

Planejamento, gestão e avaliabilidade dos programas e serviços de saúde bucal

Érika Lúcia de Almeida Portugal

Horácio Pereira de Faria

Lívia Guimarães Zina

Marcos Azeredo Furquim Werneck

Introdução

Planejamento

Planejar é uma ação inerente ao ser humano. São muito poucas as situações em que não planejamos e, de um modo geral, sempre somos obrigados a planejar alguma ação, uma situação nova, um investimento que acarreta gastos financeiros. O planejamento aproxima as pessoas, favorece que estas possam expressar seus sentimentos, desejos e, desta forma, fortalece as relações pessoais e sociais. Planejar não garante, mas, amplia as chances de alcançarmos nossos objetivos com os recursos que temos disponíveis, pois, nos apresenta um método para pensar, executar e avaliar uma ação. Nos ajuda a transformar nossas realidades. Para vários autores, o planejamento é percebido como uma importante ferramenta para a gestão e para a administração com potência para impulsionar os meios de trabalho. Para outros, é percebido como processo social, no qual participam sujeitos e coletivos e onde o foco são as relações sociais. Planejamento não se baseia apenas na teoria, na ideologia ou na utopia. Está intimamente relacionado à ação com um processo e significa pensar esta ação antes, durante e depois. Significa a proposta de que não se trabalhe com base na

rotina e no imprevisto (PAIM, 2006). De acordo com Matus (1996), o planejamento é um cálculo que precede e preside uma ação.

O planejamento é uma prática social uma vez que pode se apresentar de um modo não estruturado e significa ir além da formalização política e buscar um componente comunicacional por meio de uma ação democrática que adota uma prática dialógica, com a busca de consensos e acordos a partir de compromissos firmados entre os atores (TESTA, 1987).

Por outro lado, o planejamento como prática social pode se apresentar de modo estruturado, por meio de políticas, planos, programas ou projetos.

O plano diz respeito ao que fazer de uma dada organização, reunindo um conjunto de objetivos e ações e expressando uma política, explicitada ou não. O programa estabelece de modo articulado objetivos, atividades e recursos de caráter mais permanente, representando certo detalhamento de componentes de um plano ou, na ausência deste, definindo com mais precisão o que fazer, como, com quem, com que meios e as formas de organização, acompanhamento e de avaliação. No caso de projeto, trata-se de um desdobramento mais específico de um plano ou programa, até mesmo para tornar exequível ou viável algum dos seus componentes (projeto dinamizador), cujos objetivos, atividades e recursos têm escopo e tempo mais reduzidos. Desse modo, um plano pode ser composto de programas e projetos, ao passo que um programa pode envolver um conjunto de projetos e ações (PAIM, 1986).

Dos anos 60 até a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento em saúde pautou sua atuação por um excesso de decisões centralizadas, que geraram planos normativos, verticalizados e nem sempre adequados às realidades locais (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998). Após a implantação oficial do SUS, o processo de descentralização propiciou o aporte de recursos e a incorporação de tecnologias pelos sistemas municipais de saúde, aumentando sua capacidade de gestão e possibilitando diagnósticos mais precisos da realidade e a organização de serviços de saúde mais adequados às necessidades de saúde da população. O planejamento aparece como um instrumento importante, conferindo mais poder e responsabilidade aos municípios.

Este resgate de poder para o gestor municipal propiciou uma nova relação entre as três esferas de governo. O fortalecimento da descentralização do SUS teve como desdobramento maior flexibilização para a gestão municipal, com reforço do processo de tomada de decisões, possibilitando mais autonomia aos atores envolvidos, visando “ampliar os espaços

de criatividade e ousadia na busca de soluções” (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

No que se refere às decisões políticas nas diferentes esferas de governo, é importante reconhecer que podem existir conflitos de interesses em todas as áreas de atuação do Estado que explicam, em parte, as marchas e contramarchas no desenvolvimento das políticas públicas. Ora os interesses do capital são priorizados em relação aos interesses do trabalho, ora é o contrário. É possível afirmar que o entendimento do processo saúde/doença varia de acordo com a concepção e os interesses da classe social que ocupa o poder. Ou ainda, afirmar que este entendimento dá a direcionalidade às práticas de saúde e, por vezes, aos comportamentos da população em geral. Desta forma, o planejamento, e de resto a ciência, podem estar a serviço da direcionalidade dada à gestão e às práticas a partir do conceito de saúde/doença e dos interesses de quem ocupa o poder. As marchas e contramarchas do SUS resultam das escolhas dos gestores e da resistência ou aceitação, maior ou menor, dos diferentes atores envolvidos e interessados nessas escolhas. Este conflito é sempre mediado por estratégias de convencimento, que nem sempre são suficientes para conseguir a adesão de todos os sujeitos envolvidos. Nas ocasiões em que o convencimento não funciona, são inevitáveis os confrontos que podem acarretar rupturas e dificuldades enormes para a condução de um processo de planejamento, podendo mesmo inviabilizá-lo. Em sua essência, o planejamento estratégico situacional nos apresenta um dilema: como conseguir atingir os **nostros** objetivos apesar dos objetivos dos **outros**?

Assim, os conflitos que perpassam os processos de planejamento em saúde são reflexos dos conflitos existentes na sociedade como um todo e que estão presentes também na disputa pelo poder nas estruturas do Estado. Não é raro que, na implantação do “seu projeto de governo”, quem ocupa o poder busque transformar sua visão de mundo em posição hegemônica, em senso comum, em filosofia das massas, na moral que desenha os costumes e o comportamento da maioria das pessoas na sociedade. Aposta-se na existência de um conceito hegemônico de realidade, procurando anular o desenvolvimento da consciência crítica de grande parte da população, em especial da classe trabalhadora e das parcelas mais vulneráveis, bem como buscando impedir o afloramento de disputas e conflitos. Para tanto, a classe social que ocupa o Estado utiliza, para impor suas ideias e projetos, os seguintes recursos de convencimento: a) o poder de fogo para definir as regras do jogo, por meio de maioria de representantes no congresso, para aprovação de suas leis decretos e portarias; b) o poder de apresentação de suas ideias largamente difundidas por meio de uma mídia que lhe é fiel; c) a competência para agir de forma estratégica

tanto diante de quem lhe é aliado, quanto daqueles que lhe são oponentes. Desta forma, é o Estado quem garante a perpetuação desta dominação e deste consentimento (GIOVANELLA, 1990).

Esta situação se constitui em um dos mais vigorosos entraves à conquista da cidadania e ao avanço dos movimentos populares em grande parte do País. Mas, não os tem impedido.

Coloca-se, então, para o SUS a necessidade de repensar o processo de planejamento e o próprio processo de trabalho, com aproximação aos movimentos populares, exigindo um agir mais participativo e a aplicação de métodos de planejamento mais adequados, como forma de enfrentar e superar dificuldades.

Outra questão importante está relacionada aos paradigmas que orientam a organização dos serviços de saúde e que podem, por exemplo, estar influenciando nas práticas dos profissionais que priorizam ações mais voltadas para a recuperação e reabilitação colocando em segundo plano as ações de prevenção e promoção da saúde.

