

Avaliação em saúde: metodologia participativa e envolvimento de gestores municipais

Cristiane Andrea Locatelli de Almeida^I, Oswaldo Yoshimi Tanaka^{II}

^I Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

^{II} Departamento de Prática de Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil

RESUMO

OBJETIVO: Analisar alcances e limites do uso de metodologia participativa de avaliação junto a gestores e gerentes municipais de saúde.

MÉTODOS: Pesquisa qualitativa com gestores e gerentes de saúde da Comissão Intergestores Regional de uma região de saúde do estado de São Paulo. Representantes de sete municípios membros participaram de sete oficinas facilitadas pelos pesquisadores, com o objetivo de avaliar um problema específico da linha de cuidados sob a perspectiva da integralidade. A análise do material empírico coletado baseou-se na metodologia hermenêutica-dialética e visou a avaliação da metodologia participativa aplicada, segundo sua capacidade de promover um processo de avaliação passível de ser utilizado como suporte à gestão municipal.

RESULTADOS: Com a abordagem participativa de avaliação, foi possível promover debates em profundidade com o grupo, principalmente relacionados à construção da integralidade da atenção e à inclusão da perspectiva do usuário na tomada de decisão, de forma vinculada à busca de solução para problemas concretos dos gestores. Mediante a exploração conjunta, foi aberta a possibilidade de utilização de dados advindos dos sistemas eletrônicos de informação, bem como de informações advindas diretamente dos usuários dos serviços, para enriquecer debates e negociações entre parceiros. Os participantes se mostraram descrentes do potencial de replicação deste tipo de avaliação sem o acompanhamento direto da academia, dada a dificuldade de organização do processo no cotidiano, já tomado por questões emergenciais e políticas.

CONCLUSÕES: Avaliações de programas e serviços realizadas no âmbito da Comissão Intergestores Regional, partindo do interesse local e facilitando o envolvimento de seus membros pelo uso de metodologias participativas, podem contribuir para a construção da integralidade do cuidado. Na medida em que o ato de avaliar fique investido de maior significado para os atores locais, seu envolvimento com as avaliações em nível federal poderá ser também estimulado.

DESCRITORES: Gestor de Saúde. Tomada de Decisões. Avaliação de Programas e Projetos de Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde. Avaliação Participativa. Sistema Único de Saúde. Pesquisa Qualitativa.

Correspondência:

Oswaldo Yoshimi Tanaka
Departamento de Prática de Saúde Pública – FSP/USP
Av. Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira César
01246-904 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: oytanaka@usp.br

Recebido: 12 mar 2015

Aprovado: 22 ago 2015

Como citar: Almeida CAL, Tanaka OY. Avaliação em saúde: metodologia participativa e envolvimento de gestores municipais. Rev Saude Publica. 2016;50:45.

Copyright: Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte originais sejam creditados.



INTRODUÇÃO

A avaliação em saúde permanece bastante estudada e discutida no cenário mundial¹⁰. A crise no setor apela para a reflexão sobre resultados alcançados com vistas a melhorar o desempenho do sistema⁵ e a demanda por transparência na gestão de recursos públicos continua como prioridade em pauta.

No Brasil, as publicações abordam diversos aspectos dessa temática com considerável profundidade. Existem estudos sobre a constituição do campo da avaliação¹⁴, sobre o processo de institucionalização da avaliação em andamento no País⁸, e relatos e análises robustas de experiências realizadas^{3,12}.

No âmbito do Ministério da Saúde (MS), viveu-se um período bastante fecundo para o campo entre 2003 e 2008, representado pelo Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). Aliado à instituição da Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica em Saúde, que buscava solidificar o processo de institucionalização da avaliação sob a perspectiva da descentralização, foi realizado um grande investimento que, dentre outras ações, potencializou a criação de centros colaboradores em avaliação em diversas instituições de ensino superior do País e estimulou amplo processo reflexivo sobre o tema^{9,15}.

No momento atual, o Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMÁS)^a, criado em 2011, definiu a criação de um “Sistema de Avaliação para a Qualificação do SUS”²⁰, composto por instrumentos de avaliação como o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)^b e o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS)^c, com o objetivo de “produzir, por meio de avaliações, um conjunto de informações necessárias e estratégicas ao desenvolvimento e qualificação do SUS”²².

