2007 a 2016; Acompanhamento de Iniciativas do Poder Legislativo Federal em Saúde; Acompanhamento das Decisões Judiciais Relativas à Saúde; Estudos e Pesquisas em Políticas de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde; Estudos e Pesquisas em Atenção Primária e Promoção da Saúde; Trabalho e Educação na Saúde; Análise de Políticas de Saúde Voltadas para a Infância; Políticas de Medicamentos, Assistência Farmacêutica e Vigilância Sanitária; Análise de Políticas de Saúde Bucal no Brasil; Análise Sócio-Histórica de Políticas de Saúde; Modelos de Gestão Hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS).

Vinculado a cada eixo temático, também é produzida, inspirada no observatório europeu, uma linha do tempo da política. Cada política tem a sua própria história e seus antecedentes. O usuário pode observar os eventos críticos nas diferentes conjunturas e o posicionamento dos atores envolvidos. Isso não apenas como uma análise linear do que aconteceu, com os factos que tradicionalmente são encontrados em qualquer documento, mas favorecendo o entendimento sobre a dinâmica do processo político que produziu tais factos. Tem-se disponibilizado informações sobre implantação, financiamento, participação social e resultados alcançados em cada política.

O público alvo, que se procura atingir e incluir, é constituído por académicos, pesquisadores, gestores, trabalhadores e sociedade civil, através das suas organizações, especialmente os movimentos sociais e as suas lideranças ou representantes. A estrutura de governança, com tantas instituições envolvidas e na perspectiva de construção de rede, é conduzida por uma coordenação geral, exercida pelo coordenador do

projeto Análise de Políticas de Saúde no Brasil (2003-2017) e uma coordenação executiva, apoiada por um grupo operativo, com a função de desenvolver o projeto, implementar as ações do observatório e monitorar o seu funcionamento, subsidiado pelas equipas de comunicação, de tecnologia e informação, bem como de pesquisadores de referência dos grupos de pesquisa dos eixos temáticos.

Existe uma preocupação em ampliar o acesso às informações produzidas pelo OAPS, a fim de democratizar esse conhecimento. Na perspectiva de tradução (ou translação) da linguagem científica e metodologicamente mais hermética, para uma linguagem que pretende alcançar o público mais amplo, são produzidos vídeos e entrevistas acessíveis a partir do site do observatório (<http://analisepoliticaemsaude.org/oaps/>), da página no Facebook (<https://www.facebook.com/analisepoliticaemsaude>) ou no canal do Youtube, além do Centro de Documentação Virtual.

Ainda na perspectiva de socialização de conhecimento, o site do observatório disponibiliza um espaço ao leitor chamado “Debates e Pensamentos”. Este é um ambiente destinado à produção de textos por qualquer pessoa, seja ela pesquisador, representante de entidade, usuários do Observatório, entre outros, que queira se pronunciar sobre a política de saúde. O texto tem que obedecer a determinadas regras de publicação e passa por uma apreciação, antes de ser publicado.

O OAPS está ancorado na universidade, o que facilita a propagação do seu produto, indo além da instituição. Tem-se a preocupação com a continuidade após o prazo do edital. É possível que a ABRASCO assuma essa ancoragem porque é um projeto amplo que abarca pesquisa, documentação e essa ideia de modelagem em camadas explora as diversas formas de linguagem. A perspectiva de organização em redes é fundamental, reafirma o princípio da ética, cidadania, democracia e inclusão social.

Janete Lima de Castro

Universidade Federal Rio Grande do Norte, Brasil

Observatório de Recursos Humanos de Saúde

O Observatório de Recursos Humanos da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), sediado no Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva e Departamento de Saúde Coletiva da UFRN integra a rede Intercontinental Observatório de Recursos Humanos em Saúde, iniciativa da OPAS/OMS, que atualmente congrega diversos países da região das Américas e vem se expandindo por África e por regiões do Mediterrâneo, com o objetivo de monitorar tendências que repercutem nas políticas de recursos humanos em saúde nos países abrangidos.

A constituição formal dessa rede deu-se em junho de 1999, numa reunião realizada pela OPAS/OMS, em Santiago do Chile. O seu objetivo principal é apoiar o fortalecimento de

políticas de desenvolvimento de recursos humanos no marco dos processos de transformação dos sistemas de saúde. Na citada reunião, estavam presentes os primeiros países a aderirem à rede: Brasil, Costa Rica, Equador, El Salvador, Jamaica, México, Panamá e Peru.

Naquela época, tinha-se o diagnóstico de que as fontes de informação acerca da força de trabalho eram fragmentadas e que as decisões relacionadas com a gestão de recursos humanos eram improvisadas tendo impacto direto na gestão do trabalho em saúde.

Nesse contexto, foi criado o Observatório de Recursos Humanos da UFRN, no ano de 2001. Isso aconteceu a partir de um convite da OPAS/Brasil e do Ministério da Saúde do Brasil a um grupo de pesquisadores desta universidade. O objetivo, traçado na época da sua criação, era promover, prioritariamente pela *internet*, a difusão de conhecimentos e informações na área de política, gestão e capacitação de pessoal, visando subsidiar as decisões dos dirigentes de recursos humanos e gestores do Sistema Único no Estado do Rio Grande do Norte.

Atualmente, as atividades do Observatório RH-UFRN têm como base a atuação da área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do SUS e as linhas de investigação adotadas estão associadas basicamente a temas como: Trabalho e Saúde; Educação e Saúde; História, Memória e Cooperação Técnica em Saúde.

As suas atividades caracterizaram-se pela articulação com instâncias colegiadas do estado do Rio Grande do Norte, com o órgão nacional de gestão do SUS (Ministério da Saúde), com outros observatórios e entidades do setor, além da interação com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS/OMS).

Algumas pesquisas recentes desenvolvidas pelo Observatório de Recursos Humanos foram: “As novas profissões e ocupações em saúde frente às necessidades do Sistema de Saúde”, em parceria com a Universidade de Brasília (UNB); “Diagnóstico das estruturas da gestão do trabalho da educação na saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)”, uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Observatório RH da UFRN.

