

Universidade Federal de Minas Gerais  
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

Curso de Especialização em Metodologia Avaliativa para Serviços de Saúde

Eglê Santos e Santos

**AVALIAÇÃO FORMATIVA DO PROJETO DE FORTALECIMENTO DA  
CAPACIDADE TÉCNICA EM MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA  
ATENÇÃO BÁSICA**

***O CASO DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA CATARINA***

Recife, 2008

Eglê Santos e Santos

**AVALIAÇÃO FORMATIVA DO PROJETO DE  
FORTALECIMENTO DA CAPACIDADE TÉCNICA EM  
MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO  
BÁSICA**

***O CASO DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE SANTA  
CATARINA***

Artigo apresentado à Universidade Federal de Minas Gerais e ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientadora: Sônia Natal

Recife, 2008

## **1 - Introdução**

O Brasil vem construindo desde 1988 um sistema de saúde destinado a garantir a todos seus cidadãos o acesso universal e igualitário, com a perspectiva de serviços essenciais, orientado pelas necessidades identificadas, independente da situação sócio-econômica de seus usuários. Para perseguir esse objetivo o Ministério da Saúde do Brasil, tem implantado diversas estratégias, entre elas, a que surge em 1994, entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, intitulada Saúde da Família.

Essa estratégia tem como propósito reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases, objetivando ultrapassar os limites classicamente definidos para a atenção básica do Brasil, especialmente no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Prioriza as ações de vigilância, prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua, apresentando, nos últimos anos, um crescimento expressivo, com aumento substancial de cobertura em diversos estados do país.

Para garantir a consolidação dessa estratégia que encontra-se em crescente expansão é preciso que ela seja sustentada por um processo que garanta a mudança do modelo assistencial tradicional e por especialidade, para um modelo de assistência com foco na atenção integral da pessoa, na rede básica de serviços de saúde, no âmbito dos municípios.

Com isso e ciente da importância dessa estratégia para a organização do sistema de saúde do país, em especial, para a atenção básica, o Ministério da Saúde, apoiado pelo Banco Mundial – BIRD, criou o Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – PROESF, visando melhor organizar e fortalecer a atenção básica à saúde no país. Essa iniciativa foi elaborada para contribuir com a implantação e consolidação da estratégia de Saúde da Família por meio da elevação da qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população, em todos os municípios brasileiros.

Seu período de implementação foi distribuído em três fases distintas. As ações a serem implementadas, bem como seus recursos financeiros foram distribuídos em três Componentes, denominados na sua 1ª fase, de Componente I - Apoio à Conversão do

Modelo de Atenção Básica de Saúde; Componente II - Desenvolvimento de Recursos Humanos e Componente III - Monitoramento e Avaliação. Cada componente por sua vez previa a execução de vários projetos para o alcance de seus objetivos. Entre os projetos previstos no Componente III, há os *Planos Estaduais para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica*, que pretende fortalecer o papel das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) no que se refere a avaliação da atenção básica, desenvolvendo as suas capacidades técnicas e operativas (Brasil, 2004).

Diante disso, coube a Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA)/ Departamento de Atenção Básica (DAB)/ Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, o desenvolvimento também desse *Projeto*, na perspectiva de contribuir com uma de suas principais metas, a medida que colabora para a incorporação dos processos avaliativos no cotidiano das organizações e serviços de saúde, concebendo-os como instrumento de gestão do SUS.

Vale dizer, que esse *Projeto* surge na expectativa de contribuir com o aprimoramento e/ou desenvolvimento da capacidade técnica e operacional das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) no que se refere à avaliação em saúde, qualificando as ações de formulação, planejamento, coordenação, controle e regulação. Constitui-se, dessa forma, em importante estratégia para o aprimoramento da eficácia do SUS (Brasil, 2005).

Tendo a CAA, por imagem-objetivo, a institucionalização da avaliação da atenção básica (Brasil, 2004), entendeu-se como importante realizar, no ano de 2006, uma avaliação formativa, compreendida em duas etapas - avaliabilidade e estudo de caso – (Natal, S.et als, 2007), para avaliar o andamento dos *Planos Estaduais* em questão, cujo implantação, teve início nas SES, em 2004/2005.

A primeira etapa proporcionou verificar a avaliabilidade do *Projeto* e a classificação das Secretarias Estaduais de Saúde, segundo o grau de implementação. Como resultado, as SES que atenderam aos critérios, previamente fixados, foram as dos estados de Mato Grosso do Sul (MS), Santa Catarina (SC) e Sergipe (SE) (Natal, S.et als, 2007).

Na segunda etapa foi utilizada uma concepção de matriz de análise e julgamento, semelhante a utilizada na análise documental, com 5 dimensões e respectivos indicadores. Essa etapa previa, em âmbito geral, avaliar a implantação do *Plano Estadual para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica*, a

luz da seguinte pergunta avaliativa: Quais são as características do processo de implementação do Plano Estadual para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica? (Natal, S.et als, 2007)

Com o objetivo de testar a matriz de análise e julgamento, utilizada na primeira avaliação formativa, mediante análise de um segundo ator, foi proposto a avaliação de um caso, para compará-la com a análise documental quanto ao grau de implantação, complementá-la e verificar quais as características da implantação do *Projeto*, mediante a coleta dos dados primários, para posterior ajuste e ampliação da validade desta matriz e da respectiva análise.

## **2 – Material e Métodos**

Foi realizada a análise simples de um caso selecionado, utilizando uma abordagem quantitativa e qualitativa, oriunda do estudo de caso. Os instrumentos de coleta dos dados primários foram grupo focal e entrevista semi-estruturada.

Fez-se a escolha pela SES de Santa Catarina, mediante os três casos supracitados. O critério utilizado foi optar pela que obteve o menor percentual para o item “nível de implantação”, definido a partir dos resultados encontrados na etapa de avaliabilidade.

Para sistematização e análise dos dados coletados, garantindo a validade interna (triangulação de dados), foi utilizado a mesma concepção da matriz de análise e julgamento, utilizada na avaliação formativa que gerou esse estudo (Quadro 1), construída para pontuação dos critérios/indicadores definidos (Anexo) (Natal, S.et als, 2007).