Situamos tais iniciativas como parte de “macrossistemas de monitoramento e avaliação”¹⁶, voltadas à produção de informações de amplo escopo temático, com profundidade suficiente para o acompanhamento gerencial dos programas, permitindo analisar seu desempenho e definir os ajustes necessários às políticas. Dirigidas à atenção à saúde em nível federal, oferecem um mesmo formato de avaliação para todas as regiões do Brasil, usando os mesmos critérios de julgamento, dificultando a tomada de decisão descentralizada e, conseqüentemente, o ajuste dos programas aos diferentes contextos em que se desenvolvem.

Percebe-se, no campo, uma lacuna no estudo de movimentos de avaliação realizados em nível local, que visem o alcance de um nível mais profundo de compreensão da organização dos serviços, incluindo relações entre formatos assumidos e contextos determinados.

O Sistema Único de Saúde (SUS) idealiza o fortalecimento da gestão local²⁴ e processos de estímulo ao desenvolvimento da governança territorial estão em andamento. O estudo de avaliações locais viria a somar ferramentas nessa mesma direção.

Cabe, além disso, salientar que há especial dificuldade em se encontrar estudos sobre metodologias e estruturação de avaliações que se distanciem da aplicação padronizada de indicadores quantitativos e normativos e que tomem como base marcadores diferentes para contextos socioculturais diferentes².

A avaliação, especialmente de abordagem participativa, pode se constituir em instrumento de aprendizagem para atores locais, na medida em que enderece suas questões e aporte informações relevantes à tomada de decisão, permitindo ampliar o potencial de mudanças nas práticas municipais de trabalho e gestão.

São muitas as definições de “participação” e as classificações de “abordagens participativas”. Entretanto, um dos aspectos que parece comum a todas elas, e é uma das características do processo que será analisado neste artigo, é a ênfase na parceria horizontal estabelecida entre especialistas em avaliação e interessados no objeto avaliado, visando à produção conjunta de um conhecimento avaliativo.

^a Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos, Coordenação-Geral de Gestão de Pessoas. Por dentro do Ministério da Saúde: orientações aos novos servidores. Brasília (DF); 2013. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/por_dentro_ministerio_saude_orientacoes.pdf

^b Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo. Brasília (DF); 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf

^c Ministério da Saúde. Índice de Desempenho do SUS – IDSUS. Brasília (DF). Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br>

Dado que se trabalhou com um grupo de gestores, optou-se por utilizar o referencial de Avaliação Participativa Pragmática⁶, centrado em facilitar a utilização do processo avaliativo nas dimensões instrumental (suporte à tomada de decisão), conceitual (voltada à aprendizagem dos atores) e política (facilitando negociações entre parceiros).

Rotineiramente, a atenção dos gestores municipais da saúde é monopolizada por situações emergenciais de âmbito técnico e político, bem como demandas de informação dos níveis estadual e federal, em detrimento de ações reflexivas de planejamento e avaliação. Muitas vezes, a carência na formação profissional, sobretudo em municípios de pequeno porte^{21,25}, está associada também à utilização restrita, por parte deles, destas duas ferramentas de gestão.

Este estudo analisou a aplicação de uma metodologia de avaliação em nível local e em base participativa, voltada à compreensão do significado que a organização dos serviços de saúde adquire para os atores da região. Assume-se que a complementariedade deste modelo com as iniciativas desenvolvidas em nível federal permitirá uma potencialização de ambas.

MÉTODOS

Optou-se pela metodologia do estudo de caso único²⁶, a qual torna possível potencializar o debate sobre estratégias de avaliação em nível local, bem como identificar temas significativos para a organização dos serviços de saúde comuns à diversidade de contextos existentes.

A região de saúde estudada pertence ao estado de São Paulo e foi escolhida em função de fatores potencialmente favoráveis à factibilidade da pesquisa e presentes em vários espaços reais de implementação do SUS: (i) gestores e gerentes com uma participação ativa na Comissão Intergestores Regional (CIR) e em processo de fortalecimento grupal, potencialmente ampliando sua sensibilidade quanto à utilidade de processos avaliativos; (ii) razoável capacidade instalada na área da saúde – tomado o conjunto dos municípios – constituindo uma diversidade de elementos que tenderia a enriquecer o processo de formulação de perguntas avaliativas.