Outras pesquisas, de âmbito nacional, foram realizadas em parceria com instituições de ensino superior, tais como a “Avaliação das Políticas de Educação Permanente do SUS”, ação coordenada pelo Instituto de Medicina Social.

Outras atividades desenvolvidas pelo Observatório RH/UFRN foram cursos destinados a gestores e trabalhadores do SUS. O observatório iniciou a sua atividade de formação com o curso denominado “Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos” (CADRHU), um processo de formação que marcou fundamentalmente a atuação do observatório. Atualmente o curso foi ampliado e atualizado em relação aos conteúdos. Acompanhando os avanços tecnológicos, passou a ser oferecido na modalidade de educação à distância. Desde 2011, oferecemos um curso de especialização em

Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde na modalidade à distância.

Realça-se que o grande desafio do ObservatórioRH/UFRN, desde a sua criação, é a produção de conhecimento e informação para a gestão, assim como a sua divulgação. Quanto a este último ponto, os avanços tecnológicos ocorridos têm permitido promover a divulgação dos resultados dos estudos de forma mais rápida. Nesse sentido, apresentou-se o novo site do ObservatórioRH. Nele, podem ser encontrados os projetos de pesquisa, relatórios dessas pesquisas e dos cursos realizados, uma biblioteca com artigos, dissertações, teses, monografias e outros, uma videoteca, um setor de entrevistas, um setor de notícias e outras ferramentas que conduzem a navegação no universo da área de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, ou Recursos Humanos em Saúde. Também é necessário realçar as produções impressas: o observatório tem vários livros publicados com os resultados dos estudos realizados.

Como já foi dito, o observatório conta desde o início com a parceria da OPAS, que coordena a rede de observatório no âmbito internacional e do Ministério da Saúde, no âmbito nacional.

Além desses parceiros, temos investido nas parcerias com as Secretarias Municipais de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Rio Grande do Norte (COSEMS/RN), diversos setores dentro da UFRN e com os observatórios de recursos humanos que integram a rede brasileira.

Enfim, temos uma história de avanços, mas também com muitos desafios a serem enfrentados, especialmente aqueles relacionados ao trabalho em rede. A construção em rede constitui ainda muitas dificuldades, não apenas a nível nacional, mas também na América latina. Tais dificuldades não são apenas financeiras, mas estão principalmente relacionadas com a cultura institucional, que dificulta o estabelecimento de parcerias, de partilha do conhecimento, da articulação entre observatórios.

Oficina: Observatório de Políticas e Sistemas de Saúde: construindo a viabilidade e singularidade no nordeste brasileiro

A oficina teve como objetivo discutir a viabilidade de criação de um Observatório de Políticas e Sistemas de Saúde que agregue profissionais parceiros da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), de universidades de outros Estados da região Nordeste do Brasil e de instituições de saúde. Outros movimentos na mesma direção vinham sendo promovidos, pela UFRN, desde dezembro de 2015 e a mesa redonda “Observatórios de Sistemas de Saúde: estratégia, alcance, interface com a avaliação de saúde”, que abordou as experiências dos observatórios de sistemas de saúde no

Brasil e em Portugal, durante o I Simpósio Internacional de Meta-avaliação e Gestão do Conhecimento em Políticas de Saúde, foi mais uma iniciativa para contribuir para a discussão da ideia e da sua viabilidade.

A discussão em grupos seguiu um roteiro prévio que permitiu tratar a concepção do observatório, qual função a que se destinaria, que objetivos perseguiria, como seria a sua estrutura, financiamento e operacionalização.

Houve menção de que o observatório deveria observar, analisar, avaliar, relatar e divulgar informações a partir de eixos temáticos contribuindo para iniciativas de gestão com melhor possibilidade de impacto social. Realçou-se a pertinência de, dentro do contexto atual, se relacionar, integrar e compartilhar informações.

Acerca do que observar, a discussão apresentou várias considerações: partiria de estudos de grupos de pesquisas nas instituições de ensino, bem como, da realidade de serviços e de pautas que os vários observatórios estariam trabalhando, o que serviria de base à colaboração quanto a determinado tema. Por outro lado, foi recomendado que o observatório não deveria somente estar relacionado com as pesquisas mas também com os usuários do Sistema Único de Saúde, promovendo um empoderamento desses quanto aos direitos sociais. Manifestações ainda relativas à atuação do observatório a partir de um levantamento de problemas e singularidades de cada Estado de onde seriam gerados temas para uma análise regional. Foi sinalizada a oportunidade e a pertinência de focar as políticas de avaliação de serviços do Ministério da Saúde do Brasil, e seus resultados, assim como, a Atenção Primária à Saúde, em especial, a Estratégia de Saúde da Família e a formação dos profissionais e gestores de saúde, dentre outros pontos que fazem parte da experiência de trabalho e formação dos componentes do grupo.

A forma de divulgação das informações abrangeria os jornais, publicações em revistas, relatórios anuais, redes sociais, sites institucionais de instituições e entidades, além do site oficial do observatório. Um levantamento de singularidades de cada Estado e posteriormente gerar temas para uma análise regional.

Foi enfatizado que o observatório fortalece a aproximação entre academia e serviço, potencializa a existência de redes entre as instituições públicas e privadas e pode fornecer suporte às ações, tornando pública a produção do conhecimento de uma forma rápida, o que orientaria a tomada de decisão por parte dos gestores.

Mencionou-se a necessidade de estrutura física e de recursos humanos mínimos para que o observatório se torne acessível ao público em geral, assim como, do financiamento, devendo os recursos partir da esfera pública, assegurando-se, contudo, a autonomia em relação ao governo. É imprescindível que o órgão responsável pelo financiamento não interfira no processo de desenvolvimento do observatório.

No tocante à realidade do Nordeste, chamou-se a atenção, como um grande desafio para o trabalho do observatório,

para a inexistência de políticas regionais, as quais, na sua maioria, são nacionais ou estaduais, o que foi contraposto pelo argumento de que, o objetivo inicial do SUS era, justamente, que as necessidades, geradoras de políticas, partissem do nível local para o nacional.

