

Thiago Dias Sarti ¹
Rita de Cássia Duarte Lima ²
Marta Zorzal e Silva ³
Ethel Leonor Noia Maciel ⁴

**The institutionalization
of evaluation in primary care:
some aspects for construction of
democratic practices in the health
family strategy**

A institucionalização da avaliação na atenção básica: alguns aspectos para a construção de práticas democráticas no contexto da estratégia saúde da família

Abstract | The evaluation in health is fundamental for the decision-making process in any level of the health system, contributing for a quality improvement for services provided to the population. In order to incorporate the evaluation as a daily practice of health services, the institutionalization of politics on evaluation in health has been becoming a current issue in Brazil. The goal of this article is reviewing the process of institutionalization of evaluation in Brazilian's primary care level and discuss its democratic and participative potentialities, approaching the potential of evaluation on creating a participative culture for the health services management, in order to find solutions to improve this services. It is emphasized the importance of using evaluative methods with participative, deliberative and formative approach which can contribute for a greater community resilience and individuals' autonomy, as well as better results in primary health care.

Key words | Health's evaluation; Primary health care; Family health program; Community participation.

RESUMO | A avaliação em saúde é fundamental para o processo de tomada de decisão em qualquer nível do sistema de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade dos serviços prestados à população. No intuito de incorporar a avaliação como prática cotidiana dos serviços de saúde, a institucionalização de políticas de avaliação em saúde vem se tornando corrente no Brasil. Dessa forma, o objetivo deste trabalho é revisar o processo de institucionalização da avaliação na atenção básica brasileira e discutir suas potencialidades democráticas e participativas, abordando o potencial da avaliação em criar uma cultura participativa para a gestão dos serviços de saúde na procura de caminhos para a melhoria da atenção primária. Salienta a importância de se utilizar metodologias avaliativas de caráter participativo, deliberativo e formativo no contexto da atenção primária, o que pode contribuir para uma maior resiliência comunitária e autonomia dos indivíduos, bem como para melhores resultados em saúde na APS.

PALAVRAS-CHAVE | Avaliação em saúde; Atenção primária à saúde; Programa Saúde da Família; Participação comunitária.

¹ Médico de Família e Comunidade
Mestrando em Saúde Coletiva / Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGASC) - UFES
² Doutora em Saúde Pública pela UNICAMP
Professora da disciplina Estado e Políticas de Saúde / PPGASC-UFES
³ Doutora em Ciência Política pela USP
Professora da disciplina Estado e Políticas de Saúde / PPGASC-UFES
⁴ Doutora em Saúde Coletiva/Epidemiologia pela UERJ. Coordenadora do PPGASC-UFES

Introdução |

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994, no interior das reformas neoliberais prescritas pelo Banco Mundial para os países subdesenvolvidos,³⁰ passando a ser considerado como estratégia de reorientação do modelo de assistência à saúde do SUS a partir de 1998.¹⁰ Desde então, um programa, antes criado para garantir o acesso da população marginalizada aos serviços básicos de saúde, vê-se diante de desafios complexos para um adequado enfrentamento das condições sanitárias do povo brasileiro. Alguns trabalhos mostraram que a Estratégia Saúde da Família (ESF) ainda não conseguiu consolidar seu objetivo maior, o qual seria a mudança no perfil da assistência à saúde, perpetuando, assim, o modelo biomédico de prestação de serviços, salvo algumas exceções.^{14, 3, 4}

O modelo assistencial tradicional, centrado no hospital e na alta densidade de aparatos tecnológicos para diagnóstico e cura das doenças, há muito é criticado devido à sua baixa eficiência e efetividade, geralmente estando distante do perfil sanitário da população, sendo incapaz de atender grande parte das necessidades das pessoas em seu processo de adoecimento.³³

Vários modelos alternativos foram pensados e postos em prática na busca de superar a forma hegemônica de prestação de serviços de saúde,³⁰ e a ESF advoga um modelo assentado nas seguintes características: foco na família, entendida em seu contexto físico e social, superando a assistência centrada na doença e no indivíduo; integralidade da atenção; territorialização e adscrição de clientela; trabalho em equipe multiprofissional; e participação comunitária, em consonância com os princípios do SUS.¹⁰