Formou-se um grupo com gestores e gerentes participantes da CIR, de sete^d dos 18 municípios que a constituem. O objetivo proposto foi o de avaliar um problema específico em uma linha de cuidados oferecida pela região de saúde, que seria escolhido por eles posteriormente.

A proposta foi apresentada em uma das reuniões dessa instância e a adesão dos gestores e gerentes foi voluntária. Houve um convite direto a municípios específicos, feito pelos participantes que primeiro se interessaram pela proposta, para que se conformasse um grupo diverso em termos de porte populacional, presença ou não de população carcerária e indígena.

Como já colocado, o processo foi desenvolvido em base a uma metodologia participativa pragmática, compreendida aqui segundo o referencial de Cousins e Whitmore⁶. Essa escolha guiou todas as decisões do processo e visou a garantir a relevância do processo para os participantes, criando um espaço de aprendizagem e facilitando a utilização dos achados avaliativos.

Para o desencadeamento das atividades, foram propostas ao grupo algumas atividades com objetivos definidos (Tabela 1). A partir disso, os passos que se seguiram foram baseados em demandas dos participantes.

O tema inicialmente escolhido pelo grupo para a avaliação foi o fluxo dos usuários entre a atenção básica e a de média e alta complexidade. Pela abrangência e diversidade das especialidades envolvidas, a cirurgia geral eletiva foi identificada como traçadora do processo (segundo definição de Kessner et al.¹⁷). Em seguida, focalizou-se cirurgias de colecistectomia, em função do maior número de casos e longo tempo de espera, visando uma coleta de dados não exaustiva, mas que trouxesse informações sobre os principais aspectos a serem avaliados e com potencial na tomada de decisão dos gestores locais.

Foram realizadas sete oficinas e percorridas as etapas de construção da avaliação elencadas na Tabela 2. Todas as oficinas foram gravadas e os áudios transcritos.

^d Participaram da pesquisa: o município polo da região, classe VI de tamanho de população (de 100.001 até 500.000 habitantes), um município de classe V (de 50.001 a 100.000 habitantes), dois municípios de classe IV (de 20.001 a 50.000 habitantes), dois municípios de classe III (10.001 a 20.000 habitantes) e um município de classe I (até 5.000 habitantes), segundo classificação utilizada pelo IBGE/2011. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv54598.pdf>

Tabela 1. Propostas iniciais e justificativas do processo de avaliação implementado na região de saúde. São Paulo, 2014.

Proposta	Justificativa
Aprovação do projeto de avaliação pela CIR	Valorizar a CIR enquanto fórum principal de tratamento de questões relativas à região de saúde Potencializar a perspectiva de institucionalização do processo de avaliação
Produção inicial, pela totalidade dos representantes municipais da CIR, de uma listagem de "incômodos"* do cotidiano da tomada de decisão	Possibilitar a inclusão de membros da CIR não diretamente participantes do processo Facilitar a posterior utilização dos achados da avaliação por um maior número de gestores e gerentes
Escolha do tema da avaliação de forma conectada à pauta e aos esforços já em andamento nos municípios, bem como às necessidades da região de saúde	Legitimar a escolha perante a CIR

CIR: Comissão Intergestores Regional

* Aspectos por eles considerados passíveis de serem mais bem trabalhados caso dispusessem de informações ou ferramentas diversas.

Tabela 2. Construção do processo avaliativo: ações, motivadores e temas discutidos nas oficinas realizadas na região de saúde. São Paulo, 2014.