Surgiu a consideração para a criação não somente de um observatório e sim de vários observatórios nos estados do Nordeste, conformando uma “Rede Nordestina de Observatórios” com a participação de pesquisadores, gestores técnicos de serviços, controlo social e sociedade civil. Foi mencionado o facto de alguns estados não apresentarem estrutura para conduzir um observatório.

Chamou-se à atenção para a importância do observatório, em fase de proposição, estabelecer laços com outros observatórios para troca de informações e outras iniciativas na perspectiva de potencializar objetivos comuns.

Com efeito, foi possível perceber que os participantes da oficina compreenderam a pertinência da construção de um observatório ou de uma rede de observatórios, como sendo um grande desafio, considerando as particularidades e realidades dos Estados, a estrutura, organização e financiamento necessário, mas vislumbram que há potencialidades e com a articulação dos vários núcleos/parceiros observacionais é possível concretizar a ideia de criação do observatório.

Mesa redonda: Meta-avaliação e gestão do conhecimento: atividades necessárias à avaliação de políticas de saúde

Allan Nuno Alves de Sousa

**O Papel indutor do Departamento de Atenção
Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS)**

Na retrospectiva dos últimos 15 anos em relação ao monitoramento e avaliação anteriores ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), no Ministério da Saúde, destaca-se a criação da Coordenação Geral de Acompanhamento e Avaliação e do Departamento Nacional de Monitoramento e Avaliação e o financiamento de estudos e pesquisas. No início dos anos 2000, os Estudos de Linha de Base do Programa de Expansão da Saúde da Família para municípios acima de 100.000 habitantes, executados por Instituições de Ensino Superior (IES), e a auto-avaliação das Equipas de Atenção Básica para melhoria da qualidade, foram essenciais para o desenvolvimento dos ciclos de avaliação do PMAQ-AB, a partir de 2011. Houve também fomento direto às Secretarias Estaduais para implantação ou implementação dos Planos Estaduais de Monitoramento e Avaliação e dos Centros Colaboradores em monitoramento e avaliação com apoio das IES.

Um ponto central para o avanço foi a colocação da temática

de monitoramento e avaliação da gestão na Política Nacional de Atenção Básica. Foram marcadores relevantes a criação do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde em 2011, publicado em 2012 e a instituição do PMAQ, dentre outras iniciativas na perspectiva do aumentar da capacidade de monitoramento da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente da atenção básica.

A dimensão atual da Atenção Básica revela que 75% da população coberta, desta 64% pela Estratégia da Saúde da Família em aproximadamente 40162 equipas e o restante atuando com outros modelos dentro do SUS. O PMAQ vem-se consolidando como a principal estratégia de indução do monitoramento e da avaliação, principalmente por induzir a ampliação de acesso e a melhoria da qualidade, por introduzir mais transparência e efetividade nas ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde e por trazer mudança importante no financiamento da política e nas práticas de gestores e profissionais.

Na engenharia do PMAQ, há um primeiro momento de adesão e contratualização voluntário, por parte das equipas de atenção básica e gestores; um segundo momento de avaliação externa e certificação; e um momento de recontractualização, dando uma ideia de ciclos ao programa e um eixo transversal denominado de desenvolvimento, que envolve um conjunto de ações a serem melhoradas a cada ciclo contínuo de qualidade.

No primeiro ciclo, em 2011-2012, participaram cerca de 70% dos municípios e mais de 50% das equipas, e no segundo, em 2013-2014, mais de 90% dos municípios e quase 90% das equipas. Atualmente, tenta-se assegurar a homologação do terceiro ciclo e a avaliação deverá ocorrer, se não nos próximos meses, no início de 2017. Caso o Ministério da Saúde, que atualmente tem um governo interino, dê continuidade ao PMAQ, homologando o terceiro ciclo, o programa alcançará aproximadamente 95% das 41 mil equipas existentes.

Os instrumentos e os elementos da avaliação externa são desenhados segundo cinco dimensões, e são importantes para estimular práticas que visem a melhoria das condições das unidades básicas de saúde e o processo de trabalho, que estructurem condições de funcionamento, com valorização do trabalhador, além de melhorias no acesso e qualidade, na utilização dos serviços, com participação e satisfação dos usuários.

A certificação consiste na soma de resultados verificados nos processos auto-avaliativos, na avaliação externa e no desempenho para um conjunto de indicadores que são monitorados pelos sistemas de informação da base nacional e indicadores clássicos de cobertura, de acesso, de continuidade do cuidado, de abrangência da oferta de serviços, de resolutividade.

A escolha das IES como responsáveis pela avaliação externa *in loco* gerou intenso debate interno. Inicialmente, foi sugerida a contratação de empresas especializadas em coleta de

dados, pois os gestores municípios tinham dúvidas das IES quanto à sua capacidade, condições operacionais e conhecimentos sobre a Atenção Básica.

O PMAQ, desde 2011, foi apoiado e, detalhadamente acompanhado, pela então Presidenta da República Dilma Rousseff e sua equipa, como estratégia de sustentação política para aumentar os recursos à Atenção Básica, desenvolver ações que induzissem a melhoria da qualidade através de avaliação em intervalo de 2 anos e aumentar a capacidade dos prefeitos na sua captação.

A proposta foi induzir qualidade mediante processos estruturados, cíclicos e permanentes de monitoramento e avaliação. Esta proposta foi ampliada no 2º ciclo com a inclusão do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Havia certa tensão e contradições entre MS, secretarias municipais e IES quanto à conceção da avaliação externa e, principalmente, quanto à certificação, por ter características “duras” nesse desenvolvimento, ao exigir um padrão mínimo de qualidade e repasse de recursos condicionados a qualidade verificada no processo avaliativo e de certificação.

O campo teórico metodológico estava nos debates permanentes da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde e no conjunto das seis, e posteriormente, oito universidades, que aceitaram o chamamento à avaliação externa, sendo estas: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Universidade Federal do Piauí, Universidade Federal de Sergipe, Universidade Federal da Bahia, Fiocruz - Escola Nacional de Saúde Pública e Universidade Federal de Pelotas, envolvendo mais de 48 IES.