Entretanto, após quase uma década de implementação da ESF, vários desafios se colocam para os gestores do sistema e para os profissionais vinculados à atenção básica. O financiamento da estratégia é insuficiente, assim como para todo o sistema público de saúde no Brasil, sendo comum a falta de medicações, estruturas físicas inadequadas e baixos salários para os profissionais de saúde. Os modelos de gestão em geral são excessivamente burocráticos, com gestores despreparados para o exercício da função, sendo os sistemas de saúde municipais freqüentemente submetidos a práticas clientelísticas e autoritárias.^{26, 8}

Em relação à formação de recursos humanos, a maioria dos profissionais que trabalham nas unidades de saúde da família não teve formação adequada para o exercício da Atenção Primária à Saúde (APS).¹¹ Verifica-se também uma alta rotatividade de profissionais, chegando a casos em que a mesma função é exercida por mais de um profissional no período de um ano,¹¹ prejudicando a longitudinalidade do cuidado prestado à comunidade, princípio básico da APS.³²

Outro aspecto importante é a carência de planejamento das

ações na atenção básica em curto, médio e longo prazo. A própria noção de prazo na ESF apresenta algumas peculiaridades, pois a continuidade da gestão está diretamente relacionada com o resultado das eleições municipais a cada quatro anos.⁹ E isso adquire importância ímpar, quando se trata de políticas públicas, em que o planejamento deveria ser visto como um processo, muito mais que como um produto técnico em si. Diante do exposto, o planejamento adquire um caráter que vai além da concepção de controle, significando também uma construção coletiva da política e dos programas e projetos dela oriundos, envolvendo todos os atores diretamente afetados e envolvidos pelas decisões.²⁷

Nesse contexto, a avaliação torna-se fundamental, na medida em que possibilita um olhar crítico sobre o que está sendo feito e uma comparação com o que deveria estar ocorrendo, possibilitando correções e melhorias nos processos em busca de melhores resultados.¹⁵

A avaliação deve assumir um caráter de suporte ao processo decisório na gestão do sistema e na prestação de serviços de saúde, bem como auxiliar na identificação de estrangulamentos nos processos dos serviços instalados, verificar a eficiência e a efetividade das práticas assistenciais e mensurar os impactos advindos das ações do sistema de saúde na situação sanitária da população.¹² Assim, a avaliação se efetivaria como uma ferramenta indispensável para a melhoria da qualidade da atenção, incluindo a da atenção básica, em que novas práticas e tecnologias são disponibilizadas.

Porém, a prática avaliativa em APS apresenta algumas particularidades que surgem exatamente pela proximidade com a comunidade e seus problemas referentes à saúde.⁵ Os problemas enfrentados no contexto da APS englobam uma complexidade de fenômenos não restritos a alterações biofísico-químicas no funcionamento corporal, envolvendo também uma ampla constelação de processos sociais e psicológicos entrelaçados em uma imbricada rede de interações, onde o sofrimento individual torna-se singular, assim como seu enfrentamento. Portanto, avaliar programas e serviços voltados para o enfrentamento dessa realidade deve incorporar uma perspectiva participativa, de construção coletiva²⁹ e de aprendizado baseado na problematização das situações encontradas no cotidiano dos serviços.

Neste sentido, é possível criar metodologias de avaliação adaptáveis ao trabalho no contexto da atenção primária e que atendam às suas necessidades? Qual a importância de essas metodologias incorporarem uma perspectiva participativa e pedagógica? E como se podem criar maneiras de pôr essas metodologias em prática? Partindo do pressuposto de que é possível responder afirmativamente a todos esses questionamentos, este artigo busca tecer alguns comentários sobre o processo de institucionalização da avaliação na Atenção Básica e suas potencialidades democráticas e participativas, discutindo o potencial da avaliação em criar

uma cultura participativa para a gestão dos serviços de saúde na procura de caminhos para a melhoria da atenção primária brasileira.