Essa estrutura de análise compreendeu 4 (quatro) dimensões/contextos, cujos somatório dos pesos dos indicadores totalizam 1000 pontos:

I – Contexto Gestão Técnica-Financeira (250 pontos);

II – Dimensão Integração (250 pontos);

III – Dimensão Desenvolvimento da Capacidade Avaliativa (400 pontos);

IV - Dimensão Produção de Informação (100 pontos).

A matriz inclui as principais ações proposta pelo MS-DAB (Brasil, 2005). O autor Felisberto (2004), ressalta a importância da gestão estadual de saúde no processo de institucionalização da avaliação da atenção básica no momento da descentralização das

ações de saúde, em andamento, no país. O gestor estadual de saúde é o principal articulador e integrador desse processo de institucionalização (Natal, S.et als, 2007).

Diante disso, a pontuação proposta segue a lógica dessa importância. A dimensão “Contexto Gestão Técnica”, é a que apresenta a maior pontuação, não só pela importância da gestão nesse processo, mas também decorrente do momento que esse se encontra, ou seja, um processo em implantação. Essa dimensão foi desagregada em duas outras dimensões: a técnica-organizacional, e a técnica-financeira, já que essa última é fundamental para a execução dos recursos financeiros, como também para a prestação de contas, uma das competências do avaliador (Natal, S.et als, 2007).

A dimensão com a menor pontuação foi a “Produção de Informação e Comunicação”. As dimensões Integração e Desenvolvimento de Capacidade Técnica, obtiveram a mesma pontuação (Natal, S.et als, 2007).

Para o estabelecimento do gradiente de implantação foram utilizados os mesmos pontos estabelecidos às dimensões, na avaliação formativa anterior. A pontuação máxima estabelecida para cada dimensão é resultante dos somatórios do grupo de indicadores de cada dimensão ( $\Sigma$  dos pontos dos indicadores). Para a pontuação observada foi considerado as metas estabelecidas, quando pertinentes, além das considerações do grupo de trabalho do Ministério da Saúde, responsável pela assessoria/acompanhamento do Projeto (Natal, S.et als, 2007).

**Quadro 1 – Matriz de Análise e Julgamento**

Contexto/ Dimensão	Subdimensão	Atividade	Critérios/ Indicadores	Parâmetro	Fonte de evidência e tipo de coleta				$\Sigma$ pos pontos máximos estipulados para os critérios/ indicadores	$\Sigma$ pos pontos observados para os critérios/ indicadores	$(\Sigma$ pos pontos observados / $\Sigma$ dos pontos estipulados) *100	Grau de implantação
					Coordenador Projeto na SES	Grupo Focal	Coordenador do CC	Regional de Saúde e Núcleo Ampliado				
I – Contexto Gestão Técnica (250)	A. Técnica-Financeira								145			
	B. Técnica-Organizacional								105			
II – Dimensão Integração (250)	Integração								250			
III - Desenvolvimento da Capacidade Avaliativa (400)	Educação Permanente								170			
	Qualidade da informação								65			
	Pesquisas Avaliativas								45			

	Desenvolvimento dos processos avaliativos								120			
IV – Produção de Informação e Comunicação (100)	Produção de Informação e Comunicação								100			

Fonte: Natal, S. et als. (2007).

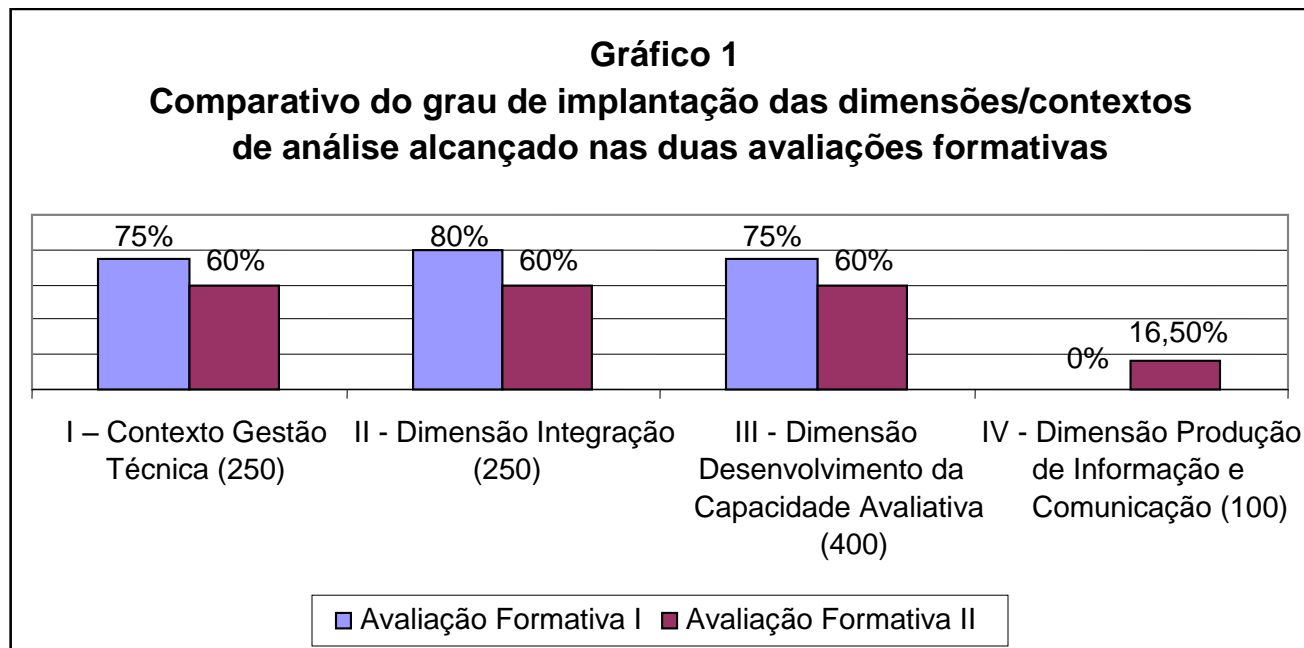
\* Incipiente (até 25%), Parcial (26 a 50%), Satisfatório (51 a 75%) e Bom (76% e mais).

O projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) – PE. Foram apresentados e assinados por todos os participantes, os termos de consentimento esclarecido, além de ter sido solicitado a autorização da SES-SC para realização do estudo. Os questionários aplicados foram anônimos e as entrevistas confidenciais, além de ter sido garantido aos respondentes plena liberdade de recusa à participação, ou a não gravação das entrevistas e/ou do grupo focal.

### 3 - Resultados e Discussão

Na primeira análise (documental) realizada, a SES-SC alcançou 60% no nível de implantação do seu *Plano Estadual para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica*. Por dimensões/contextos obteve melhor desempenho na dimensão Integração (80%); quanto as dimensões Gestão Técnica e Desenvolvimento da Capacidade Avaliativa alcançou 75% e obteve incipiente desempenho na dimensão Produção de Informação e Comunicação (Natal, S. et als, 2007).

Nesta análise, os valores do grau de implantação observados foram em sua maioria, inferiores ao encontrado no estudo anterior, conforme mostra o Gráfico 1.



Os resultados obtidos nessa segunda avaliação, pela SES de Santa Catarina, situando o alcance de seus indicadores, também seguem descritos e agregados por dimensão.

### **Contexto Gestão Técnica**

A dimensão gestão técnica das ações de monitoramento e avaliação, contém duas subdimensões (técnica-financeira e técnica-organizacional) e corresponde a todo processo político e organizacional, que possibilita as atividades para as dimensões seguintes (Natal, S.et als, 2008). Foi composta por 7 atividades e no anexo, pode-se verificar que a essas atividades correspondem 14 indicadores.

A SES-SC apresentou satisfatório nível de implantação nesta dimensão. Definiu um técnico para ficar responsável pelo *Projeto* e realizou um trabalho de sensibilização, para implantação do *Projeto*, junto as diversas áreas técnicas, o que refletiu no acolhimento, pelo conjunto desses técnicos, para a conformação de um núcleo de Monitoramento e Avaliação (M&A), responsável pela concepção e implantação do *Projeto* na Secretaria.

Essa estrutura gestora, conforme verificada na primeira avaliação, mediante formalização em portaria e composta por profissionais provenientes de diversas áreas/departamentos/programas/projetos relacionados a atenção básica, tornou disponível uma vasta gama de informações favoráveis e imprescindíveis a elaboração de uma proposta metodológica de monitoramento e avaliação para a atenção básica do estado.

Em decorrência da sensibilização mencionada, houve uma ampliação e consolidação de mecanismos de acesso à informação, relacionada aos procedimentos de monitoramento e avaliação no estado, favorecendo sua disseminação e apresentação adequada, conforme as necessidades e demandas dos diferentes segmentos envolvidos no núcleo ampliado de monitoramento e avaliação.

Apesar da conformação da ampliada estrutura citada, a sua manutenção foi colocada em risco, por diversas vezes, como colocado no grupo focal: “...a grande dificuldade é a rotatividade do grupo de condução e dos profissionais que fizeram o curso. O grupo de condução composto por gerentes, fica comprometido por conta de sobrecarga de trabalho, incompatibilidade de agenda, enfim...Dos profissionais capacitados cerca de 25% foram deslocados para outras áreas ou demitidos...as regionais estão em fase de estruturação...”.

Diante das estratégias empregadas, contra todas as barreiras encontradas, o resultado foi um maior entendimento por parte de muitos trabalhadores e coordenadores, quanto a necessidade de serem capacitados em monitoramento e avaliação, atendendo inclusive a um dos indicadores pactuados, de ter ao menos um profissional de cada área presente nas Normas Operacionais da Assistência à Saúde/SUS (NOAS/SUS), capacitado na temática referida.

A SES-SC tomou como prioridade inicial a contratação de uma consultoria externa, sendo inclusive a primeira Secretaria do país, após o lançamento da primeira fase do *Projeto*, a contratar uma instituição de ensino para ser seu Centro Colaborador, fundamental para a geração de novos conhecimentos e transferência de conhecimentos existentes. Essa é uma diretriz importante do *Projeto*, pois uma eficiente forma de gerar conhecimento em atividades como dessa natureza, é buscar ajuda externa, principalmente com quem conhece do assunto, a exemplo de instituições de ensino com acúmulo em avaliação.

A universidade que firmou contrato com a SES-SC encontra-se localizada no mesmo estado, precisamente na capital, o que possibilitou estratégias e retornos rápidos as demandas apresentadas pela SES, potencializando também as possibilidades de interação entre as partes. O produtivo trabalho realizado com essa consultoria resultou no alcance de grande número dos produtos acordados, no acordo firmado entre as partes, a luz dos

indicadores pactuados na Carta de Compromisso, assinada entre o gestor federal e estadual.

Outro resultado importante, que diverge do identificado na primeira avaliação, o qual informa limitação na execução financeira, foi o envolvimento efetivo de técnicos da área contábil/financeira e jurídica, que colaboraram efetivamente na construção dos Planos Operativos Anuais - POA (1 e 2) e respectivos Planos de Aquisição - PA, bem como em todo o processo de alimentação do Sistema de Gerenciamento do *Projeto* (SGP), garantindo maior confiabilidade e atualidade de dados, o que contribuiu para um bom desempenho dos gastos, realizados também com a aquisição de equipamentos, como colocado pelo coordenador da atenção básica: *“...veículos não. Foram adquiridos equipamentos. No projeto constava 22 computadores com impressoras e mesas. Mesa pra computador eram 18. Foram adquiridos aquilo que tava previsto na primeira licitação, não o que tava previsto no Projeto como um todo. Esses equipamentos e um conjunto aqui pro setor nosso, um conjunto de mesas. Foram 20 mesas, tipo estação de trabalho com as respectivas cadeiras. Isso foi o adquirido de equipamento mobiliário. Uma parte ficou aqui conosco, a maior parte dos computadores. Dezoito computadores e respectivas mesas e cadeiras foram para as regionais de saúde. Nós ficamos aqui com um fax, 2 impressoras a laser e 4 computadores, além das mesas e ainda tou esquecendo que foi comprado 6 armários para arquivar documentos e materiais”*.