O montante de recursos empregados demonstra a sua importância e centralidade para o DAB. No primeiro ciclo investiu-se dezoito milhões de reais; no segundo, trinta milhões; e para o terceiro ciclo estimam-se cinquenta milhões dos 2,2 bilhões de reais do orçamento geral do PMAQ. No 3º ciclo há aumento no número de equipas que se submeterá à avaliação externa e a introdução de componente qualitativo.

Os resultados dos processos avaliativos serão disseminados através de relatórios descritivos, analíticos, retratos da atenção básica e a publicitação dos microdados da avaliação externa.

Carlos Armando Lopes do Nascimento

O papel indutor do departamento de regulação e controle do Ministério da Saúde (DRAC/MS)

O início do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), ocorreu na gestão do Ministro da Saúde Alexandre Padilha (01/01/11 a 02/02/2014) e foi executado na gestão do Ministro Arthur Chioro (03/02/2014 a 2/10/2015). Atualmente, está na fase de análise dos dados recolhidos em 2015 pelas Universidades

que participaram do processo de levantamento de dados *in loco*.

Adotou-se a logística nos moldes do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), contando com quatro universidades oriundas do PMAQ (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal de Pelotas, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul) e a Universidade de Brasília, para aplicação do Roteiro de Itens de Verificação.

O processo de avaliação no Ministério da Saúde começou com o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares, em 1998 que pretendia trabalhar todos os hospitais. O seu foco na saúde mental levantou subsídios para o movimento de desospitalização.

Em 2004, já com o nome de PNASS, contou com participação do DRAC, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS). O documento avaliativo foi centrado na Vigilância Sanitária e aplicado pela própria gestão.

No final de 2013, a equipa técnica do MS, articulada com as Universidades e técnicos com experiência reconhecida na área hospitalar, elaborou o documento, com base no *layout* anterior, para avaliar estabelecimentos de alta e média complexidade, mas com modificação no conteúdo centrado nos aspetos da gestão no contexto das Redes de Atenção à Saúde.

Atualmente, o PNASS busca consolidar o processo de avaliações sistemáticas dos estabelecimentos de atenção especializados em saúde, ambulatoriais e hospitalares e conhecer o perfil da gestão dos estabelecimentos. O mais importante papel do PNASS é o de regulador e indutor de uma cultura de avaliação na área de saúde no SUS. Além disso, fornecer ao gestor um instrumento para que possa aplicá-lo e até aperfeiçoá-lo, até mesmo para estabelecimentos não enquadrados nos atuais critérios de seleção definidos pelo MS que foram: estabelecimentos que recebiam incentivos através de adesão e contratualização, estabelecimentos habilitados em Terapia Renal Substitutiva, Redes de Urgência e Emergência, Unidades de Pronto Atendimento, Redes Cegonhas, Centros Especializados de Reabilitação, Oncologia e hospitais de natureza jurídica pública municipal, estadual e federal. Um total de 2.589 estabelecimentos que se localizam em 1051 municípios. As Universidades foram responsáveis pela seleção dos avaliadores e aplicação do instrumento em formato eletrónico instalado em *tablet*, transferindo os dados *online* para o banco do DATASUS.

Estruturalmente, o instrumento compõe-se de 3 vertentes: a primeira consiste num Roteiro de Itens de Verificação com cinco blocos (gestão organizacional, apoio técnico e logístico à produção do cuidado, gestão de atenção à saúde do cuidado, serviços/unidades específicas e assis-

tência oncológica) contendo 30 critérios e 180 itens de verificação, com respostas binárias sim/não para cada item. A segunda, um questionário, com 26 quesitos, dirigido aos usuários, para verificar a satisfação com o atendimento em serviços de internamento, rede cegonha, emergência e ambulatoriais em geral, que se encontra em fase de aplicação, pelo Departamento de Ouvidoria Geral de Saúde. Até ao momento, 27% dos usuários foram avaliados.

O Departamento de Monitoramento e Avaliação em Saúde, em conjunto com as Universidades e as áreas técnicas do MS elaboraram um rol de indicadores robustos (3ª vertente), extraídos de banco de dados do Sistema de Informação Ambulatorial e Sistema de informação hospitalar, para, centralmente, medir os resultados dos estabelecimentos avaliados quanto à rede cegonha, emergência e assistência oncológica. Este banco de dados está em fase de extração pelo DATASUS e será trabalhado sob a forma do *Business Intelligence* para usos de gestores e daqueles que tiverem interesse em trabalhar com o PNASS e, até ao final de julho de 2016, poderão estar disponíveis. Serão divulgados internamente no MS, no CONASS e CONASENS; para estabelecimentos de saúde do SUS, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares e hospitais filantrópicos; além de uma divulgação geral às universidades que participaram do evento, ao controlo social, aos usuários e trabalhadores.

Em relação ao futuro do programa, por não haver nenhum fator indutor, há necessidade de discutir sobre a sua continuidade. O PNASS é um programa de uma envergadura muito interessante. Um movimento, pelo menos um primeiro movimento a nível nacional, que tenta mostrar a participação dos estabelecimentos de alta e média complexidade na gestão do sistema e sua relação com a rede de atenção à saúde.

Maria José Bistafa Pereira*

Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil

O Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e o Núcleo de Pesquisa e Estudo em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo participaram da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) apenas no segundo ciclo a convite da Universidade Federal do Rio Grande do Sul que liderou um consórcio institucional para executar o PMAQ, em seis estados brasileiros. A gestão do projeto, no Estado de São Paulo ocorreu por meio de um colegiado constituído pela Secretaria de Saúde Estado de São Paulo, através da Coordenação da Atenção Básica, Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de São Paulo, Ministério da Saúde, além de 10 Universidades paulistas, entre públicas e privadas do Estado. A estratégia

foi fundamental à indução da institucionalização da avaliação no nível da gestão estadual e municipal de saúde pela pluralidade dos atores envolvidos.