Ação	Motivadores	Principal tema discutido	Oficinas nas quais se desenvolveram
Escolha inicial do tema da avaliação	Conhecimento dos interesses dos participantes, factibilidade e utilidade da avaliação	Integralidade da atenção	1
Coleta de dados sobre a oferta de especialidades no Sistema CROSS	Presença de um objeto concreto de análise Antevisão das exigências do processo	Utilização da oferta de especialidades Negociação com o AME (acesso à lista de espera, mecanismos de encaminhamento)	1
Solicitação de listagem de usuários do AME em aguardo de cirurgia pelo hospital estadual	Informação não disponível e considerada essencial pelos gestores municipais para o aprofundamento da compreensão acerca da situação a ser modificada	Necessidade de informação para possibilitar gestão do fluxo	Entre oficinas 2 e 3
Definição das perguntas avaliativas e indicadores	Visualização do processo de avaliação como um todo Garantia de atrelamento a questões que possuem significado para o grupo.	Julgamento de valor	1,2,3
Acesso conjunto e estudo dos dados armazenados no SIH	Discussão de parâmetros para julgamento da adequação da oferta em cada um dos níveis de complexidade	Fluxo para especialidades. Atualidade da Portaria 1.101 ^a	3,4,5
Coleta de dados qualitativos primários (7 grupos focais e 8 entrevistas em profundidade com usuários de 5 dos municípios participantes. No total foram ouvidos 28 usuários ^b)	Seleção de temas dirigidos a conteúdos específicos visando a estreita ligação entre o tema do grupo e o objeto da avaliação, de forma a preservar a legitimidade da aproximação com o usuário	Fase iniciada após o mapeamento inicial do problema: diálogo com o usuário traz em si o compromisso de encaminhar a demanda identificada por meio dos resultados do estudo	3,4,5
Entrevista com a diretora do AME	Compreensão do acesso e o fluxo desse nível secundário de atenção à saúde no território	Negociação entre níveis de governo e prestadores privados	Entre oficinas 5 e 6
Relato e discussão dos dados primários coletados	Conhecimento da perspectiva do usuário	Satisfação do usuário quanto à atenção primária Usuário comunicado quanto à urgência de seu problema de saúde (cálculo biliar) mas não quanto à espera para realização da cirurgia	6
Comunicação dos resultados	Análise da totalidade dos dados coletados	Possibilidades de ação	7

CROSS: Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde; AME: Ambulatório Médico de Especialidades; SIH: Sistema de Informações Hospitalares

^a Ministério da Saúde. Portaria nº 1101/GM, de 12 de junho de 2002. Estabelece parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS [Internet]. Brasília (DF); 2002 [citado 2015 jun 8]. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/regulasaude/2009/PN%20PORTARIAS%202009/nvos%20pdfs%202009/PT%20GM%201101%2012.06.2002.pdf>^b Todos os usuários estavam no aguardo por vaga de colecistectomia ou haviam realizado a cirurgia no máximo dois anos antes. A coleta focou a descrição do percurso desses usuários desde a percepção do sintoma até a resolução ou não do problema com a cirurgia.

O material empírico foi analisado por metodologia hermenêutica-dialética^{19,20}. Essa metodologia preserva a riqueza do material qualitativo coletado e valoriza o contexto da região de saúde onde se deu a avaliação.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – FSP/USP (Parecer 1.006.380). Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O uso da metodologia participativa pragmática⁶ permitiu que as oficinas se estabelecessem de forma democrática e fossem dirigidas pelos interesses diretos dos gestores e gerentes. O material empírico recolhido mostrou três resultados que retratam a apropriação que os gestores tiveram do processo e que se configuram como eixos de análise:

- Aprofundamento da compreensão quanto à organização da atenção à saúde do adulto na região definida;
- Apropriação de ferramentas para levantamento e análise de dados quanti e qualitativos;
- Possibilidades de ação.

Apresenta-se, na sequência, o item referente à replicação do processo avaliativo, que também emergiu das colocações dos participantes, e se coloca aqui como uma das principais limitações para a utilização da metodologia.

Aprofundamento da Compreensão quanto à Organização da Atenção à Saúde do Adulto na Região Definida

Facilitando um espaço eminentemente reflexivo para os gestores e gerentes e mantendo a proximidade com problemas cotidianos concretos, o processo empreendido ampliou a visão dos participantes sobre as dinâmicas de funcionamento atual do SUS, cuja discussão usualmente não tem espaço nas reuniões predominantemente administrativas da CIR²¹.