Não é incomum o fato de que o processo de planejamento parta de um conhecimento parcial, e as vezes, equivocado, da realidade de vida e dos determinantes sociais de saúde num cenário de recursos historicamente insuficientes. Quando isto ocorre, temos diagnósticos pobres e incompletos da realidade e ações insuficientes e inadequadas para fazer frente às reais necessidades de saúde de nossas comunidades. Ou então, o fato da gestão se fazer, com alguma frequência, com base no improviso, pode acarretar uma preocupante ausência de planos de médio e longo prazo, e sem contar com a participação de todos os atores sociais envolvidos. Estas situações podem gerar um cenário de falta de motivação para os sujeitos, onde o fazer cotidiano se dá de forma repetitiva e inadequada, por meio do “apagar de incêndios”, “atender à demanda urgente”, “gerar consultas”, etc (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998). Somados a estes cenários de gestão, é possível que haja um despreparo de gestores e profissionais para lidar com o desenvolvimento dos movimentos populares e com o empoderamento das pessoas em relação aos seus direitos e ao processo de cuidar de si mesmos. Quando isto ocorre, surge um cenário em que se perdem excelentes oportunidades para a implementação de um processo participativo de planejamento nas unidades de saúde (CAMPOS, 2003).

De fato, estas questões relativas à gestão do SUS e do processo de trabalho, podem estar revelando a existência de ações ineficientes e ineficazes, além de uma provável falta de efetividade das mesmas. No entanto, é preciso relativizar a questão da ineficiência e ineficácia e perguntar: ineficientes e ineficazes para quem? Até onde interessa um sistema de saúde público com financiamento adequado, eficiente e eficaz para os defenso-

res do Estado mínimo? Um sistema de saúde público eficiente e eficaz não seria um concorrente do setor privado de prestação de serviços de saúde? Por que um trabalhador se interessaria em pagar um plano privado de saúde se o sistema público consegue atender suas expectativas? Refletir e entender estas questões é fundamental para definir estratégias de ação no caminho da construção do SUS

A resposta a estas indagações nos coloca diante de quatro questões que contribuem para a discussão sobre a ineficiência e a ineficácia do SUS, merecendo uma reflexão mais detalhada.

A primeira questão diz respeito as escolhas dos atores que estão à frente das estruturas de poder do Estado que são, em boa medida, mediadas pelas diferentes concepções do papel do Estado numa sociedade. É provável que os gestores que defendem o Estado mínimo dificilmente deem prioridade às Políticas Sociais. Nesse caso um paradigma que mascare a determinação social do processo saúde e doença - como é o caso do paradigma biomédico -, pode ser mais adequado.

A segunda questão diz respeito às formas de enfrentamento dos problemas, num contexto histórico de restrição orçamentária, agravado recentemente com a perspectiva de redução dos recursos (já bastante insuficientes) para a saúde. Fica então a preocupação acerca dos recursos de que dispõem os gestores - estruturas, tecnologias e competências - para enfrentar os problemas, desde o diagnóstico sobre sua dimensão (tamanho) e distribuição, até o monitoramento e avaliação das soluções pensadas e implementadas.

A terceira questão tem relação com a forma (cultura) de gestão dos serviços públicos onde, com certa frequência nos deparamos com situações em que prevalecem: a pouca visão de médio e longo prazo (imediatismo), a falta de continuidade dos projetos, o improviso, a não valorização da informação e do planejamento, a fragmentação de ações, o compadrio e a exclusão de importantes atores nos processos de planejamento, programação e avaliação.

A quarta questão se refere aos paradigmas que orientam a atuação dos diferentes atores-gestores, profissionais e população em geral onde podemos perceber a presença de conflitos. Embora já se possa afirmar que alguns profissionais trabalham com o paradigma da produção social do processo saúde e doença, grande parte da população ainda percebe e deseja os serviços do SUS em consonância com o paradigma biomédico, num movimento que acaba por legitimá-lo. Em função disso, a reorientação do modelo de atenção preconizado pelo SUS passa a depender das formas de interação entre as equipes, profissionais e destas com os gestores e os usuários. Outra questão importante se refere à dependência da implantação

de ações no território que levem em consideração o contexto - sócio-econômico-político-cultural-ambiental -, numa perspectiva interdisciplinar, intersetorial e participativa, incorporando os movimentos e redes sociais em todo o processo de planejamento, redefinindo as práticas e ações no âmbito não apenas do setor saúde, mas também, de outros setores da administração pública.

A superação destas situações, passa entre outras questões, pela capacidade dos atores realmente interessados e comprometidos com a construção do SUS, de: a) buscar a concretização dos princípios constitucionais de integralidade, equidade e universalidade; b) articular, nos planos técnico, político-ideológico e institucional, estratégias de enfrentamento que deem conta, por um lado dos problemas de saúde que afligem nossas populações e, por outro lado, das forças contrárias à construção do SUS

Hoje, os municípios brasileiros, têm o desafio de implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), com os objetivos de organizar o sistema de saúde, garantir a integralidade do cuidado e efetivar o acesso em todos os níveis de atenção. A efetivação das RAS apresenta, como aspecto fundamental, a consolidação da gestão de sistemas municipais de saúde. Isto implica em desmitificar o planejamento e seus instrumentos como algo inacessível aos atores do processo de construção desse sistema de saúde - gestores, profissionais e comunidade -, e apresentá-lo como algo acessível, possível e desejável. É fundamental que esta ferramenta esteja ao alcance dos "que não se consideram planejadores", mas que, sem dúvida, se incluem entre os sujeitos que de fato planejam e fazem as ações acontecer no dia-a-dia do município e da base do sistema de saúde" (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

O enfrentamento deste modo de fazer a gestão, exige a construção de um novo processo de planejamento no qual é fundamental a aproximação e o compartilhamento com o usuário, na condição de parceiro e sujeito. Uma situação desafiadora que pode encontrar lastro no bojo de algumas teorias de planejamento.

As contribuições de Mario Testa, Carlos Matus e Gastão Wagner Campos

No período de 1960 a 1990 predominaram as características do planejamento normativo. Em meados dos anos de 90, com base nas contribuições de autores como Mario Testa e Carlos Matus, teve início a modelagem de uma nova corrente teórica: o planejamento estratégico situacional.

Mario Testa e Carlos Matus apresentam ideias e trajetórias complementares. Ambos, se engajaram em instituições de pesquisa e movimen-

tos populares, por meio dos quais, elaboraram suas ideologias e propostas. Ademais, os autores experimentaram o insucesso de movimentos políticos participativos e democráticos no confronto com governos de ideologia autoritária, fundamentada na força e na norma. Assim, ao pensar o planejamento em saúde, Testa e Matus, encontraram críticas importantes ao modelo de planejamento vigente, cujo a centralidade era amplamente normativa, o que abriu as portas para um novo modelo de planejamento, o planejamento estratégico situacional (GIOVANELLA, 1990; 1991).

Mário Testa atuou no projeto inicial do método CENDES-OPAS, em 1965. Posteriormente, deslocou seus interesses e atuação para os movimentos populares que ocorriam na Argentina no movimento peronista. No seu exílio, Testa levantou alguns pontos centrais a serem considerados na explicação e enfrentamento dos problemas sociais. Nos seus estudos o autor aborda os problemas de saúde como problemas sociais, nos quais identificam disputas e jogos de poder (GIOVANELLA, 1990).

Por sua proposta, a intenção é que o processo de planejamento em saúde conduza a uma mudança social, onde seja possível mudar a história ao se intervir na realidade. Um ponto central da sua teoria está na percepção da ação em saúde como uma ação política. A discussão do poder e da ideologia são categorias fundamentais para a compreensão da dinâmica organizacional das instituições. As relações de poder existentes na organização das práticas de saúde são compreendidas como expressão ideológica e representativa de quem as realiza (GIOVANELLA, 1990; RIVERA, 2009; TESTA, 1986).