Em São Paulo, no segundo ciclo a adesão ao PMAQ foi significativa, com 84% (645) municípios, 4678 (77%) Equipas de Atenção Básica, quase 85% das equipas de Saúde Bucal. A avaliação externa foi pautada pela demanda de cunho ético, técnico e político emanado pela devolução dos resultados do primeiro e segundo ciclos às Equipas de Atenção Básica. Para as autoras [1], a análise dos resultados não pode recorrer exclusivamente às medidas de tendência central como média e mediana e sim buscar estruturar a restituição dos dados de forma singularizada e contextualizada. Frente à condição heterogênea das equipas, o mesmo dado colhido poderia representar realidades bastante diversas. Outro desafio foi minimizar a cultura institucional de não gostar de processos avaliativos algo não restrito apenas aos políticos.

Um dos referenciais teóricos adotados foi “avaliação apreciativa” [2], entendida como um método centrado na deteção de pontos de capacidades e potencialidades presentes nos processos gerenciais com perspectivas do comprometimento coletivo e não apenas naqueles pontos de fragilidades. Apoiada no “construcionismo social” [3] assume existência de múltiplas verdades, realidades, crenças e valores com estreita relação de produção com as circunstâncias contextuais culturais e históricos. A afiliação a esta proposição teórica ocorreu por acreditar que há espaços abertos para a construção de significados a partir dos dados obtidos na avaliação externa do PMAQ com inclusão de formas alternativas de entendimento de cada situação. Não desconsidera as estruturas físicas, o mundo material bem como os seus limites, mas considera ser fundamental a maneira pela qual as pessoas falam sobre e se relacionam com esse mundo físico e não exclui o papel das macro políticas do Estado. Reconstruir sentidos acerca dos elementos avaliados do PMAQ significa superar a linearidade da avaliação na perspectiva da punição, da exclusão, da classificação, da identificação de erros e acertos, julgando para penalizar ou premiar, promovendo mais as disputas e menos a integração que possa impulsionar as mudanças requeridas. Para efetivar a devolução dos resultados do primeiro e do segundo ciclos do PMAQ foi realizada uma oficina entre os integrantes do colegiado gestor do PMAQ, do Estado de São Paulo. Nesta oficina foi decidido que esta devolução deveria ocorrer de forma contextualizada e no espaço dos Colegiados Intergestores Regionais.

Esta opção teórica metodológica, ética e política que sustentou, e sustenta, esse processo de trabalho para a devolução dos dados do PMAQ tem por finalidade contribuir na potência que o processo avaliativo tem em se constituir num dispositivo para a produção de mudanças da melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica.

Zulmira Hartz
Instituto de Higiene e Medicina Tropical
- Universidade Nova de Lisboa, Portugal

Para Hartz a importância do papel indutor do Ministério da Saúde (MS) consiste, não apenas em financiar a avaliação, mas também qualificar, mediar e inovar com os seus resultados. No Brasil, pode festejar-se este ano uma década de meta-avaliação, ligando gestão e translação do conhecimento com foco na equidade e utilidade, em três (3) marcos inaugurais de 2006, todos com apoio ministerial.

O primeiro foi a tese de Guadalupe Medina, do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, pioneira na avaliação das Redes de Atenção à Saúde, com uso das trajetórias de pacientes portadores de “condições traçadoras” ou “evento sentinela”, considerados evitáveis por uma assistência de qualidade. A construção de modelos teóricos das redes e sistemas de saúde foi um dos produtos desenvolvidos no âmbito de um projeto anterior de avaliação da Gestão Descentralizada do SUS na Bahia, financiado pelo MS, e que continua texto referencial na formação de nossos pós graduandos, aqui ou em Portugal [4].

O segundo marco foi a avaliação do Programa de Expansão da Saúde da Família, em 231 municípios com mais de 100.000.000 habitantes e uma população total estimada em 75 milhões. Ela foi realizada entre 2005 e 2006, por equipas de 8 instituições e 14 lotes contratualizados por Edital. Dos 147 milhões de reais destinados ao PROESF, 13 milhões foram alocados para a sua avaliação, um pouco menos de 10% do é recomendado pela OMS, e igual proporção deste valor foi reservado para a 1ª meta-avaliação nacional considerando-se que, uma avaliação “instituinte ou instituída”, com recursos governamentais de uma política pública, precisa ser bem qualificada para justificar o seu custo. Tendo sido responsável pelo termo de referência para o desenho do estudo, exemplificou a importância dos avaliadores na mediação de conflitos ou controvérsias, particularmente nos países em desenvolvimento, entre governos (neste caso o MS) e financiadores (Banco Mundial). O projeto inicial do PROESF que previa, no governo anterior, a implantação do programa em somente 50% dos municípios com população acima dos 100.000 habitantes, enquanto os outros 50% funcionariam como controlo da intervenção, teve que ser alterado para a inclusão dos 100% dos municípios. Esta mudança implicou completo ajuste no desenho da avaliação exigindo, enquanto avaliadora, argumentação convincente, do ponto de vista da equidade social, com garantia da validade teórica e metodológica, para aceitabilidade do financiador.

No entanto, talvez o ponto mais importante neste 2º evento, tenha sido a realização da meta-avaliação participativa, como se preconiza para todos os estudos avaliativos em programas sociais como a Saúde, uma vez que era coordenada por avaliadores/instituições independentes, mas também com a participação dos próprios pesquisadores. Este processo de “auto meta-avaliação”, associado a uma publicação comum dos resultados, com crité-

rios selecionados pelas equipas como mais relevantes *guidelines* para aprendizagem dos gestores envolvidos, mostrou que a meta-avaliação não é uma questão burocrática, mas a “alma” da investigação com a qual o avaliador qualifica seu trabalho. Assim ela deve preocupar-se tanto com a utilização dos princípios internacionais de utilidade, a propriedade ou ética, factibilidade e precisão ou acurácia, bem como a especificidade dos diversos contextos, embora com uma teoria de mudança comum que oriente as questões avaliativas [5,6].