A escolha do tema cirurgias eletivas retratou a preocupação com a construção da integralidade da atenção, diretamente associada à possibilidade de negociação intergovernamental. Discutiu-se a autonomia do gestor municipal frente a decisões e induções de políticas advindas da gerência estadual ou federal¹⁸, a cisão entre as diferentes esferas de gestão e as diferentes racionalidades presentes em campo – lógica de financiamento, compreensão do papel dos entes federados na organização do sistema¹¹. Abordou-se a prática de descentralização ocorrida no País sem o necessário planejamento para ampliação prévia da capacidade administrativa e institucional dos municípios²³.

No levantamento que fizemos tem “urgência e emergência”, tem “dificuldade no acesso à média complexidade”, tem várias demandas pontuais... Se tivermos que começar por assuntos que estão sob a governabilidade dos municípios, eu diria que nenhum deles. Não adianta só os municípios. O estado tem que funcionar para todo o sistema funcionar... É uma engrenagem, uma máquina... (gestor municipal 1)

A gente aqui, frente a uma crise de leitos... Você deveria ter um sistema compartilhado, de parceiros que estão envoltos num mesmo problema, e qual é a resposta que a gente tem do governo do Estado? “A culpa é do município, que não investe em atenção hospitalar”. Então, como é que a gente lida com isso? (gestor municipal 2)

Mas eu tenho dúvida se é porque não temos estrutura... Quem é que faz a cirurgia? É predominantemente o Hospital Estadual para o município X e para os outros. Com que lógica trabalha o município, e em certa medida, por decorrência, o próprio AME? Com a lógica da necessidade da população. Com que lógica trabalha o HE? Com a lógica

da contratualização que eles fizeram. Eles vão fazer 500 cirurgias, “ah, mas eu tenho 3.000 pacientes”. Daí ele pensa: “Se eu fizer isso aqui, nós vamos gastar tanto de dinheiro”. Eles têm um sistema econômico lá... (gestor municipal 3)

No momento de análise dos dados coletados junto aos usuários, foi discutida a necessidade da coleta sistemática e utilização desse tipo de informação na gestão. Enfatizou-se que o conhecimento das experiências vividas pelo principal interessado no serviço¹ torna mais significativas as discussões e permite o aprofundamento das análises.

Desdobrou-se a discussão para outra faceta da integralidade da atenção: a consideração ao ser integral do usuário e às necessidades de saúde por ele trazidas⁴, incluindo o manejo de sentidos e a disponibilização da informação sobre o funcionamento dos serviços.

O médico, quando a gente passa, fala “tem uma bomba dentro de você”. Aí você vai pra fila... Quem é que dorme? (usuário 1)

Tive uma crise que eu achei que ia morrer, fiquei tomando soro no PA... Aí foi quando eu entrei em contato com o médico da minha cidade, porque eu sabia que ele operava por outra cidade, e fui atrás. Paguei a consulta pra passar com ele e ele me operou lá na outra, e pelo SUS! Se eu tivesse esperando pelo AME, eu tava morta hoje. (usuário 2)

O usuário, além de estar na mão de dois gestores (municipal e estadual), um não sabe o que o outro está fazendo... Nem ele, nem a gente sabe onde ele está na lista de espera, qual é a previsão de atendimento dele. (gerente municipal 1)

Apropriação de Ferramentas para Levantamento e Análise de Dados

Gestores e gerentes referiam, com frequência, que a informação disponível para o município quanto ao percurso do usuário cessava quando o paciente era encaminhado para os equipamentos sob gestão estadual. Um estudo conjunto inicial dos relatórios disponibilizados pelo sistema CROSS (Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde) mostrou a utilidade de um esforço de apropriação das informações ali contidas, frequentemente desvalorizadas, ou mesmo desconhecidas, pelos gestores. Da mesma forma, a revisão dos processos internos ao município também se destacou. Informações que poderiam ser coletadas nos próprios serviços de regulação municipal eram rotineiramente perdidas.

Então ela simplesmente não passou por gastro nem cirurgião na nossa rede municipal, simplesmente foi para o AME. Aí eu consegui entrar no sistema do AME. Não descobri porque ela ficou só no AME. (gerente municipal 2)

Utilizou-se o programa Tabwin, disponibilizado pelo MS para a consulta a dados do Sistema de Informações Hospitalares, e a maioria dos gestores e gerentes o fez pela primeira vez. Ganhos e na argumentação com parceiros, decorrentes das informações geradas, foram por eles valorizados.