O pensamento estratégico de Mario Testa tem, como objetivo, interferir nas relações de poder. Estas relações são descritas como uma categoria explicativa da realidade, como a “capacidade” que alguém, ou alguma classe social possui. As relações de poder compõem o espaço social e organizacional das práticas de saúde. Assim como participam do processo de construção da sociedade, estando indissolúvelmente ligadas ao Estado (RIVERA, 2009; TESTA, 1986).

Neste sentido, o autor propôs um diagnóstico estratégico, com objetivo de quantificar o poder, por meio de três indicadores: Técnico, Administrativo e Político (GIOVANELLA, 1990; TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

Poder Técnico: Relaciona o poder com o saber. É mensurado pela avaliação de como os grupos sociais detém e manejam as diferentes informações em cada lugar e momento.

Poder Administrativo: Faz alusão ao poder econômico. É medido pela análise de como os grupos sociais lidam com os recursos financeiros em cada fase do planejamento pois, para ele, o dinheiro é o que garante todos os demais recursos. No entanto, considera fundamental não fazer a equivalência linear com os recursos humanos, cujas habilidades transcendem à abordagem financeira e aos quais se deve dispensar tempo e atenção especiais.

Poder Político: refere-se à ideologia. Portanto, não é apenas uma capacidade, mas, algo que acontece sempre em exercício e relação (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

O exercício do poder se encontra em duas categorias. O Poder Cotidiano, o qual aponta para o que fazer e como fazer a cada dia. E o Poder Societário, interno às instituições, atribui ao fazer de cada dia a construção histórica do novo (TESTA, 1986). Deste modo, a proposta de Testa consiste em uma ação democrática, por meio de um processo de planejamento, que adota uma prática dialógica, com a busca de consensos e acordos entre os atores. Uma proposta que avance para além da formalização política e da rigidez estrutural dos métodos antigos (RIVERA, 2009).

No que diz respeito à ideologia, o autor a caracteriza como “visão de mundo”, formada por um sistema de ideias, normas e condutas. Da mesma forma, na integração entre o saber e a prática, o primeiro se refere à percepção da realidade e o segundo ao espaço de construção do sujeito (TESTA, 1986).

No Estado, a produção da prática e a construção dos sujeitos se desenvolvem por meio de práticas sociais. É nessas práticas que se consolida a consciência, a concepção de mundo, a postura ética e a formação dos valores, num processo de ideologização. As formas organizacionais das práticas sociais, guardam em si, as formas das relações de poder (TANCREDI; BARRIOS; FERREIRA, 1998).

Para Testa, o conhecimento, é o saber que se expressa por meio de uma visão de mundo, que é a ideologia de cada sujeito, inseparável da prática. Assim, a prática abarca um conteúdo ideológico, o qual ordena suas formas organizativas e que se transforma ao construir a consciência de seus sujeitos (TESTA, 1987a). Embora as conceba como transformadoras, o autor não aprofunda a discussão sobre quais são as práticas com potencial transformador da concepção de mundo (GIOVANELLA, 1990)

O desenvolvimento de uma concepção se dá a partir das relações sociais estabelecidas, sendo influenciado pela formação e pelas experiên-

cias vividas pelas pessoas, ao longo de suas vidas. Em função desta afirmativa, Testa sugere que formas democráticas e participativas podem ser compreendidas como “práticas que afetam a concepção de mundo de seus sujeitos e *podem contribuir* para a transformação dessas concepções de mundo, e impulsionar novas práticas, pela elaboração crítica dos conteúdos das práticas realizadas” (TESTA, 1987a). Para ele, a construção de uma sociedade democrática guarda estreita relação com a transformação alcançada pelos sujeitos sociais no estabelecimento de novas relações, e pela sua participação em práticas sociais diferenciadas (GIOVANELLA, 1990; TESTA, 1986).

Desta forma, a proposta de Testa apresenta um conteúdo transformador para o planejamento em saúde. Como descrito por Giovanella, a proposta de Testa busca a compreensão dos conteúdos de Poder nas ações em saúde, enfrentando as bases reais da dominação, sendo transparente nos deslocamentos de Poder que objetiva.

Carlos Matus desenvolveu sua trajetória engajado em instituições de pesquisa social. Atuou como ministro do planejamento no Chile, onde buscou construir um governo de bases socialistas, mas, não obteve sucesso. Assim como Testa, propõe mudanças no processo de planejamento, com base na formulação de estratégias com coerência entre a eficácia econômica e política (GIOVANELLA, 1991).

A proposta de Matus é uma estratégia à crise do planejamento nas macroorganizações, na qual percebe a existência de baixa responsabilidade, como uma característica da administração pública latino-americana. O autor sugere uma transformação administrativa, com a inserção de subsistemas interligados de gestão (GIOVANELLA, 1991). Os conceitos que alicerçam esta mudança são:

- 1) A priorização do planejamento criativo, junto a descentralização dos sistemas de condução.
- 2) A gestão com base em objetivos ou operações;
- 3) A ênfase na responsabilização da gestão nos processos de monitoramento, cobrança e prestação de contas (GIOVANELLA, 1991).

Para desenvolver um modelo de planejamento o autor se fundamenta nas teorias da situação, da produção social e da ação interativa, assim como, no método de processamento de problemas. A proposta de Matus visa a utilização da própria realidade, com seus componentes e conflitos, como referência e centralidade no processo (RIVERA, 2009).

Enquanto estratégia operacional, o objetivo é que o método seja flexível, e funcione de forma coerente com a própria realidade: certa e incerta, previsível e imprevisível, em atos relacionais com consensos e dis-

sensos, na busca de respostas a simulações e perturbações. E, que permita a dedução de uma política viável e se aproxime dos objetivos perseguidos (GIOVANELLA, 1991; MATUS, 1989).

Sendo assim, o modelo de planejamento de Matus baseia-se em quatro momentos: Explicativo; Normativo; Estratégico; Tático-Operacional (GIOVANELLA, 1991; MATUS, 1989). Os quatro momentos, não são sequenciais, mas simultâneos e em constante processo, assim como a realidade. A autora conceitua-os como (GIOVANELLA, 1991; MATUS, 1982).

- 1) **Momento explicativo:** equivalente ao diagnóstico onde são selecionados problemas e discutidas suas causas ao nível dos fenômenos (fenoestrutura) e das estruturas sociais básicas (genoestrutura).
- 2) **Momento normativo:** o desenho do “deve ser”;
- 3) **Momento estratégico** de análise e construção da viabilidade política: a discussão do poder;
- 4) **Momento tático-operacional** de tomadas de decisão e de realização da ação concreta” (GIOVANELLA, 1991).

Visando o desenvolvimento e clareza do mesmo, o autor delimitou as diferenças entre Norma e Estratégia e Procedimentos Normativos e Procedimentos Estratégicos. Segundo Matus (1989)

[...] a norma, fundamento do procedimento normativo, é uma categoria do necessário e a estratégia é uma categoria do possível em função do necessário. Na estratégia a condução do processo não está dissociada da sua orientação. A estratégia é uma análise e um propósito para o futuro, onde se integram o econômico e o político social. O necessário é conflitivo e a consideração do conflito, contradições, oposições, acordos — a análise de viabilidade política — diferenciam entre o procedimento estratégico e o normativo.

Para o autor o procedimento normativo refere-se “[...] a um conjunto de ações necessárias para cumprir um objetivo fixado a priori, impondo-se sobre a realidade uma norma de conduta coerente com tais objetivos”. Enquanto o procedimento estratégico refere-se “[...] a uma trajetória é flexível, sujeita a revisões de acordo com as circunstâncias, e a busca da modificação do sistema baseia-se no conhecimento da realidade e não numa imposição sobre a realidade” (GIOVANELLA, 1991; TESTA, 1987a).