### **Dimensão Integração**

Essa dimensão consiste na integração a outros componentes da política estadual e nacional de institucionalização do monitoramento e avaliação da atenção básica (intra e intersetorial). É também é uma dimensão política, focada principalmente na integração das instituições reguladoras de saúde, tanto estadual, quanto municipal (Natal, S.et als, 2008). Foi composta por 5 atividades, que agregam no total 10 indicadores.

A Secretaria sistematizou uma importante forma de monitoramento da atenção básica, cooperando tecnicamente com seus municípios, numa construção coletiva, com diversos técnicos, gestores e responsáveis pela condução de políticas e tomada de decisão no estado. Essa sistematização não aparece na primeira avaliação. Nela as ações desenvolvidas junto aos municípios restringem-se a implantação do Projeto AMQ e acompanhamento dos municípios pertencentes ao Componente I do Proesf.

Outra importante ação estratégica de integração foi a condução dinamizadora do Pacto, o que possibilitou um melhor dimensionamento dos resultados alcançados. A pactuação no estado pode ser ilustrada pelo relato do coordenador da atenção básica: *“Se você falar do pacto ligado a atenção básica... é pactuado em seminário com todos os municípios, com a participação dos diretores de toda a secretaria, de maior ou menor (inaudível)...isso tem um documento formal que a secretaria tem conhecimento pleno dele...tem um processo bastante interessante de participação.”*

Ainda como resultado da cooperação técnica, observa-se a relação de intercâmbio de conhecimentos que foi estabelecida com os municípios, no intuito de aperfeiçoar o conjunto de mecanismos de coleta, processamento, análise, transmissão de informações e armazenamento de dados, necessários ao planejamento, organização, operação e avaliação das informações geradas pelos sistemas de informação no estado, em especial, as geradas pelo SIAB e CNES.

Esse tipo de iniciativa colaborou para um maior fortalecimento do Pacto, do SIAB e da gestão compartilhada do sistema de saúde local. Percebeu-se também que essas ações articuladas contribuíram para a facilitada adesão por parte de alguns municípios ao Projeto de Avaliação da Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ/ESF), metodologia de autogestão dos processos de melhoria contínua da qualidade, proposta pelo Ministério da Saúde, desenvolvida especificamente para a Estratégia Saúde da Família.

Apesar das prósperas intervenções observadas no âmbito dessa dimensão, algumas dificuldades foram vivenciadas, na esfera da execução de ações previstas na proposta metodológica, em especial no que se refere ao monitoramento e avaliação da atenção básica, em municípios do estado (de porte populacional variado), o que ocasionou alcance pouco expressivo desse indicador (conforme apresentado na matriz em anexo).

Ainda quanto aos entraves, a SES-SC deixou de cumprir algumas das metas previstas para o final da fase 1 desse *Projeto*. As atividades/produtos não efetivados estão relacionados aos atropelos vivenciados nessa fase, muito em função, segundo depoimentos, da rotatividade de técnicos, o que exigiu constantes recomeços para a continuidade dos processos.

As ações não empreendidas consistem em: não avaliar o trabalho de integração das áreas da SES no processo de monitoramento e avaliação, conduzido pelo núcleo ampliado; não elaboração de duas propostas de monitoramento e avaliação da atenção básica em pelo menos dois municípios do Proesf e por fim; não elaboração de propostas preliminares de monitoramento e avaliação da atenção básica nos municípios do Proesf, construída pelo município e assessorado pela SES e pelo Centro Colaborador.

### **Dimensão Desenvolvimento da Capacidade Avaliativa**

Essa terceira dimensão é a que corresponde as atividades técnicas de capacitação, monitoramento e avaliação (Natal, S.et als, 2008). Foi composta por 4 subdimensões (educação permanente, qualidade da informação, pesquisas avaliativas e desenvolvimento dos processos avaliativos), 7 atividades e 14 indicadores.

Segundo os depoimentos colhidos, pode-se observar que os atores envolvidos no *Projeto* dessa Secretaria, tiveram seu desempenho técnico incrementado, muito em razão dos momentos de capacitação em monitoramento e avaliação, realizados pelo Centro Colaborador. Um dos produtos previstos, concebido com essa parceria foi a proposta metodológica em monitoramento e avaliação, construída com a participação de diversos atores da atenção básica.

As atividades realizadas com essa consultoria colaboraram para a adoção de um modelo de planejamento, monitoramento e avaliação, que se apoiou na racionalização e na eficiência administrativa, proporcionando o fortalecimento e maior autonomia do grupo da atenção básica.

Contrária a primeira avaliação, nesse estudo contatou-se, mediante depoimentos, um efetivo envolvimento de técnicos das regionais e de coordenadores das diversas áreas, nos cursos e reuniões com o Centro Colaborador contribuiu para estimular a cultura da avaliação, elevando o grau de conhecimento desses profissionais quanto a conceitos como: monitoramento, avaliação, planejamento, entre outros, além de promover maior segurança a esses atores, na execução da proposta metodológica, bem como nas avaliações dos momentos de execução do *Projeto*, presumidas para essa fase.

Um dos produtos previstos, relacionado a essa dimensão e não desenvolvido, foi a construção de uma proposta de educação permanente em monitoramento e avaliação. Logicamente, que os desafios enfrentados para a execução dessa ação foram muitos, pois

uma ação dessa natureza demanda novas mobilizações, articulações e consolidações de uma rede de parceiros, mas o que fica claro em uma das falas (em entrevista ao coordenador da atenção básica), é que a expectativa do grupo naquele momento, em especial do núcleo coordenador era outra: *“não nesse momento, a prioridade agora é capacitar...”*, motivados pelo anseio de imediatamente iniciarem o processo para o fortalecimento do saber e do fazer, referente ao monitoramento e avaliação da atenção básica.