Observou-se que tanto o trabalho realizado pelo AME como pelo Hospital Estadual de referência se davam de forma autônoma em relação às ações da atenção primária em saúde. Cada ente federado preserva sua autonomia, centrando-se no papel que lhe é formalmente outorgado, e não no funcionamento em rede.

Para fazer esse raciocínio tinha que somar a urgência que você faz no município, a urgência que o Estadual faz. Se a oferta da eletiva fosse maior, a urgência seria menor... (gerente municipal 2)

Vai chegar à conclusão de que o que está pactuado, dentro do contrato de gestão com o prestador não tá atendendo a necessidade... Se nem do nosso Colegiado, que dirá da rede toda que o Estadual é referência... (gestor municipal 1)

Possibilidades de ação

Nas oficinas, constatou-se que qualquer proposta de mudança no sistema envolveria a revisão de todos os serviços disponíveis sob os distintos níveis de gestão no território – inclusive o próprio. A revisão das unidades básicas e de emergência enquanto fontes de encaminhamento, da regulação e da utilização do sistema CROSS, bem como do gerenciamento dos hospitais filantrópicos, mostrou-se proveitosa.

No sistema CROSS, 48h antes a gente não consegue mais mudar o nome do paciente. Se ele desiste por um imprevisto, se aparece um caso de última hora que é uma urgência, a gente não consegue inserir mais... Com isso, acaba perdendo consulta. Era o caso de rever isso. (gerente municipal 1)

Gestor 4: No meu município tem uma Santa Casa, mas não tem o serviço... é basicamente uma questão de provedoria. Quando se tinha uma equipe de provedores participativos, com credibilidade, que arrecadava fundos, era uma realidade. Depois disso, ninguém mais fez campanha e basicamente a prefeitura sustenta a Santa Casa, aí tem uma provedoria que escolhe alguém e põe lá, é tudo cargo político, ninguém entende nada e fica nessa.

Gerente 2: Você tem que pressionar o provedor, como eu estou fazendo lá, para colocar técnicos, pessoas contratadas de carreira aqui e ensinar tudo pra dar continuidade, porque senão toda a vez que entra um administrador novo, toca a gente a falar as mesmas coisas que a gente fala.

A partir de relatos de momentos de negociação política com parceiros, percebeu-se que o grupo passou a apoiar-se mais em argumentos técnicos e reflexões aprofundadas, refletindo um amadurecimento para viabilização de novas estratégias de ação. São estratégias iniciais, mas que refletem ampliação da proatividade para o estabelecimento de um elo entre os diferentes atores governamentais e parceiros privados.

A câmara técnica da CIR vem sendo fortalecida enquanto espaço de troca e negociação com os prestadores privados, na medida em que se constrói um balanço mais equilibrado de poder entre os participantes. Tal equilíbrio decorre da apropriação de conhecimento dos gestores municipais sobre fluxos, grau de autonomia de cada serviço e mecanismos que estão em jogo na pactuação, dentre outros. Obviamente limitações importantes se mantiveram, por exemplo, quanto às decisões acerca da organização e contratualização dos serviços de atenção de média e alta complexidade que ocorrem de forma centralizada na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, fato que praticamente impossibilita a intervenção dos gestores municipais.

Um possível reposicionamento do papel de hospitais existentes nos municípios, que assumiriam parte da demanda para cirurgia geral, foi cogitado para novos desenhos de regionalização da atenção.

Quando a gente conversou no grupo de acompanhamento dos prestadores a respeito de ampliar o número de cirurgias eletivas, o diretor do hospital disse “precisaríamos estudar, não temos mais capacidade... a não ser que a gente abra o terceiro turno de cirurgia”, e aí de repente entra nessas possibilidades, se a gente começar a forçar isso de certa forma... (gestor municipal 1)

Com o COAP (Contrato Organizativo de Ação Pública), pactuar que vai ser o hospital do município que vai dar vazão pra região, que vai atender, fazer este tipo de procedimento... uma negociação entre os entes, tanto os municipais... e ver quais poderão dar suporte. (gerente municipal 1)

Replicação do Processo Avaliativo

O respeito ao ritmo do grupo não impediu que todas as etapas estruturantes de uma avaliação fossem cumpridas no processo, gerando apropriação do “raciocínio avaliativo”. Sabe-se que

o próprio questionar do “por que”, “quando” e “como” avaliar permite uma análise crítica do objeto avaliado em sua complexidade.