No planejamento normativo, o planejador não faz parte da realidade. Ao contrário, coloca-se fora desta pretendendo controlá-la como se fosse seu objeto (GIOVANELLA, 1991). Matus, defende a ideia de o planejador conhecer a fundo a realidade, sendo o próprio, alguém que vive e integra a mesma. Além disso, o autor considera fundamental que,

no ato de planejar, os sujeitos se envolvam com o trabalho e o problema, participem e contribuam ativamente (TESTA, 1987; RIVERA, 2009).

O método de planejamento proposto por Matus se caracteriza pelo aspecto Situacional. O autor compreende situação como a expressão da realidade em um determinado local, num dado momento histórico, onde diferentes pessoas se relacionam com identidades e conflitos, na presença de jogos de poder, tendo que se posicionar frente aos problemas ali existentes. Deste modo, situação é o lugar onde se encontram os atores e suas ações (TESTA, 1987; RIVERA, 2009).

O processo de planejamento situacional incorpora diversos aspectos da realidade tais como, os vários atores em ação, os jogos de interesse, o contexto e os recursos disponíveis. Desta forma, o desenho das ações para o enfrentamento dos problemas e o alcance das metas decorre do cálculo sistemático e cuidadoso da situação diante da qual se encontram os planejadores, em um determinado local e num dado momento. Entretanto, sendo a situação dinâmica, o plano, enquanto um cálculo, não deve ser nem unicamente técnico, nem apenas político e muito menos único. É preciso que o plano, que muda com as alterações da realidade, leve em conta as propostas de todos os diferentes atores sociais envolvidos no processo de planejamento instituído (MATUS, 1989).

Nos aspectos situacionais, as contradições e conflitos vividos entre atores devem ser assumidas e enfrentadas. Nesse caso, a ação de planejamento é necessariamente política e guarda em si uma disputa de poder. Segundo Matus (1982), os recursos de poder dificultam o desenvolvimento de ações transformadoras. Contemplando tal enfrentamento, o processo de planejamento do autor, caracteriza-se, também, pelo seu aspecto Estratégico (TESTA, 1987; RIVERA, 2009).

O conceito de estratégia está relacionado com a capacidade de aglutinar pessoas, ideias e recursos ao seu projeto, no intuito de viabilizar o plano e alcançar o objetivo. Diz respeito ao necessário enfrentamento ao poder instituído e ao poder oculto nas posições ocupadas por gestores e outros atores sociais presentes. Refere-se à arte de convencimento junto a pessoas com que se precisa trabalhar ou, a pessoas que detêm o domínio para a liberação, ou não, dos recursos necessários a uma ação. É o movimento que visa conferir viabilidade a um projeto (TESTA, 1987; RIVERA, 2009; MATUS, 1989; 1982).

O modelo de Planejamento Estratégico Situacional (PES) se apresenta como um meio de atribuir maior governabilidade a um sistema político (MATUS, 1982). Segundo Toni, o PES “diz respeito à gestão de governo, à arte de governar”. É uma ciência, com um conjunto de princípios teóricos, procedimentos metodológicos e técnicas de grupo, que podem

ser aplicados a qualquer tipo de organização social que demanda um objetivo e persegue uma mudança situacional futura (TONI, 2004).

Frente a finalidade de ampliar a governabilidade, ressalta-se dois significados cardeais no qual todo processo de governo deve estar ancorado. “O Governar (maiúsculo) tem o significado de estar no poder de Estado, no exercício de algum cargo no aparelho do Estado; O governar (minúsculo) tem o significado de que todas as forças sociais governam, ou seja, podem e devem planejar intervenções inteligentes sobre os fatos sociais” (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).

Em relação aos fundamentos teóricos do PES, Matus chama atenção para três aspectos complementares, fundamentais e interdependentes. São eles: projeto de governo, governabilidade e capacidade de governo (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).

1) Projeto de governo - refere ao plano que uma equipe se propõe a realizar para alcançar seus objetivos;

2) Governabilidade - diz respeito às variáveis ou recursos que a equipe controla ou não e que são necessários para implementar seu plano;

3) Capacidade de governo - diz respeito à experiência e à acumulação de conhecimentos que uma equipe domina e que são necessários para a implementação de seu plano¹⁵.

A Figura1, apresenta os aspectos que foram denominados por Matus como “Triângulo de Governo” (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010). Análise destes aspectos permite compreender a relação entre os recursos da gestão e a implantação de ações necessárias, previstas no processo de planejamento. Segundo Campos, Farias e Santos,

O Triângulo de Governo procura refletir como essa relação é dinâmica e interdependente. Desse modo, por exemplo, podem acontecer situações em que: uma equipe tem baixa governabilidade para realizar seu projeto, porém, conta com uma alta capacidade de governo, o que pode permitir-lhe acumular recursos que aumentem sua governabilidade em níveis suficientes para que seu projeto se realize; ou, uma equipe, apesar de possuir uma alta governabilidade, pode ficar isolada e impotente para realizar o seu projeto, por contar com pouca ou quase nenhuma capacidade de governo ou não possuir um projeto adequado aos problemas que devem ser enfrentados, ou ambos.

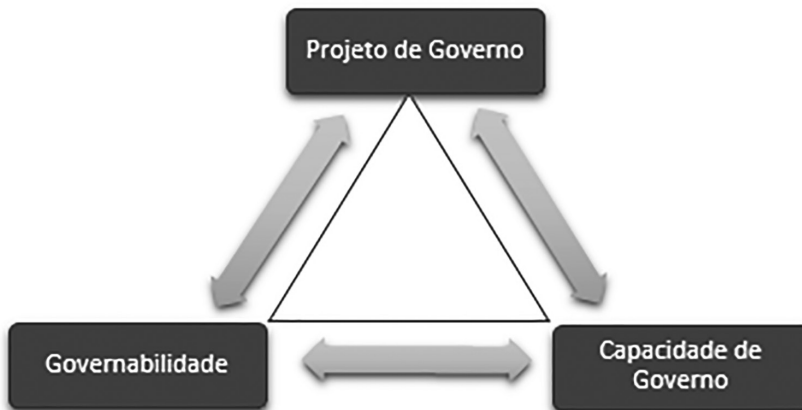


Figura 1. Triângulo de governo de Matus.

Gastão Wagner de Souza Campos também é um importante autor que trabalha questões relativas ao processo de planejamento em saúde. Engajado em uma trajetória de participação popular no SUS, desenvolveu o Método Paidéia.

Paidéia é uma noção de origem grega que pressupõe a formação e o desenvolvimento integral do ser humano. Neste conceito, o homem é um ser capaz de produzir em sua vida atos, de forma, dialética e contraditória. Baseado nisso, Campos propõe uma nova abordagem de intervenção nas práticas de saúde, o método Paideia (CAMPOS, 2003).

O método Paideia tem como objetivo a inclusão dos sujeitos no trabalho em saúde. Sua proposta consiste no pensar e no fazer compartilhados, em situações onde se busca compreender e vivenciar a experiência de planejar em grupo. O método conta com a disponibilidade de um espaço que permita, de maneira dialética e, por meio dos fazeres refletidos, a busca do desenvolvimento integral do homem. É essencial também potencializar a capacidade de compreensão e de decisão nos vários setores envolvidos em um projeto. De modo a desenvolver saúde coletiva com as pessoas, e não apenas, para elas (CAMPOS, 2003; 2016).