No aspecto da subdimensão ‘pesquisa avaliativa’, a equipe da Secretaria apenas menciona os Estudos de Linha de Base (ELB), projeto também pertencente ao Componente III do Proesf, que previa que a (s) instituição (ões) responsável (is) por esse estudo, no (s) lote (s) que o estado de SC estava inserido, desenvolvesse um conjunto de atividades de capacitação/treinamento dos profissionais de saúde do estado e municípios envolvidos, contribuindo para a constituição de parcerias entre pesquisadores, gestores e profissionais locais, bem como, incentivando a institucionalização da avaliação, por intermédio de estratégias de capacitação dos responsáveis pela atenção básica nessas localidades.

No entanto, percebe-se que essa ação se deu de maneira pouco significativa, quanto ao envolvimento dos técnicos da atenção básica da Secretaria, com as duas instituições de ensino responsáveis pelo estudo no estado, conforme colocado nesse depoimento: *“Houve muito pouco. Da secretaria como um todo talvez um pouco mais, não o linha de base, grupo de Pelotas, esse perdeu o contato. O grupo de Maringá que foi o que pegou outra parte, esse teve a participação de uma profissional, com vários encontros, debates; com o pessoal das regionais de saúde de Itajaí...”*.

No que tange a assessoria técnica aos municípios, o Centro Colaborador também desenvolveu ações com o grupo da SES, na perspectiva de manter o SIAB atualizado e de desenvolver estratégias diferenciadas de acordo com cada realidade municipal. No entanto, os entrevistados afirmaram que as intervenções relacionadas ao aperfeiçoamento do uso integrado dos diversos sistemas de informação e instrumentos de planejamento do SUS foram tímidas e que menos expressivas foram as intervenções orientadas para o estabelecimento de categorias de avaliação para classificação dos municípios,

importantes no momento de realização das periódicas análises situacionais da atenção básica no estado.

### **Dimensão Produção de Informação**

Por fim, a quarta dimensão, produção de informação e comunicação, é a que corresponde a uma atividade desejável e transversal, devendo ocorrer durante todo o processo (Natal, S.et als, 2008). Foi composta por apenas por 1 atividade e 4 indicadores.

Essa dimensão e respectiva subdimensão foram as que menos se desenvolveram no estado, valendo destacar que ela possui certo grau de dependência junto aos demais contextos. Seus critérios de produção e reprodução de informes sobre a situação da atenção básica, a partir dos processos de monitoramento e avaliação e a elaboração de uma proposta de divulgação dos resultados de monitoramento e avaliação para os gestores, não foram atingidos.

A produção de informações se restringiu aos relatórios analíticos da situação da atenção básica de SC e documentos como a proposta metodológica e relatórios com avaliação e indicativos de divulgação do alcance das metas pactuadas com os municípios. Há, ainda, contrário ao colocado na primeira avaliação, a socialização de informações em ~~uso de~~ espaços de divulgação já existentes, a exemplo do site da Secretaria, onde são disponibilizados informes e cronogramas de ações, relacionadas ao *Projeto* e a seu Centro Colaborador.

### **4 - Considerações Finais**

Essa segunda avaliação apresentou certa ~~uma~~ discordância em relação à primeira. No entanto, considerando que o estudo anterior foi apenas documental e que a SES encontrava-se no momento inicial da implantação do *Projeto*, estes valores de discordância podem ser considerados aceitáveis. Com isso, a presente avaliação apresenta um modelo reproduzível e sugere consistência dos indicadores e validade interna.

Seus resultados corroboram para considerar que o *Projeto* incentivou a Secretaria a traçar seu próprio caminho avaliativo, conhecido como "Proposta Metodológica de Monitoramento e Avaliação em Saúde". Além disso, buscou superar o modelo de gestão voltado aos meios e produtos, fomentando iniciativas inovadoras, que considerem as vivências e experiências, condições de trabalho, cultura e qualificação dos técnicos.

Percebe-se que as capacitações foram determinantes para a elaboração de intervenções e de um serviço como um todo mais condizente com o propósito do *Projeto*. No entanto, alguns caminhos ainda precisam ser percorridos e por essa razão pode-se dizer que o *Projeto* na SES de SC ainda não se projetou para o futuro, na perspectiva da institucionalização da avaliação.

Observa-se que algumas informações apresentadas/discutidas nos cursos e circuladas em outros espaços da SES, em virtude da implantação do *Projeto*, ainda não se transformaram em saberes, não se incorporaram às competências do corpo técnico, permanecendo em um nível ainda periférico e, portanto, não permitindo a efetiva construção de novos sentidos para uma rotineira e institucionalizada ação avaliativa.

Contudo, compreendendo que a avaliação deve revelar os brotos, as flores, os ramos em desenvolvimento e não somente os frutos (Lima, 2004), esse estudo finaliza-se com a afirmação de que a SES de Santa Catarina, com o volume de material, até então produzido, ao final de apenas uma, de três das fases previstas para a completa execução do *Projeto*, apresenta-se potente para fortalecer a gestão do SUS, no âmbito da avaliação da atenção básica.

## **5 – Recomendações**

Diante do verificado no presente estudo, recomenda-se que independente do recurso disponível na Secretaria para contratação de consultoria/assessoria, a exemplo da firmada na fase 1, com uma instituição de ensino para ser Centro Colaborador, indica-se o estabelecimento de parcerias para melhoria da qualidade do serviço e fortalecimento da capacidade técnica. Orienta-se a formação de redes com outras Secretarias Estaduais e com instituições de ensino com experiência na área da avaliação em saúde, as quais podem oferecer assistência técnica, materiais e treinamento aos profissionais.

Sugere-se a criação de mecanismos que promovam o avanço da qualidade das informações. Apesar da melhoria dos Sistemas de Informação ter se dado de modo satisfatório nessa análise, entende-se que seu aperfeiçoamento é sempre desejável. Vale destacar, que é necessário reduzir a tolerância com as deficiências na produção de informações, desde o registro até a disponibilização.