A institucionalização da avaliação na atenção básica

A categoria avaliação possui diversas possibilidades de conceituação, sendo fundamental, para qualquer investimento avaliativo, a explicitação do marco teórico utilizado.³⁶ Além disso, toda avaliação de programa deve partir de uma contextualização do objeto de estudo, desvelando seus objetivos, propostas de ação, modelos de gestão adotados e processos de trabalho, bem como a conjuntura política, econômica e social na qual o programa está inserido.²⁵

Para os objetivos deste trabalho, adotaremos, como referencial, o conceito de Contandriopoulos, ampliado por Vieira da Silva.³⁶ Para Contandriopoulos, avaliação é um julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes, visando a uma melhor tomada de decisão. Vieira da Silva, adotando o conceito de campo de Bordieu, expande a noção de intervenção adotada por Contandriopoulos, substituindo esse termo por práticas sociais, superando o procedimentalismo e o instrumentalismo presente no conceito de intervenção de Contandriopoulos. A avaliação baseada em conceitos instrumentais acaba por se tornar limitada, devendo sempre considerar sua determinação política precedente.¹⁷

Vários autores já demonstraram a importância da cultura avaliativa no processo de tomada de decisão em qualquer ponto do sistema de saúde.^{35, 17, 20, 12} Para o fomento dessa cultura, um dos mecanismos postos em prática nos países desenvolvidos é a incorporação da avaliação como política governamental.²⁰ A avaliação de programas como prática institucional desenvolveu-se principalmente nos Estados Unidos, a partir da década de 1960, como parte dos mecanismos de controle de projetos sociais realizados na época.²⁵ Desse processo, surgiu uma nova categoria profissional, a dos avaliadores de programas sociais, ligados a alguma instituição pública ou privada.

No Brasil, o debate sobre a importância de se institucionalizar a avaliação se inicia principalmente a partir das contribuições de Hartz,²⁰ embora já se viesse discutindo sobre a necessidade de se sistematizar a avaliação como prática inerente ao processo de planejamento de qualquer serviço de saúde.^{35, 17} O debate ganha força e o Ministério da Saúde lança, em 2003, a Política Nacional de Avaliação da Atenção Básica.¹⁶

Essa política nasce da constatação, pelo próprio Ministério da Saúde,¹² da inadequação das práticas avaliativas empreendidas no País, geralmente restritas a trabalhos acadêmicos, principalmente com estudos de casos limitados a alguns municípios. Essas práticas não permitiriam uma ação coordenada devido à diversidade de métodos utilizados nos

processos avaliativos, bem como à ênfase dada a variáveis de processo em detrimento das avaliações de resultados, que se dariam de forma pontual e de difícil generalização.

A institucionalização da avaliação na Atenção Básica tem como um de seus principais objetivos fomentar a prática da avaliação no cotidiano das instituições de saúde, seja em nível local (pelas equipes de saúde), seja pelas Secretarias Municipais e Estaduais de saúde, contando com o apoio e suporte do Ministério da Saúde. Para Hartz, “[...] *institucionalizar a avaliação deve ter o sentido de integrá-la em um sistema organizacional no qual esta seja capaz de influenciar seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação [...]*”.²¹ Contudo, deve-se questionar a real capacidade dessa institucionalização de promover a inclusão da avaliação no cotidiano dos serviços e dos profissionais, além do impacto dessas iniciativas na qualidade dos serviços de saúde e nas condições de saúde da população.¹⁷

Com o intuito de subsidiar a institucionalização de uma política de monitoramento e avaliação na Atenção Básica na Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA), realizou-se um diagnóstico situacional e percebeu-se a ausência de sistematização das práticas avaliativas, embora elas estivessem presentes no cotidiano de parte dos gestores responsáveis pela Atenção Básica. As informações daí oriundas não alimentavam sistemas de informações e dificilmente auxiliavam a tomada de decisões da equipe de gestores da SESA. Havia conflitos de entendimento e práticas sobre o processo de monitoramento e avaliação e foi constatada a ausência de um quadro técnico instrumentalizado e de uma política de educação permanente que considerasse e incorporasse a avaliação como um dos instrumentos dos processos de trabalho na ESF.²² Esse quadro indica a importância da política de institucionalização da avaliação na Atenção Básica, bem como nos leva a questionar se essa realidade é fato ou exceção no cenário nacional.