O desafio central do método Paidéia, é a organização de espaços e a difusão de métodos que possibilitem o processo reflexivo do indivíduo sobre sua atuação, e que os levem a corrigir procedimentos, rumos e valores. Ademais, é preciso garantir que todos os setores e sujeitos envolvidos es-

tenham aptos a compreender e a tomar decisões (TESTA, 1987; CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010).

Diante disso, o método propõe uma sugestão metodológica por meio das ações de apoio matricial e institucional. Cujos principais momentos apresentam-se:

- 1) A construção de vínculo e de um contrato de trabalho entre equipe técnica, grupos de usuários e organizações;
- 2) A emergência dos temas;
- 3) Construção de um projeto de intervenção com o envolvimento da equipe técnica, dos grupos vulneráveis e de organizações;
- 4) Considerações sobre o papel da equipe e da comunidade, sobre a intersetorialidade e a educação em saúde (CAMPOS, 2003; 2016).

Ressalte-se que o planejamento, em seus aspectos teóricos, seus momentos e seus métodos, é parte de um processo inerente à gestão dos serviços de saúde. Por gestão entende-se a “ação e o efeito de gerir ou de administrar. Gerir consiste em realizar diligências que conduzem à realização de um negócio ou de um desejo qualquer. Administrar, por outro lado, consiste em governar, dirigir, ordenar ou organizar” (CAMPOS, 2006).

No planejamento, a avaliação é um de seus elementos mais importantes. Por um lado, deve acontecer permanentemente, com a finalidade de produzir informações capazes de subsidiar a gestão na tomada de decisões. Por outro lado, deve produzir julgamentos fundamentais à consciência dos atores sociais quanto intencionalidade dos projetos, programas e instituições nos momentos de implantação de práticas e nos processos avaliativos que as envolvem.

Avaliação - estudo de avaliabilidade

O conceito de avaliação presente na literatura dos últimos 40 anos, aborda tanto questões de cunho normativo/administrativo, quanto as de natureza formativa e participativa. Fazendo uma abordagem mais administrativa e normativa, Patton (1997, p. 220), afirma que a avaliação é uma “... coleta sistemática de informações sobre as atividades, características e produtos dos programas para fazer julgamentos sobre o programa, melhorar a efetividade do mesmo e ou informar decisões sobre futuras programações”. Abordando os processos avaliativos diante de uma dada intervenção ou sobre as práticas sociais, Contandriopoulos *et.al.*, (2000) afirmam a avaliação como “o julgamento que se faz sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões”. Objetivando colaborar com a gestão, os processos

avaliativos dos serviços de saúde podem ser formativos ou somativos. Os processos formativos são aqueles “voltados para o aperfeiçoamento dos programas e que buscam a inclusão/participação dos sujeitos envolvidos”. Já os somativos são aqueles “frequentemente realizados ao fim do programa e que servem para prestar contas à audiências externas” (SCRIVEN, 1991). De acordo com Cohem & Franco (2006), avaliar é fixar um valor de uma coisa, mediante o qual se compara aquilo que deve ser avaliado com um determinado critério ou padrão. A avaliação é um processo de reflexão e valoração crítica, contínua e sistemática, que se refere a momentos e fatores que intervêm no desenvolvimento de um programa, com fim de determinar quais podem ser, estão sendo ou tem sido seus efeitos, resultados ou conquistas.

O processo de avaliação dos programas, serviços e tecnologias em saúde é um processo relativamente novo, em grande expansão e diversificação conceitual e metodológica, e que passa a se constituir em importante elemento de apoio à gestão dos serviços, em especial pelo aporte aos processos de tomada de decisão e de implantação das políticas de saúde. Neste sentido, ao se aproximar de um programa ou serviço e buscar conhecê-lo para compreender seus objetivos, conhecer os sujeitos nele inseridos, reconhecer suas práticas, os recursos de que dispõe e as tecnologias que utiliza, a avaliação se insere como um campo de saberes e práticas, com potência para entender e intervir positivamente na realidade. Em função dos objetivos e finalidades propostas, o processo de avaliação poderá se constituir como pesquisa de avaliação, avaliação para a decisão ou avaliação para a gestão (GOES; FIGUEIREDO, 2012).

A avaliação no campo dos serviços públicos de saúde bucal ainda é incipiente, embora venha se desenvolvendo nos últimos dez anos. A inserção das equipes de saúde bucal na estratégia de Saúde da Família em 2000/2001 (BRASIL, 2000) e, a aprovação das Diretrizes para Política Nacional de Saúde Bucal em 2004 (BRASIL, 2004), introduziram uma proposta de modificação no modelo de atenção com impacto na organização e prestação dos serviços em todo o País. O resultado foi, em um espaço de 13 anos, uma expressiva expansão da rede física de unidades de saúde, com a implantação de ações e serviços de Saúde Bucal nos três níveis de atenção, os quais passaram a se responsabilizar por novos procedimentos clínicos básicos e especializados, além de novas ações de proteção, prevenção e promoção da saúde, com intervenção sobre o processo saúde doença, para parcelas da população jamais atendidas. Inseriu também, novas formas de organização do cuidado só possíveis por meio do trabalho multiprofissional, de ações intersetoriais e de proximidade com a população (suas formas de vida, de trabalho, de organização social, valores, hábitos

e costumes) residente nos territórios sob a responsabilidade sanitária da unidade de saúde em que as equipes de saúde bucal trabalham. A criação de programas e projetos atreladas a esta proposta, ensejaram a ampliação do escopo de trabalho destas equipes abrindo uma nova dimensão para o processo de trabalho dos profissionais, em ações capazes de produzir conhecimentos sobre a vida das pessoas e sua relação com as questões de saúde em uma sociedade. Ademais, estudos abordando as condições de saúde bucal da população brasileira (SB 2003 e 2010) (BRASIL 2004; 2012), e avaliando a qualidade dos serviços de saúde bucal do SUS (PMAQ AB e PMAQ CEO) (BRASIL, 2012), associados a propostas de intervenção para a saúde dos escolares, dos adultos e idosos, além do cuidado às condições crônicas, foram introduzindo a necessidade de se repensar as práticas e as formas como gestores, profissionais da saúde bucal e a população estavam as organizando, realizando e avaliando.

Essas práticas podem apresentar problemas em sua operacionalização e, não raro, ao ignorar os determinantes sociais da saúde bucal, acabam por produzir poucas melhorias epidemiológicas cumulativas para faixas etárias maiores. O enfrentamento dessa situação requer maior integração com o setor da saúde, seja com a adoção de ações de gestão de clínica ampliada, de prevenção de riscos e doenças utilizando protocolos de evidências, ou ainda propiciando a formulação de políticas intersetoriais robustas e sustentáveis, capazes de impactar positivamente sobre os indicadores epidemiológicos e os determinantes sociais da saúde (KUSMA; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012).

A avaliação assume importante papel na identificação e no diagnóstico de problemas que para serem enfrentados requerem, em geral, um esforço da parte dos gestores e dos profissionais. Por isso, devem ser priorizadas as condições que estimulem processos avaliativos participativos e objetivos. De acordo com Contandriopoulos (2006), em um processo avaliativo, a valoração que acompanha as tomadas de decisão e o julgamento sobre os resultados alcançados guardam relação direta com a credibilidade, a fundamentação teórica e a pertinência da avaliação (DE SALAZAR, 2004; WESTPHAL; WALLERSTEIN, 2007).