Outro aspecto a ser cogitado é o da sistematização da divulgação das informações originadas na Secretaria. Deve-se perseguir a indução para a regularização e

uniformização de suas publicações, tratando esta questão com a prioridade que merece e estudando a viabilidade de auto-sustentação financeira de suas publicações, que as torne menos vulneráveis às mudanças políticas.

Esse tipo de desafio requer uma política clara de valorização do processo de produção e disseminação das informações, no âmbito da avaliação da atenção básica. Uma das formas de garantir materialidade à perspectiva de ampliação das experiências em andamento, de forma intensa como demanda a natureza do *Projeto*, é ampliar os recursos financeiros para esta área, tanto para o serviço, quanto para pesquisas e estudos sobre o tema avaliação em saúde.

É importante a construção de uma política que fomente a produção de conhecimento nessa área, fortalecendo a autonomia na gestão e diminuindo a dependência tecnológica as instituições de ensino e outras esferas de gestão da saúde.

## **6 - Referências bibliográficas**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília: MS; 2005.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde / Departamento de Atenção Básica / Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. (2003). *Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica*. [Produto do trabalho da Comissão instituída pela Portaria N° 676 GM/MS de 03 de junho de 2003, publicada no DOU em 04 de junho de 2003].
3. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de Expansão e Consolidação do Programa Saúde da Família (Proesf). Disponível em <http://www.saude.gov.br/proesf>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional da Atenção Básica. Brasília, DF, 2006b. (Série Pactos pela Saúde, v. 4). 143
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Nota Técnica. Considerações sobre a instituição de um processo de monitoramento e avaliação do SUS. Brasília: MS; 2005.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto de fortalecimento da capacidade técnica das secretarias estaduais de saúde em monitoramento e avaliação. Termo de Referência. Brasília, DF, 2004. Disponível em: [www.saude.gov.br/caadab](http://www.saude.gov.br/caadab). Acesso em: 20 set. 2005.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Informe da Atenção Básica, nº 28 - Fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação nas secretarias estaduais de saúde, Ano VI, março/abril, Brasília, DF, 2005.
7. Bodstein, R. Atenção Básica na agenda da saúde. *Rev. C S Col* 2002; 7(3):401-12.
8. Canesqui, AM. Sobre a avaliação da atenção básica. *Rev C S Col* 2002; 7(3):415-7.
9. Cordoni, Júnior L. Uma agenda para a análise do SUS. *Rev C S Col* 2002; 7(3):417-8.
10. Conill, EM. Complementando a discussão sobre a atenção básica: podem o acesso, a integralidade e o controle social se constituírem em temáticas de consenso para a avaliação da reforma brasileira? *Rev C S Col* 2002; 7(3):421-3.
12. Felisberto, E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, ABRASCO, v. 11, n. 3, p. 553-563, jul./set. 2006.
13. Felisberto, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Revista brasileira de saúde materno-infantil*, Recife, v. 4, n. 3, p. 317-321, 2004.
14. Freire, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.
15. Hartz, ZMA. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Rev C S Col* 2002; 7(3):419-21.
- 16 Hartz, ZMA. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. *Divulg Saúde Debate* 2000; 21: 29-35.
17. Lima, M. A. M. 2004. Avaliação de programas gerenciais de t&d: uma proposta de metodologia flexível em construção. *Revista Eletrônica de Administração & Negócios*. Capturado da internet em [www.terravista.pt/enseada](http://www.terraviva.pt/enseada) em 2/5/2008.
18. Medina MG, Aquino R & Carvalho ALB. Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS. *Divulgação Saúde Debate* 2000; 21:15-28.
19. Minayo, M. C. S. 1991. Abordagem Antropológica para Avaliação de Políticas Sociais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, nº3, p. 233-238.

20. Natal S, Santos EM, Alves CKA, Felisberto E. Estudo de Caso. Avaliação Formativa do Componente Fortalecimento Técnico das Secretarias de Estado de Saúde em Monitoramento e Avaliação. ENSP/FIOCRUZ – IMIP – MS/DAB – Relatório Executivo, 2007. mimeo.
21. Natal S, Santos EM, Alves CKA, Felisberto E, Santos ES, Sousa A. 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, Z, Vieira-da-Silva LM, Felisberto E, organizadores. Meta-avaliação da atenção básica em saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
22. Paim, J. S. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: ZMA Hartz & LM Vieira-da-Silva, organizadores. Avaliação em saúde. Dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Salvador: EDUFBA; 2005. p. 9-10.
22. Ribeiro J.M. Atenção básica em saúde e a busca por uma conceituação. Rev C S Col 2002; 7(3):413-5.
23. Souza H.M. O PSF como indutor da institucionalização da avaliação na atenção básica. Revista Brasileira Saúde Família 2002; 6:10-5.
24. Teixeira CF. Descentralização do SUS: múltiplos efeitos, múltiplos olhares. Rev C S Col 2002; 7(3):423-6.
25. Travassos C. Debate sobre o artigo de Zulmira M.A. Hartz. Cad Saúde Pública 1999; 15(2):246-7.
26. Vieira-da-Silva L.M. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: ZMA Hartz & LM Vieira-da-Silva, organizadores. Avaliação em saúde. Dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Salvador: EDUFBA; 2005. p. 15-39.

**ANEXO**  
**MATRIZ DE JULGAMENTO**

Fonte: Natal, 2007.