Entretanto, como esperado, dada a novidade do processo, persistiu junto aos participantes uma descrença de que ele pudesse ser replicado independentemente da presença dos facilitadores e do contrato que foi feito. Reiteraram que o cotidiano da gerência é tomado por questões emergenciais e que não haveria espaço para a construção desse tipo de processo, não fosse o compromisso assumido com a academia.

Acho que diante da diversidade do trabalho que a gente tem, dificilmente pararia para analisar todos os itens, não tenho tempo para isso. Parei em função de ser um trabalho direcionado, de assumir um compromisso... Estou dizendo que este pensamento não faz parte da rotina. (gestor municipal 5)

CONCLUSÕES

É fundamental contextualizar esse trabalho como a utilização de uma metodologia que estimulou o envolvimento dos gestores e gerentes locais na busca por respostas a questões de interesse direto. Foi possível iniciar um processo de reconhecimento da necessidade, aproximação e apropriação da informação, sustentado por medidas simples de obtenção de dados, análise e reflexão, que tendem a potencializar a frágil situação da avaliação no processo de tomada de decisão.

O processo participativo trouxe consistência à identificação de variáveis que influenciam o serviço avaliado. O ajuste da oferta foi identificado como alternativa para melhora do fluxo de atendimentos entre atenção básica e de média e alta complexidade, mas a noção de que essa não é a única ação possível foi presentificada. Como resultado, novas frentes de comunicação puderam se abrir. A proatividade dos gestores e gerentes aumentou na busca por negociação com os demais níveis de gestão. Mesmo durante o processo, pequenas alterações, tendendo a facilitar a gestão do fluxo, puderam ser combinadas pessoalmente, em reuniões locais. Obviamente, tais mudanças assumiram um alcance local: atores de diferentes níveis de gestão que estabelecem maior proximidade e alavancam mudanças.

Ressalta-se o aspecto processual dessa iniciativa, que, como em qualquer processo de aprendizagem, não prevê ou obriga o alcance de resultados amplos e visíveis em pouco tempo.

Almeja-se contribuir para a construção de uma cultura de avaliação nos níveis locais do sistema, fortalecendo aí uma postura proativa de gerentes e gestores na busca do uso da informação para o enriquecimento de processos políticos. Mesmo que sustentado pela presença constante da academia, pelo menos em seus momentos iniciais, o modelo de avaliação proposto potencializa avaliações realizadas em nível macrossistêmico. Descobrir, para a avaliação, um sentido mais conectado a melhorias na prática concreta, tornando-a menos prescritiva e burocrática, pode facilitar sua transposição para a compreensão de esferas mais amplas.

Limitações importantes advêm da falta de institucionalização do processo, que teve inserção organizacional limitada. Entretanto, a experiência mostra que dificilmente se parte de condições ideais: elas são construídas a partir de processos ascendentes.

Nesse mesmo sentido, em processos democráticos, a questão da participação é exemplar no que diz respeito à cisão entre teoria e prática. Existe um consenso em metodologias que preconizam o envolvimento dos diferentes interessados na avaliação, de que a multiplicidade de pontos de vista enriquece a construção e análise do processo avaliado, e tende a alavancar a utilização de seus resultados^{7,13}. O processo em foco permitiu identificar que as condições para que essa participação ocorra não estão ainda dadas no serviço público. É preciso esforço para oportunizar sua construção, no sentido da negociação de prioridades de ação, construção de credibilidade e amadurecimento gradual do processo.