Para verificar a efetividade das ações de saúde, é importante que os processos avaliativos estejam focados nas formas de participação, nas peculiaridades locais, de forma a permitir que se avaliem os resultados e o impacto das intervenções, além dos contextos político e social em função do alcance dos objetivos de forma sustentável ((DE SALAZAR, 2004; WESTPHAL; WALLERSTEIN, 2007).

A avaliação de serviços e programas de saúde se constitui em uma modalidade de intervenção social e necessita de método científico para se

aproximar de diagnósticos e produção de informação confiável, capazes de realizar as mudanças necessárias, introduzir novas práticas e criar o hábito de avaliar, pontual e/ou permanentemente, os processos pensados e vividos no trabalho. A avaliação para tomada de decisão por meio do método científico, permite identificar, obter e proporcionar informação confiável e realizar o julgamento do mérito e do valor de alguma ação, serviço ou programa. Porém, será o emprego dos instrumentos da pesquisa social que irá caracterizar e revestir de cientificidade a avaliação que busque conhecer os objetos de análise (ações, processos, influências internas ou externas à organização dos serviços, comportamentos, programas, manifestações da população, etc.) sob um prisma mais amplo revelando, por meio da pesquisa qualitativa, a possibilidade de novos achados e significados que possam impactar os serviços (CONTANDRIOPOULOS, 2000; GOES; FIGUEIREDO, 2012).

Para Contandriopoulos e colaboradores (2000), há uma relação ainda tênue entre as áreas de avaliação e de pesquisa. Os autores afirmam que o julgamento de valor resulta da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou pode decorrer de um procedimento científico (pesquisa avaliativa). A **avaliação normativa** é uma “atividade que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critérios e normas”. Já a **pesquisa avaliativa** é um “procedimento que consiste em fazer um julgamento ex-post de uma intervenção usando métodos científicos” (CONTANDRIOPOULOS, 2000; GOES; FIGUEIREDO, 2012).

Com muita frequência, os estudos de avaliação que se realizam com base na proposta de Donabedian (UCHIMURA; BOSI, 2002), abordando estrutura, processos e resultados, com foco na qualidade dos serviços de saúde, são os mais encontrados na literatura. Alguns autores criticam este modelo de avaliação em função de seu caráter normativo (WHOLEY 1989), o que prejudica seu enquadramento no campo científico, uma vez que, seria necessária a abordagem de análise da pertinência, dos fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de uma intervenção e a correlação destes fatores com o meio em que esta intervenção ocorre. No entanto, os autores consideram que tanto no método proposto por Donabedian, quanto a pesquisa avaliativa necessitam do emprego rigoroso do método científico, o que acaba por lhes conferir credibilidade²².

Por fim, cabe ressaltar que toda avaliação faz parte de um processo gerencial, influenciado pelo contexto organizacional e político em que ocorre. Visa a transformação de uma dada situação e não se restringe a um mero processo de natureza acadêmica. O processo de avaliação é um ato

político, ligado a um referencial político e marcado pela postura política dos sujeitos que a realizam (GOES; FIGUEIREDO, 2012).

Estudo de avaliabilidade: um método para orientar e dar agilidade aos processos avaliativos

A avaliação em saúde é um tema de reconhecida relevância, mas, ainda pouco explorado na realidade prática do serviço e dos seus profissionais. Apresentamos aqui, um método avaliativo clássico, desenvolvido nos anos 60 e de grande contribuição para o cenário atual, o Estudo de Avaliabilidade. O marco teórico utilizado será uma mescla entre o clássico e o contemporâneo, respectivamente, com Wholey (1979) e Patton (1989), Thurston e Ramaliu (2005) e Zulmira Hartz (2011).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma proposta ousada e complexa. Está fundamentado em diretrizes descentralizadoras, equânimes, abrangentes e integrais. Seu objetivo, consiste, na oferta de um serviço de atenção à saúde, completo e efetivo, para toda população brasileira. Diante das dimensões continentais do Brasil, e sua enorme diversidade cultural, o Sistema depende de uma organização precisa e estruturada. É neste cenário que a avaliação de serviços, assume importância primordial como estratégia, para o alcance de um serviço de qualidade, embasado, nas doutrinas da promoção da saúde e adequado às diferentes realidades das regiões brasileiras.

O processo de avaliação, seja ele normativo ou uma pesquisa avaliativa, não é simples, e está sujeito a diversos percalços. A avaliação de um serviço, nem sempre, conduz a resultados úteis e relevantes. Ao contrário, pode levar a resultados restritos, limitados e de pouca utilidade.

Um grande número de fatores pode impedir, ou interferir, no desenvolvimento e nos produtos de uma avaliação. Para os gestores, tal situação, é indesejável e se caracteriza como um investimento pouco rentável.

De acordo com Kaufman-Levy e Poulin (2003), são fatores limitantes a um processo avaliativo:

- 1) *Ausência de um desenho ou modelo formal do programa;*
- 2) *Ausência de problemas, metas, objetivos e ações específicas, mensuráveis e realísticas;*
- 3) *Presença de ações e atividades desvinculadas das metas e da teoria do programa;*
- 4) *Ausência ou insuficiência dos recursos descrito como necessários;*
- 5) *E ausência de documentos substanciais para avaliação.*

Estas situações impõem ao pesquisador a responsabilidade de realizar processos avaliativos capazes de alcançar resultados meritórios. Cabe ao pesquisador desenvolver avaliações com potencial, para a obtenção de resultados, consistentes e resolutivos, que respondam aos anseios e necessidades dos diferentes recursos humanos, alcancem o objetivo proposto pelo serviço e direcionem a tomadas de decisões assertivas (STROMBER; WHOLEY, 1983). É também fundamental que este processo contemple a percepção e o desejo dos vários atores inseridos no serviço, levando à construção de uma proposta avaliativa compartilhada pelos diversos profissionais, membros e gestores do objeto avaliado.

Diante do exposto, é natural que o pesquisador se veja envolvido por algumas questões fundamentais, como: Como apresentar mais do que resultados? Como encontrar resultados úteis? Como saber quais são os resultados significativos para o objeto avaliado? Como gerar informações de uso prático? Como contribuir com as dúvidas e anseios dos profissionais? Em meio a esta rede de dúvidas, será indicado um possível caminho, o qual poderá contribuir na resolução das mesmas.

Nos últimos anos, o campo da avaliação vem apresentando um expressivo crescimento. A avaliação contemporânea é resultado de um processo contínuo, de construção e reconstrução, de inúmeros critérios, imersos em grandes transformações contextuais de avanços teóricos, metodológicos, sociais, tecnológicos e políticos (GUBA, LINCOLN, 2011). O campo da avaliação, assim como os demais campos de pesquisa, apresenta diferentes métodos e técnicas desenvolvidos para atingir um maior êxito e aproveitamento no seu emprego. Entre tais métodos, se encontra o Estudo de Avaliabilidade (EA).

O EA consiste em um processo e um método usado para determinar se um programa/ intervenção/ação deve ou não ser avaliado (TREVISAN; HUANG, 2003). Conceitua-se também, como um processo sistemático que ajuda a identificar se a avaliação do programa se justifica, se é factível, se irá gerar informações de uso prático e se tais informações irão contribuir para a melhoria da performance ou gestão do programa (KAUFMAN-LEVY; POULIN, 2003).

Dessa forma, o EA visa prever a efetividade da realização de uma avaliação. Atuando, portanto, como um passo inicial, como uma pré-avaliação, cujo o produto irá amparar o processo avaliativo, aumentando a probabilidade de que este forneça, em tempo hábil, resultados relevantes e significativos para os tomadores de decisão. Ao mesmo tempo, o EA atua como estratégia para o planejamento da avaliação e para a revisão da operacionalização do serviço.