O terceiro marco foi a reunião de criação do Grupo de Trabalho (GT) de Avaliação no Congresso da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva em 2006. Nele destacou a meta-avaliação como uma passagem obrigatória “da avaliação em saúde à saúde da avaliação”, alertando, ao responder a algumas questões, que tanto os políticos como os próprios avaliadores têm medo da avaliação. Por isto o foco deve ser o das “intervenções”, impondo-se sempre, na relação entre atores, os princípios da meta-avaliação, enquanto abordagem fundamental de convívio, para minimizar essa imagem distorcida das práticas avaliativas.

Mesa redonda: **Avaliação de políticas de Saúde** **e o protagonismo das universidades**

Elaine Tomasi
Universidade Federal de Pelotas,
Rio Grande do Sul, Brasil

Nos últimos anos, a parceria entre o governo brasileiro, através do Ministério da Saúde, e as Universidades, através de grupos de pesquisadores na Atenção Primária em Saúde, rendeu muitos frutos. Torna-se necessário avaliar esse impacto positivo. Um grupo australiano indica itens de aferição do impacto que deveríamos nos preocupar desde a produção do conhecimento, divulgação, articulação com os gestores e coordenadores de políticas, o desenvolvimento acadêmico, a capacidade de pesquisa da instituição sede e da capacidade de transferir também para outros centros, outras universidades que ainda não estão plenamente desenvolvidas, além dos benefícios à população que deveriam ser o objetivo maior [7,8].

Foram de grande importância os estudos e pesquisas de “Linha de Base” no Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família em 2004 e 2005. E outros trabalhos desenvolvidos como o Acesso e Qualidade da Rede de Saúde e o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde.

A experiência do grupo UFPel com ensino e a sua sinergia intensa com a pesquisa merecem também destaque. Em 2008, começaram os trabalhos com uma especialização multiprofissional em Saúde da Família e depois veio a entrada na rede Universidade Aberta do SUS. Recentemente, tiveram participação aprovada no Mestrado Profissional em Saúde da Família, que irá

preparar 200 médicos para a preceptoria em saúde da família para dar conta das necessidades do programa “Mais Médicos” e da expansão da residência, que aproximam bem as demandas e os estímulos das pesquisas com o Ministério da Saúde. Essa integração entre pesquisa e ensino também permitiu o desenvolvimento do Curso de Especialização em Saúde da Família a partir dos subsídios da pesquisa.

As parcerias feitas entre as Universidades, o Ministério da Saúde (MS), a Organização Pan-americana de Saúde, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva e a Rede de Pesquisa em Atenção Primária em Saúde, estreitam as relações de ensino, pesquisa e gestão, além de funcionarem como incentivadores desse desenvolvimento acadêmico.

O protagonismo das Universidades gerou a qualificação dos pesquisadores, além de propiciar domínio de conhecimento de todo o ciclo de uma avaliação, de planejar, conduzir, recolher e analisar os dados. Além de desenvolver os instrumentos. Assim, as Universidades foram primordiais para uma maior qualificação brasileira na área de avaliação em Saúde.

Essa parceria gerou também resultados acadêmicos concretos, como artigos científicos, capítulos de livro, dissertações, trabalhos de conclusão de curso e produção de teses. A divulgação desse conhecimento produzido foi feita por meio de informativos, na tentativa de levar um pouco do que estava nos artigos científicos ou nos capítulos de livros de forma mais “amigável” para a gestão e profissionais de saúde, além de alcançar também os serviços na “ponta” da rede (descentralizados).

Para o futuro, deseja-se a continuidade da estratégia do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e da parceria com as Universidades, que ajudou na consolidação dos grupos de pesquisa e não só na execução de avaliações, mas também na formulação de muitas políticas e programas de saúde.

Esses programas de estudos e pesquisas, em parceria com as Universidades estão ajudando na formação de recursos humanos na área, a construir parcerias com fomento a grupos de pesquisa com produção científica consistente e há progresso na integração da pesquisa com atividades de ensino e desenvolvimento de materiais/ inovação tecnológica em benefício da população através da melhoria da qualidade da atenção, num “círculo virtuoso” da avaliação em saúde. Temos que avaliar e fazer meta-avaliação para o resultado ser direcionado para a sociedade.

Alice da Costa Uchoa

Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Alice Uchoa fez um balanço inicial da trajetória acadêmica na área de avaliação em saúde da base de pesquisa “Estudo em Saúde Coletiva” da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), desde os momentos iniciais em 2004 com Estudos de Linha de Base – Programa de Expansão da Saúde da Família com decisivo apoio institucional e intelectual da Prof.^a Zulmira Hartz. No Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

da Atenção Básica (PMAQ-AB) a UFRN foi responsável pelo recorte da Tecnologia da Informação (TI) com duplo papel de desenvolvedora e usuária o que trouxe a questão da meta-avaliação.

Para retratar esta questão foi apresentada uma síntese da sua pesquisa de pós-doutoramento no Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, sob supervisão das professoras Inês Fronteira e Zulmira Hartz. Este trabalho objetivou avaliar, com base em parâmetros internacionais de meta-avaliação, a contribuição da aplicação de TI para a credibilidade e confiabilidade da Avaliação Externa do PMAQ-AB do Brasil. O método usado foi Estudo de Caso qualitativo e ocorreu entre janeiro a março de 2016, em Lisboa, Portugal. A amostra foi intencional com 42 sujeitos, incluindo 3 representantes do PMAQ no Ministério da Saúde e 39 pesquisadores do PMAQ (33 internos da UFRN e 6 externos) além de 9 desenvolvedores de sistema. Os *softwares* avaliados foram aplicativo, validador *online*, sistemas de perguntas e respostas, relatórios semanais *online* e *Redmine*. As técnicas de recolha foram a análise documental, entrevistas semiestruturadas via *e-mail* com representantes do Ministério da Saúde e pesquisadores e Grupo Focal via *web* com os desenvolvedores. O roteiro foi adaptado do *check-list* do *Joint Committee on Standards for Education Evaluation* [9] e previamente validado por Painel de Especialistas e Delphi. Contemplaram as dimensões de utilidade, factibilidade, propriedade, acurácia, facilidades e dificuldades e a análise foi de conteúdo temático. Os resultados demonstraram envolvimento dos interessados por meios não estruturados, especialidade da equipa, amplo escopo para a atenção primária à saúde, praticidade da coleta *offline*, envia e validação *online*. Como desafios destacam-se: os problemas de conectividade local; resistências de pesquisadores; diversas mudanças do aplicativo; fragilidade na capacitação dos entrevistadores; relatórios quantitativos; sistema de validação externa ao aplicativo com dificuldades de fluxo, envios repetidos, exigência de confirmação da validação pelo pesquisador; pouca utilização do *Redmine*. Sugeriu-se incrementar a motivação dos pesquisadores, ênfase no treinamento com uso dos *softwares* em situações reais; maior articulação dos fluxos de recolha e análise das informações e principalmente um sistema de validação interna ao aplicativo.

Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado **Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil**

A avaliação da Atenção Primária em Saúde (APS) encontra-se disseminada no contexto internacional de vários países, entre os quais destaca-se: Canadá, Reino Unido, Espanha, Portugal e outros países da União Europeia. No Brasil, a avaliação da APS surge mais intensamente no contexto da forte expansão da Estratégia Saúde da Família. O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) [10] a partir de 2011 é considerado inovação no âmbito internacional em função da grande dimensão do território brasileiro e da nossa aten-

ção primária de saúde. O PMAQ procura fazer uma análise do desempenho das equipas de saúde da família, não se constituindo numa avaliação centrada no médico, o que também é uma inovação no plano internacional. Assim o PMAQ é um grande desafio enfrentado pela gestão (Ministério da Saúde) e pelas Instituições de Ensino e Pesquisa (IEPs).

As IEPs entram como protagonistas nesse processo, cumprindo o seu papel académico e participando do desafio de construir metodologias e políticas inovadoras que ajudem na resolução das necessidades de Saúde da nossa população.

Um carácter inédito da pesquisa avaliativa na Atenção Primária em Saúde no Brasil - PMAQ é o desenvolvimento da fase de avaliação externa, realizada pelas IEPs, em função da magnitude, da abrangência e do arranjo institucional complexo, com metodologia unificada utilizando os *tablets* (programação eletrónica) na recolha de dados. A necessidade do Ministério da Saúde em prosseguir nas avaliações em saúde na APS, a partir dos estudos pioneiros do PROESF - Linhas de Base, em 2004, fez surgir o PMAQ-AB, com uma metodologia única, num trabalho conjunto integrado entre o MS e as IEPs, o que exigiu muito esforço de todos.

As Universidades também ficaram responsáveis pelo aprimoramento de mecanismos de coordenação, articulação e revisão dos instrumentos para garantir comparabilidade com novos ciclos avaliativos. A gestão exige dados, mas o país é extenso, então ela procura na Universidade um aliado para o debate da construção do instrumentos de avaliação além de sua participação na coleta de dados, análise e divulgação de resultados. As IEPs tiveram esse papel complexo de articulação entre elas (mundo académico) e a gestão do SUS. Tiveram um protagonismo externo, avançando em melhorias para o sistema de saúde e sua gestão, e interno na vida académica, com produção de conhecimento, capacitação de pessoal, inovação tecnológica e divulgação científica.

A experiência do PMAQ-AB resultou, na Universidade Federal de Minas Gerais, em artigos, dissertações, teses, capítulos de livro e também numa nova disciplina no Programa de Pós-graduação de Saúde Pública de cunho obrigatório, “Avaliação de qualidade na atenção primária: uma reflexão sobre a experiência brasileira e a de outros países”. Vê-se claramente que esses estudos/pesquisas de avaliação em Saúde trazem resultados e benefícios múltiplos para ambos os lados, tanto para a gestão, como para a academia.

Zulmira Hartz

**Instituto de Higiene e Medicina Tropical
- Universidade Nova de Lisboa, Portugal**

Este é um resumo da contribuição do Instituto de Higiene e Medicina Tropical (IHMT) da Universidade Nova de Lisboa (UNL), que é mais do que apenas uma contribuição de Portugal, porque tem sido sempre construída com o Brasil. Destaca-se também a preocupação em não formar apenas in-

vestigadores, mas todos os pós-graduados do campo da Saúde para a avaliação das políticas públicas. Do ponto de vista teórico orienta-se pela mesma tipologia canadense desde a década de 90 mas que foi revista, ampliada e ilustrada com estudos de caso, específicos para cada tipo de avaliação, no novo livro da Editora Fiocruz “Avaliação: Conceitos e Métodos” [11]. Nesta perspectiva o conceito de intervenção não se limita ao que Donabedian [12] definiu como estrutura, processo e resultado. Uma intervenção é composta primeiro pelo problema e depois (enfaticamente) pelo contexto, que é organizacional e institucional, além da sua natureza espacial e temporal de historicidade e interesses dos atores envolvidos.

No momento em que estão a avaliar, os avaliadores também integram a própria intervenção, porque têm os seus próprios interesses. A avaliação é, portanto, uma prática social como outra qualquer e não se pode ter, nem pensar, a pretensão de se resguardar como uma intervenção exclusivamente técnica. Também é preciso lembrar que as políticas são entendidas como um conjunto de orientações e decisões dos poderes públicos que podem ser apoiadas pelas avaliações, mas sem a elas se restringir.

Sobre a orientação operacional de como construir um processo de avaliação, utiliza as seis etapas propostas pelo framework do CDC em 1999 [13], com múltiplas ferramentas de auto-aprendizagem reconhecidas internacionalmente, e todas elas balizadas pela aplicação dos parâmetros e critérios que qualificam as avaliações, já utilizados na “Meta-Avaliação da Atenção Básica à Saúde” publicada em 2008 [14].

Algumas vantagens de ter este núcleo comum de investigação é que facilita a elaboração de protocolos e do seu cronograma de execução, recomendando também a importância de se envolver instituições de ensino entre os atores organizacionais. Do ponto de vista prático destacou como exemplo a avaliação da descentralização dos programas de controlo de endemias realizada nos nove Estados brasileiros da Amazônia Legal, em que demonstra também a relevância de se estabelecer alianças entre as secretarias estaduais de saúde e as Universidades, nos estudos avaliativos em todas as etapas. Assim foram feitos treinamentos prévios e descentralização dos trabalhos de campo para as IES locais. Ainda que não sejam universidades com experiência em avaliação, é fundamental o seu envolvimento porque há uma possibilidade concreta de se iniciar o fortalecimento da capacidade avaliativa dessas pessoas, obtendo-se maior qualificação da recolha dos dados e interpretação dos resultados, o que favorece a aplicação local e mais imediata do conhecimento produzido.