REFERÊNCIAS

1. Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev Saude Publica*. 2009;43(1):98-104. DOI:10.1590/S0034-89102009000100013
2. Bomfim MI, Goulart VMP, Oliveira LZ. Formação docente na área da saúde: avaliação, questões e tensões. *Interface (Botucatu)*. 2014;18(51):749-58. DOI:10.1590/1807-57622013.0974
3. Brito-Silva K, Bezerra AFB, Chaves LDP, Tanaka OY. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. *Rev Saude Publica*. 2014;48(2):240-8. DOI:10.1590/S0034-8910.2014048004852
4. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 4.ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC - ABRASCO; 2007. p.197-210
5. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(3):705-11. DOI:10.1590/S1413-81232006000300017
6. Cousins JB, Whitmore E. Framing participatory evaluation. *N Dir Eval*. 1998;(80):5-23. DOI 10.1002/ev.1114
7. Cousins JB, Whitmore E, Shulha L. Arguments for a common set of principles for collaborative Inquiry. *Am J Eval*. 2012;34(1):7-22. DOI:10.1177/1098214012464037
8. Felisberto E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Cienc Saude Coletiva*. 2006;11(3):553-63. DOI:10.1590/S1413-81232006000300002
9. Felisberto E, Freese E, Bezerra LCA, Alves CKA, Samico I. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil *Cad Saude Publica*. 2010;26(6):1079-95. DOI:10.1590/S0102-311X2010000600003
10. Fernandes FMB, Ribeiro JM, Moreira MR. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2011;27(9):1667-77. DOI:10.1590/S0102-311X2011000900002
11. Feuerwerker L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface (Botucatu)*. 2005;9(18):489-506. DOI:10.1590/S1414-32832005000300003
12. Figueiró AC, Hartz Z, Samico I, Cesse EAP. Usos e influência da avaliação em saúde em dois estudos sobre o Programa Nacional de Controle da Dengue. *Cad Saude Publica*. 2012;28(11):2095-105. DOI:10.1590/S0102-311X2012001100009
13. Furtado JP. A avaliação participativa. In: Otero MR, organizador. *Contexto e prática da avaliação de iniciativas sociais no Brasil: temas atuais*. São Paulo: Fundação Peirópolis; 2012. p.21- 41.
14. Furtado JP, Vieira-da-Silva LM. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. *Cad Saude Publica*. 2014;30(12):2643-55. DOI:10.1590/0102-311X00187113
15. Hartz ZMA, Felisberto E, Vieira-da-Silva L, organizadores. *Meta-avaliação da atenção básica à saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2008.
16. Jannuzzi PM. Sistemas de monitoramento e avaliação de programas sociais: revisitando mitos e recolocando premissas para sua maior efetividade na gestão. *Rev Bras Monit Aval*. 2013;5:4-27.
17. Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality: the case for tracers. *N Engl J Med*. 1973;288(4):189-94. DOI:10.1056/NEJM197301252880406
18. Machado CV, Lima LD, Viana ALD, Oliveira RG, Iozzi FL, Albuquerque MV, et al. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2014;48(4):642-50. DOI:10.1590/S0034-8910.2014048005200
19. Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2002. p.83-108.
20. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2004.
21. Nickel DA, Natal S, Hartz ZMA, Calvo MCM. O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde: um estudo de caso no Sul do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2014;30(12):2619-30. DOI:10.1590/0102-311X00022314
22. Oliveira PTR, Sellera PEG, Reis AT. O monitoramento e a avaliação na gestão do Ministério da Saúde. *Rev Bras Monit Aval*. 2013;5:114-29.

23. Santos AM, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev Saude Publica*. 2013;48(4):622-31. DOI:10.1590/S0034-8910.2014048005045
24. Silva SF, Souza NM, Barreto JOM. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. *Cienc Saude Coletiva*. 2014;19(11):4427-38. DOI:10.1590/1413-812320141911.16612013
25. Spedo SM, Tanaka OY, Pinto NRS. O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2009;25(8):1781-90. DOI:10.1590/S0102-311X2009000800014
26. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5.ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.

Financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp – Processo 2011/23434-0 – auxílio à pesquisa. Processo 2012/06204-4 – bolsa de doutorado no país. Processo 2014/22240-6 – bolsa estágio de pesquisa no exterior).

Contribuição dos Autores: Análise e interpretação dos dados: CALA, OYT. Redação do manuscrito: CALA, OYT. Revisão crítica do manuscrito: CALA, OYT. Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

Conflito de Interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.