Objetivos do Estudo de Avaliabilidade

- 1) Identificar se os objetivos do programa estão claramente formulados;
 - 2) Analisar as relações entre problemas, objetivos e atividades;
 - a) Verificar a plausibilidade de as atividades serem pertinentes para resolver os problemas tendo em vista os seus determinantes;
 - 3) Identificar se há concordância entre os diversos profissionais acerca dos objetivos, metas e população-alvo do programa;
 - 4) Verificar se há dados disponíveis para a avaliação;
 - 5) Averiguar se os formuladores de políticas ou gestores estão aptos ou dispostos a usar as informações da avaliação para mudar o programa.
- (VIEIRA-DA-SILVA, 2014)

O Estudo de Avaliabilidade possibilita o empoderamento do avaliador sobre o objeto avaliado. Mediante um momento de imersão em busca de todas as informações referentes à teoria e à prática do serviço. O avaliador se torna apto para enxergar o programa como um todo, e/ou, por meio de suas diferentes partes. Este processo potencializa o uso da informação na construção e condução do processo avaliativo⁴³. O EA contribui na construção do pensamento estratégico no planejamento para a avaliação. Ele esclarece a teoria do programa, assim como, suas ligações de causas e efeitos entre os recursos, as atividades e os resultados pretendidos (TREVISAN; HUANG, 2003).

Após utilizarem a avaliabilidade para análise de um serviço, Vanderheyden *et al.* (2006) apontaram algumas das contribuições do método: clareza sobre a teoria do programa; aumento da efetividade e eficácia dos recursos humanos; implementação imediata de ações de melhoria; melhora nas habilidades de desenvolvimento do serviço, pelos recursos humanos; tempo disponível para os sujeitos refletirem sobre o programa, conferindo maior visibilidade e responsabilidade aos recursos humanos.

O EA também permite a contextualização do serviço. Ademais, amplia a compreensão do significado de suas práticas. Este processo ocorre por meio da inclusão dos atores sociais (integrantes-chaves) no desenvolvimento do estudo. Os atores, podem contribuir com o processo de identificação de problemas, assim como, na modificação da intervenção (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Para Wholey (1989), são benefícios do Estudo de Avaliabilidade:

- 1) Capacidade de distinguir entre falha do programa e falha na avaliação;
- 2) Estimativa precisa dos resultados a longo prazo;
- 3) Aumento do investimento no programa por partes interessadas,

- 4) Melhoria do desempenho do programa;
- 5) Melhoria do desenvolvimento de programas e habilidades de avaliação do pessoal;
- 6) Maior visibilidade e responsabilidade do programa;
- 7) Compreensão administrativa mais clara do programa.

Para melhor compreensão de um estudo de avaliabilidade é essencial uma breve apresentação dos principais momentos de sua metodologia. Inicialmente, apresenta-se o sistema de sete elementos proposto por Truston e Ramaliu (2005), como uma breve descrição dos processos inerentes a um estudo de avaliabilidade:

- 1) Identificação e revisão dos documentos disponíveis sobre o programa;
- 2) Descrição do programa identificando seus objetivos, metas e atividades
- 3) Modelagem dos recursos disponíveis, programa de atividades pretendidas, impactos esperados e conexões causais presumidas;
- 4) Supervisão do programa, ou obtenção de um entendimento preliminar de como o programa opera;
- 5) Desenvolvimento de um modelo teórico da avaliação;
- 6) Identificação de usuários da avaliação e outros interessados envolvidos;
- 7) Obtenção de um acordo quanto ao procedimento de uma avaliação.

A análise documental é a primeira etapa do EA. A pesquisa documental é um procedimento metodológico de verificação de dados. Tem como o objetivo o acesso às fontes pertinentes, por meio da qual se realiza a busca e extração de informações inerentes ao serviço estudado. As fontes consistem em documentos que não necessariamente receberam algum tratamento científico- como relatórios, gravações, escritos, filmes, vídeos, slides, fotografias e pôsteres (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUIDANI, 2009).

A análise documental é também em um método criterioso para observação e relato de fatos históricos. Bem como, para a compreensão da origem e progresso do serviço. Para isso se avalia o contexto onde se produziu os documentos de interesse, sua credibilidade e sua representatividade ((SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUIDANI, 2009).

Ao final da análise dos documentos, é importante que o pesquisador tenha adquirido um conhecimento profundo a respeito da teoria do objeto de estudo. É importante que o mesmo conheça aspectos como: contexto, problema que levou ao desenvolvimento da intervenção, objetivos, metas, serviços ofertados, recursos humanos, estruturais, financeiros, pú-

blico alvo (THURSTON; RAMALIU, 2005). A partir de tais informações o pesquisador se encontra alinhado com a descrição teórica do seu objeto.

Entrevista com os integrantes-chaves

Uma vez obtida a compreensão teórica do programa, busca-se o entendimento prático e real do mesmo. Em qualquer estudo de avaliabilidade, é imprescindível a condução do processo por meio de um “trabalho em equipe”. Com esse objetivo, o EA é desenvolvido em parceria com integrantes-chaves, os quais são profissionais inseridos no serviço estudado, em áreas diversas de atuação. Estes irão contribuir com os avaliadores, por meio, da descrição e elucidação do funcionamento prático do serviço (STROMBER; WHOLEY, 1983).

A escolha dos integrantes-chaves deve ser criteriosa. Deste modo, tal seleção se fundamenta no conhecimento obtido por meio da análise documental e da construção da teoria do programa (objetivos, metas, atividades e resultados). Esta eleição é essencial para se obter informações úteis e relevantes. É indispensável que a seleção dos profissionais envolva os diferentes níveis, cargos e processos do serviço (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Para coleta das informações, podem ser realizadas entrevistas com os integrantes-chaves selecionados (CHAMPAGNE *et al.*, 2011). Nos EA, é comum o uso da observação sistemática (pesquisa observacional) do serviço. Este processo, visa contribuir com a compreensão sobre do serviço e seu funcionamento. Também permite comparar se a estrutura, as atividades e os recursos previstos pela teoria, são coerentes, estão presentes e de que forma se realizam na prática (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Os dados provenientes da entrevista, junto a observação do avaliador, são essenciais para uma visão real do serviço. A articulação entre as perspectivas interna (entrevistas e observação) e externa (análise de documentos) é de extrema relevância, uma vez que ambas perspectivas são essenciais para se identificar os problemas, esclarecer relações de causa e efeito e identificar possíveis soluções, visando o aperfeiçoamento do programa (VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

Modelo lógico e teórico

O modelo lógico-teórico é uma ferramenta que permite a apresentação, visual e sistemática, do objeto de estudo. Assim como, das relações entre recursos, intervenções (atividades planejadas) e efeitos esperados (produtos, resultados e impactos). O modelo busca explicitar a teoria de

um programa e descreve, de forma resumida, o desenho do seu funcionamento, com seus principais componentes (HARTZ, 2011).

O desenho do modelo não é rígido. Sua estrutura e construção se realizam de acordo com formato do programa avaliado, baseando-se no conteúdo mesmo. Autores como Rowan *et al.* (2000) e Hartz (2011) apontam vários formatos de modelos lógicos, os quais variam segundo o programa estudado.

É possível identificar diversas vantagens na utilização do modelo lógico-teórico:

- 1) Possibilita a comunicação do propósito fundamental do programa, evidenciando seus produtos e efeitos esperados (CASSIOLATO; GUERESI, 2010).
- 2) Ilustra a consistência lógica interna do programa, contribuindo para identificação das lacunas e efeitos não realísticos (CASSIOLATO; GUERESI, 2010).
- 3) Direciona as atividades de avaliação do programa por meio da identificação de questões avaliativas apropriadas e dados relevantes (HARTZ, 2011; CASSIOLATO; GUERESI, 2010).