**I - Contexto gestão técnica**

Contexto/ Dimensão	Subdimensão	Atividade	Crítérios/ Indicadores	Parâmetro	$\Sigma$ pos pontos máximos estipulados para os critérios/ indicadores	$\Sigma$ pos pontos observados para os critérios/ indicadores	$(\Sigma$ pos pontos observados / $\Sigma$ dos pontos estipulados) *100	Grau implantação *
I – Contexto gestão técnica (250)	A. Técnico-Financeira (145)	Implementação da gestão financeira do projeto	1. Elaboração do POA pelo núcleo coordenador de M&A.	POA 1 e 2 elaborados: custos globais do plano e fonte dos recursos definidos.	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>	<b>60%</b> <b>(Satisfatório)</b>
			2. Alimentação da declaração de gastos/prestação de contas no Sistema de Gerenciamento do Projeto (Proesf).	Sistema de Gerenciamento alimentado.	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>80%</b>	
			3. Execução dos recursos programados para realização das ações programadas.	Pelo menos 80% das licitações programadas realizadas.	<b>30</b>	<b>20</b>	<b>67%</b>	
		(Re)estruturação/Ampliação da equipe técnica da SES envolvida com M&A da atenção básica.	4. Definição de responsável técnico pelo projeto na SES para manter interlocução com o Ministério da Saúde.	Responsável técnico definido e atuando.	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	
			5. Criação do Núcleo coordenador.	Núcleos/grupos/equipes de M&A da AB estabelecidos no âmbito central da SES e em pelo menos 30% das Regionais/Diretorias de saúde do Estado.	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>	
			6. Constituição do Núcleo ampliado de M&A.	Núcleo ampliado, implantado/constituído, de	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>50%</b>	

		7. Estabelecimento das equipes de M&A na AB no âmbito central e regional dos estados.	âmbito central e regional (plano de trabalho constando metodologia e produtos esperados, ou agenda, reuniões sistemáticas, local de encontros, pessoa exclusiva para estas atividades, portaria).	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	
		8. Definição de pelo menos 1 profissional de cada área da NOAS para ser capacitado em M&A.		<b>15</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>	
		Promoção de reparos e adequações físicas na estrutura organizacional da SES e Regionais de Saúde	9. Realização de reparos e adequações físicas nas SES para fortalecer M&A.	90% dos reparos e adequações físicas previstas nas SES para fortalecer sua capacidade de M&A da AB realizados ou ampliação da infraestrutura.	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
		Aquisição de equipamentos, veículos, mobiliários, informática e outros	10. Aquisição de veículos e equipamentos.	80% dos equipamentos e veículos previstos como necessários ao fortalecimento da capacidade da SES em M&A adquiridos*	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>
	B. Técnico-Organizacional (105)	Contratação dos Centros Colaboradores em Avaliação da Atenção Básica	11. Contratação e implantação de consultoria especializada em M&A por instituição de ensino e pesquisa.	Pelo menos 1 centro colaborador contratado Cronograma de reuniões, pelo menos 70% dos produtos acordados com o CC alcançados e existência de critérios.	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>
		Apresentação, discussão e aprovação da Proposta Metodológica nas instâncias colegiadas de gestão (CIB e CES)	12. Proposta Metodológica de M&A, apresentação, discussão e aprovação na CIB e CES.	PM aprovada na CIB e CES constando em ata	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>
		Realização da avaliação sobre o alcance final das metas previstas nos	13. Realização dos MPF	Síntese avaliativa dos MPF realizados, dos resultados alcançados e dificuldades encontradas.	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>

		três momentos de execução e revisar o Plano Estadual	14. Revisão do Plano Estadual com acréscimo da PM (análise documental na 2ª. proposta metodológica)	Plano Estadual revisado, acrescido da PM ao final do MI.	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	
--	--	--	---	--	-----------	----------	-----------	--

\*Incipiente (até 25%); Parcial (26 a 50%); Satisfatório (51 a 75%) e Bom (76% e mais).

## II - Dimensão Integração

Contexto/ Dimensão	Subdimensão	Atividade	Critérios/ Indicadores	Parâmetro	∑ pos pontos máximos estipulados para os critérios/ indicadores	∑ pos pontos observados para os critérios/ indicadores	(∑ pos pontos observados / ∑ dos pontos estipulados) *100	Grau de implantação *
II - Dimensão Integração (250)	A. Integração	Execução das estratégias de M&A da atenção básica junto aos municípios.	1. Execução de ações previstas na Proposta Metodológica para Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica aprovada pela CIB, CES e DAB/MS. em municípios acima e abaixo de 100.000 hab.		<b>30</b>	<b>10</b>	<b>33%</b>	<b>60%</b> <b>(Satisfatório)</b>
		Implementação de estratégias para o fortalecimento do uso do SIAB e Pacto dos Indicadores da Atenção Básica como instrumentos de planejamento.	2. Cooperação técnica com os municípios na dinamização do Pacto da AB e no uso do SIAB.	Sim/Não	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	
			3. Análise das estratégias utilizadas junto aos municípios para o fortalecimento do uso do SIAB como instrumento.		<b>25</b>	<b>15</b>	<b>60%</b>	
		Promoção da avaliação das estratégias traçadas junto aos municípios para acompanhamento do cumprimento do Pacto de Indicadores da Atenção Básica e no uso do SIAB.	4. Análise do desempenho dos municípios no cumprimento do Pacto AB e no uso do SIAB.	Aprovação da pactuação da AB na CIB e CES	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>100%</b>	
			5. Monitoramento e viabilização das metas do pacto implantado.		<b>20</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>	
		Realização de cooperação técnica e apoio aos municípios	6. Desenvolvimento de ações para construção de sistemas de M&A.	Sim/Não	<b>30</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	

	em monitoramento e avaliação.	7. Assessoria aos municípios pelo menos na implantação do AMQ.	Sim/Não	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>100%</b>	
		8. Assessoramento aos municípios na atualização do CNES.	Pelo menos 40% dos municípios com CNES atualizado.	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	
	Execução da avaliação da integração entre as distintas áreas, instrumentos e processos de trabalho vinculados ao M&A da AB na SE	9. Incentivo e Avaliação da integração das áreas da SES no processo de M&A da AB (p.88) 30	Sim/Não. Relatório da avaliação das ações realizadas de forma integrada pelos distintos setores da SES.	<b>30</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	
		10. Assessorando a elaboração de 2 propostas de M&A da AB em pelo menos 2 municípios do Proesf.	Propostas preliminares de M&A da AB nos municípios do Proesf, construída pelo município e assessorado pela SES e CC.	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	

\*Incipiente (até 25%); Parcial (26 a 50%); Satisfatório (51 a 75%) e Bom (76% e mais).