Nesse sentido o que se julga mais importante é este processo permanente de translação ou aplicação do conhecimento, no “quê” e no “porquê” a avaliação pode influenciar uma vez que, enquanto investigação científica, sempre deu ênfase ao foco da utilidade. Assim a pesquisa (sobretudo avaliativa) não acaba quando se publica o artigo ou defende uma tese. O avaliador tem que estar atento à sua responsabilidade em agregar

ganhos sociais e de saúde às intervenções avaliadas e em que, sua contextualização, exige uma narrativa (*on the texts*), no sentido pragmático que tem empregado na sua prática docente. Ao final, comenta sobre a importância que estas aplicações de conhecimento, produzido nas pós-graduações em saúde coletiva, podem constituir como alternativa no debate sobre os limites dos mecanismos de avaliação da CAPES e em que os avaliadores deveriam posicionar-se como interlocutores privilegiados.

Bibliografia

1. Caccia-Bava MCG, Pereira MJB, Hirooka LB, Catanante GV, Porto HS (2015). PMAQ: Considerações críticas para transformá-lo em um dispositivo para a produção de mudanças no rumo da melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. In: Akerman, M; Furtado, J.P. (Orgs). Práticas de avaliação em saúde no Brasil – diálogos. Porto Alegre/RS. Editora Rede UNIDA. p.215-239.
2. Gergen, KJ. & Gergen, MM. (2008). Social construction and psychological inquiry. In J. A. Holstein & J. F. Gubrium (Orgs.), Handbook of constructionist research (pp. 171-188). New York: The Guilford Press.
3. McNamee S. (2006). Connection among social construction, language and collaborative understanding. *AIPratitioner* 34, 3-5.
4. Medina MG; Silva GAP; Aquino R; Hartz, ZMA (2005). Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde. In: Zulmira Maria de Araújo Hartz; Lígia Maria Vieira-da-Silva. (Org.). Avaliação em Saúde: Dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. 1ª ed. Salvador / Rio de Janeiro: Editora da Universidade Federal da Bahia / Editora da FIOCRUZ, p. 41-63.
5. Hartz ZMA (2006). Princípios e Padrões em Meta-Avaliação: diretrizes para os programas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 11(3):733-738.
6. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. In: Hartz ZMA, Felisberto E, Silva LMV (2008).

À guisa de conclusão

O simpósio constituiu-se num momento especial, de reflexões e proposições, que deram oportunidade para o estabelecimento de cooperações acadêmicas bilaterais entre os dois países e entre os pesquisadores brasileiros, numa lógica de “cultura colaborativa” essencial para enfrentar os desafios atuais da Saúde Coletiva.

- Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Fiocruz.
7. Reed RL, Kalucy EC, Jackson-Bowers E, McIntyre E (2011) What research impacts do Australian primary health care researchers expect and achieve? *Health Research Policy and System* 9, 40
 8. Kalucy E, Jackson Bowers E, McIntyre E, Reed R. (2007). Primary Health Care Research Impact Project - Final Report Stage 1. Adelaide: PHCRIS.
 9. Figueiró AC; Thuler LC; Dias ALF (2008). Padrões internacionais dos estudos de linha de base. In: Hartz ZMA.; Felisberto, E.; Silva LMV. (Org.). Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz.
 10. Brasil. Ministério da Saúde (2015). Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
 11. Brouselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z (2011). Avaliação: Conceitos e Métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 292 pp.
 12. Donabedian A (1989), La qualità dell'assistenza sanitaria. Roma: Nuova Italia Scientifica.
 13. Center For Disease Control (1999). Framework for Program Evaluation in Public Health. Atlanta (US): MMWR.
 14. Hartz ZMA; Felisberto E; Silva LMV (2008). Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática / Meta-evaluation of basic care in health: theory and practice.: Rio de Janeiro; Editora Fiocruz. 409 p. ilus, tab, graf.

Créditos

Organizadores:

THEMIS XAVIER DE ALBUQUERQUE PINHEIRO
Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Brasil.
themisbr@hotmail.com

PAULO DE MEDEIROS ROCHA
Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Brasil.
paulodemedeirosrocha@gmail.com

Agradecimentos

Pela valiosa colaboração, à equipa de professores e estudantes de Pós-Graduação, integrantes da Base de Pesquisa em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva da UFRN: Anna Cláudia Sales Gomes Caldas, Ardgleusa Alves Coelho, Claudia Santos Martiniano Sousa, Déborah Dinorah Sá Mororó, Kelienny de Meneses Sousa, Mônica Gisele Costa Pinheiro, Monique da Silva Lopes, Nathanny Ferreira Moutinho

Autores

Allan Nuno Alves de Sousa
Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS)
allan.sousa@saude.gov.br

Ana Maria da Silva Escoval
Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
anaescoval@ensp.unl.pt

Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.
thomaz@nescon.medicina.ufmg.br

Carlos Armando Lopes do Nascimento
Departamento de Regulação e Controle do Ministério da Saúde (DRAC/MS), Brasil.
craln@uol.com.br

Elaine Tomasi
Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.
tomasiet@gmail.com

Janete Lima de Castro
Universidade Federal Rio Grande do Norte, Brasil.
janetecastro.ufrn@gmail.com

Maria José Bistafa Pereira
Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Brasil.
zezebis@eerp.usp.br

Maria Guadalupe Medina
Universidade Federal da Bahia, Brasil.
mlupemedina@gmail.com

Severina Alice da Costa Uchoa
Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Brasil.
alicedacostauchoa@gmail.com

Zulmira Hartz
Instituto de Higiene e Medicina Tropical
- Universidade Nova de Lisboa, Portugal.
zhartz@ihmt.unl.pt