O modelo expressa, e sistematiza, com clareza, os pressupostos que norteiam o programa. Os seus componentes irão tornar nítida a racionalidade subjacente ao serviço, incluindo especificações sobre o problema, a população alvo, as condições do contexto, o conteúdo do programa, os atributos necessários e suficientes para produção isolada ou integrada, os efeitos esperados e as associações estabelecidas (ROCHA; UCHÔA, 2013). Ademais, permite que se defina, exatamente, o que deve ser medido e qual a parcela de contribuição do programa nos resultados observados. A construção do modelo se apoia no acúmulo produzido pelas experiências e conhecimentos prévios, no processo de investigação orientado pela teoria (CHAMPAGNE *et al.*, 2011). O processo de modelagem tem, como produto final, um diagrama e um plano de medidas (matriz) com a essência do objeto de estudo.

Matriz de medidas/indicadores

No campo da avaliação em saúde, as matrizes são apresentadas como forma de expressar a lógica causal de uma intervenção, em parte e no todo, traduzindo como os seus componentes contribuem na produção dos efeitos (ALVES, *et al.*, 2010). O desenvolvimento de uma matriz auxilia significativamente a implementação da avaliação do serviço. A construção da matriz se fundamenta na compreensão obtida por meio das

etapas anteriores. Para sua elaboração são definidos critérios e parâmetros, coerentes com os objetivos, metas e resultados do objeto de estudo. **Critério** pode ser descrito como, componente, ou aspecto, referente a estrutura, ao processo ou ao resultado de um serviço, o qual confere qualidade ao mesmo. **Parâmetro** indica uma especificação, quantitativa e precisa, do nível de um critério, de tal modo, quantifica a qualidade em um grau determinado (ROCHA; UCHÔA, 2013). Posteriormente, os critérios e parâmetros elegidos são utilizados no processo de avaliação.

É expressiva a contribuição do EA para os processos de avaliação do SUS, uma vez que este apresenta princípios e diretrizes constitucionais bem definidos. A busca de um serviço de qualidade, implica a necessidade de um processo avaliativo comprometido com esses princípios e diretrizes, capaz de superar interpretações superficiais ou que tendam a ignorá-los. Assim se deve tomá-los como referência e investigar os posicionamentos ideológicos inerentes à condução das ações e processos de cada serviço avaliado, desde suas características organizacionais, até cuidado ofertado aos usuários. Para isso, é imperativo que o avaliador, corroborando com Matus e Testa, não se limite a olhar “o serviço de fora”, mas sim, “de dentro”, como quem nele vive e trabalha. Neste contexto, o EA pode oferecer suporte por meio da análise documental, conduzindo o avaliador a uma imersão na teoria que sustenta o Sistema Único de Saúde, na direcionalidade dada pela política por meio das leis, portarias, relatórios, cartilhas, manuais, filmes, dados epidemiológicos, estatísticos, administrativos, enfim, todo o arsenal de documentos que revelam o que se propõe e o que faz no SUS.

O SUS é uma política de saúde nacional concebida para se desenvolver abrangendo diferentes realidades nos diversos territórios, culturas e contextos. Desta forma, é inerente ao serviço o enfrentamento de diferentes realidades e diferentes sujeitos, necessidades e problemas. Diante disso, é imperativo ao processo de avaliação, considerar o objeto a ser avaliado a partir de cada realidade local. O complemento ao conhecimento teórico sobre o SUS pode ser desenvolvido no EA por meio das entrevistas com os integrantes-chaves e pelo roteiro de observação. Mediante conversas, explicações e contribuições de diferentes profissionais e usuários, juntamente à observação sistemática do serviço e do processo de trabalho, o avaliador pode construir uma percepção clara e específica, mais próxima da realidade do objeto de estudo.

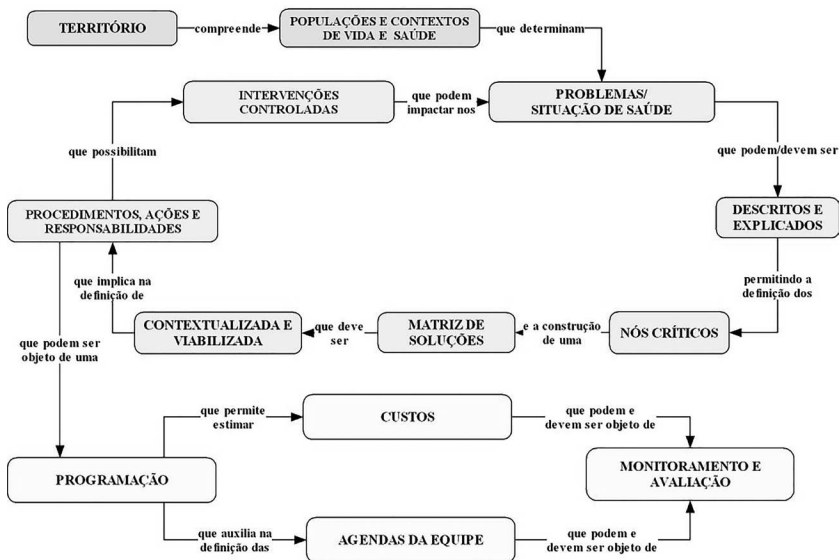
Num processo avaliativo, a escolha do objeto dá a direcionalidade à busca de resultados e é fundamental para a definição de critérios, indicadores ou parâmetros. Para que uma avaliação seja satisfatória, os critérios devem ser claros, devem contemplar a necessidade dos sujeitos

envolvidos, se apresentar úteis e viáveis para o serviço. O EA contempla este aspecto por meio do desenvolvimento do modelo-lógico e da matriz. A partir da descrição sistemática e detalhada do serviço de saúde, o avaliador tem em mãos um material concreto e fundamentado para a seleção de critérios relevantes, que irão conduzi-lo a resultados úteis e de interesse para os gestores e demais profissionais.

Limites para a realização de um estudo de avaliabilidade

A Avaliabilidade pode apresentar limitações. Neste sentido, é fundamental que sejam observados dois aspectos muito importantes à boa condução do processo avaliativo. Em primeiro lugar, está o fato do EA ser conduzido por uma equipe, composta por avaliadores e integrantes-chaves (executores, implementadores e administradores do serviço). Tal característica, é positiva, pois, garante a representação de uma parte significativa dos profissionais, e assim, uma visão abrangente do programa. Quando a equipe não é entrosada e comprometida, costuma não funcionar bem e, nestes casos, a integridade do EA é afetada e seu exercício pode ser dispendioso. Sendo assim, uma coesão ruim do grupo de trabalho gera um EA pouco eficiente e produtivo. Em segundo lugar vem o fato de que o período de desenvolvimento de um EA não pode ser previsto com exatidão. O EA lida com recursos dinâmicos, o que limita sua previsibilidade. Quando o tempo é prolongado devido a problemas com o agendamento das atividades, à dificuldade de contar com a contribuição dos integrantes-chaves, ou mesmo, diante da desorganização de documentos referentes ao programa, estas situações poderão impedir o processo avaliativo que se dá a partir do EA (TREVISAN; HUANG, 2003; VANDERHEYDEN *et al.*, 2006).

ABORDAGEM DOS PROBLEMAS DE SAÚDE



Fonte: Elaborado pelos autores. 2017