### III - Dimensão Desenvolvimento da Capacidade Técnica

Contexto/ Dimensão	Subdimensão	Atividade	Critérios/ Indicadores	Parâmetro	$\sum$ pos pontos máximos estipulados para os critérios/ indicadores	$\sum$ pos pontos observados para os critérios/ indicadores	$(\sum \text{pos pontos observados} / \sum \text{dos pontos estipulados}) * 100$	Grau de implantação*
III - Dimensão Desenvolvimento da Capacidade Técnica (400)	A. Educação Permanente (170)	Promoção de educação permanente para a equipe técnica de M&A da SES.	1. Elaboração de uma proposta de educação permanente em M&A da AB.	Proposta de educação permanente em saúde para equipe técnica da SES elaborada.	<b>40</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>60%</b> <b>(Satisfatório)</b>
		Capacitação em monitoramento e avaliação para a equipe técnica da SES.	2. Realização de cursos em M&A envolvendo profissionais do núcleo coordenador e áreas da NOAS/AB.	Pelo menos 1 profissional de 70% das Regionais de Saúde, capacitado em monitoramento e avaliação em saúde.	<b>50</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>	

				Pelo menos 1 profissional de cada área constante da NOAS de âmbito central, capacitado em monitoramento e avaliação em saúde.			
		3. Elaboração de uma proposta de M&A da AB como produto do processo de capacitação.	Proposta Metodológica construída com participação da AB e 7 áreas (contendo: metas, indicadores, método de coleta de dados, fontes de informação, frequência de coleta dos dados e método de análise) com 1 Metodologia de monitoramento incluindo: i) metas e indicadores ii) método de coleta de dados iii) fontes de informação iv) freq de coleta de dados e v) métodos de análise.	<b>40</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>	
		Realização de avaliação formativa ao final do momento inicial.	4. Realização de momentos processuais de avaliação do projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica.	MPF I realizados - Sim/Não.	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>
		Realização de avaliação formativa ao final do momento de desenvolvimento.	5. Realização de momentos processuais de avaliação do projeto de Fortalecimento da Capacidade Técnica.	MPF II realizados - Sim/Não.	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
		B. Qualidade da informação (65)	Melhoria da qualidade dos sistemas de informação em saúde e informatização da rede	6. % Assessoramento aos municípios na atualização do SIAB.	80% dos municípios do estado, com Programa Saúde da Família e/ou Programa de Agentes Comunitários de Saúde, alimentando regularmente o SIAB nos últimos 12 meses. Estratégia de melhoria da qualidade elaborada/discutida.	<b>20</b>	<b>20</b>
	7. Elaboração de processos de melhoria da qualidade dos SIS.				<b>30</b>	<b>20</b>	<b>67%</b>
	8. % de municípios assessorados.				<b>15</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

C. Pesquisas Avaliativas (45)	Participação ou solicitação de pesquisas avaliativas a centros colaboradores.	9. Participação da SES na realização dos ELB do Proesf.	Participação da SES nos ELB.	<b>15</b>	<b>5</b>	<b>33%</b>
		10. Solicitação e acompanhamento de pesquisas avaliativas realizadas com auxílio do CC.	Pesquisa avaliativa solicitada.	<b>20</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
		11. Plano de avaliação de impacto de intervenção sobre problema prioritário	Plano de avaliação de impacto contendo: tema, justificativa, perguntas de pesquisa, objetivos, explicação de como os resultados poderiam contribuir com a melhoria do sistema de atenção básica e cronograma de execução.	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
D. Desenvolvimento dos processos avaliativos (120)	Realização da avaliação da situação da AB no estado, conforme proposta elaborada.	12. Estabelecimento de categorias de avaliação para classificação dos municípios na realização do diagnóstico situacional da Atenção Básica/ elaboração do diagnóstico situacional da ABS.	Diagnóstico situacional da ABS elaborado com classificação de municípios em categorias segundo sua situação (as categorias serão estabelecidas a partir de critérios definidos pela SES).	<b>50</b>	<b>15</b>	<b>30%</b>
		13. Assessoria do CC implantada.		<b>40</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>
		14. Assessoria do CC na avaliação da AB.		<b>30</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

\*Incipiente (até 25%); Parcial (26 a 50%); Satisfatório (51 a 75%) e Bom (76% e mais).

#### IV - Dimensão Produção de Informação e Comunicação

Contexto/ Dimensão	Subdimensão	Atividade	Critérios/ Indicadores	Parâmetro	$\Sigma$ pos pontos máximos estipulados para os critérios/ indicadores	$\Sigma$ pos pontos observados para os critérios/ indicadores	$(\Sigma$ pos pontos observados / $\Sigma$ dos pontos estipulados) *100	Grau de implantação *
IV - Dimensão Produção de Informação e Comunicação (100)		Elaboração de informes sobre a situação da AB no estado, conforme proposta elaborada.	1. Produção e reprodução de informes sobre a situação da AB no estado a partir dos processos de M&A da AB.	Número de informes produzidos com a classificação dos municípios, em categorias segundo sua situação (as categorias serão estabelecidas a partir de critérios definidos pelas SES).	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>16,5% (Incipiente)</b>
			2. Apresentação do relatório analítico da situação da Atenção Básica no estado, com avaliação do alcance das metas pactuadas com os municípios.	Pelo menos 1 relatório apresentado, sobre a situação da AB no estado.	<b>30</b>	<b>10</b>	<b>33%</b>	
			3. Elaboração de proposta de divulgação dos resultados de M&A para os municípios.	Divulgação dos resultados do M&A ou pelos menos	<b>30</b>	<b>10</b>	<b>33%</b>	
			4. Elaboração de proposta de divulgação dos resultados de M&A para gestores.	proposta metodológica, elaborada para os municípios e gestores.	<b>30</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	

\*Incipiente (até 25%); Parcial (26 a 50%); Satisfatório (51 a 75%) e Bom (76% e mais).