Em síntese, a institucionalização da avaliação na Atenção Básica visa ao desenvolvimento da capacidade avaliativa dos diversos atores envolvidos com a ESF, a partir da indução de pesquisas avaliativas nos vários níveis do sistema de saúde, proporcionando uma adequada produção de informação que municie o processo decisório na Atenção Básica em busca de uma melhor qualidade da assistência. Para isso, torna-se fundamental uma articulação e integração das ações de forma intersetorial, contando com a cooperação técnica de gestores, profissionais de saúde e instituições de ensino.¹²

Avaliação participativa ou participação avaliativa

A construção de projetos coletivos, no contexto da APS, é salutar. Essa perspectiva contribui principalmente em dois sentidos: primeiro, a interação de diversos atores na formulação e implementação de ações sanitárias possibilita

um maior conhecimento do espaço de vida da população, assim como os problemas vivenciados pela comunidade em seu cotidiano; segundo, a negociação das decisões e ações permite um maior comprometimento de todos os envolvidos na tomada de decisão e na execução das tarefas, na medida em que se mobiliza a subjetividade e o potencial de ação dos participantes do processo.¹

A participação dos atores locais pode contribuir para a elucidação de variáveis contextuais importantes que interferem na efetividade dos serviços de saúde.³⁷ Contudo, a participação social nos processos de tomada de decisão e avaliação não deve ter por objetivo restrito à obtenção de informações mais confiáveis e abrangentes ou a aquisição de mão-de-obra barata para a execução das decisões dos órgãos de saúde.¹³

Essa participação pode ser fundamental para a redefinição de identidades e vínculos em nível local,²⁸ propiciando a consolidação de uma cultura democrática participativa norteadora de novas relações sociais, aumentando a resiliência comunitária e a autonomia dos indivíduos. Serviços de atenção primária baseados nessa lógica participativa podem estar mais próximos de alcançarem os resultados esperados em se tratando de promoção da saúde,¹ assim como podem estar mais preparados para a construção de um modelo assistencial centrado no usuário e em suas necessidades de saúde.

Por outro lado, todo programa passa pelo menos por três filtros de significação: o primeiro, pelas concepções dos próprios autores do projeto, que freqüentemente ocupam lugares na ordem social muito distantes daqueles ocupados pelos indivíduos-alvo das ações do programa; um segundo filtro está presente naqueles que veiculam e implementam determinado programa; e o terceiro é representado por aqueles que acolhem as ações, ou seja, os próprios beneficiários do programa. Portanto, o significado dado ao programa por seus beneficiários não se iguala necessariamente ao significado dado por seus autores. Esse caminho de significações está repleto de interesses e conflitos que podem impossibilitar a implementação do programa ou a obtenção dos resultados esperados teoricamente. Adotar metodologias participativas pode diminuir a distância entre os que pensam, os que fazem e os que recebem, contribuindo para a formulação de programas enraizados na práxis social.²⁴

Nessa perspectiva, pode-se perceber o grau de sucesso de uma intervenção social a partir do envolvimento dos múltiplos atores na implementação do programa, bem como no compromisso deles com o sucesso da iniciativa, o que vai além de uma simples ação executada pela obrigatoriedade da circunstância.³⁷ E esse sucesso não pode ser expresso exclusivamente a partir de indicadores quantitativos, daí a importância de se mesclar métodos e abordagens capazes de desvelar diferentes aspectos dos fenômenos estudados.¹⁹

Essa multiplicidade de intervenções realizadas por pessoas

concretas, em situações singulares, de alguma forma deve refletir e estar refletida nas práticas avaliativas, evitando-se o distanciamento do mundo de experiências concretas em detrimento de um mundo teórico só existente nos relatórios de pesquisas.³⁷

Podemos citar pelo menos três sentidos de participação, o que nos permitiria pensar a sua inclusão como categoria fundamental para as práticas avaliativas.³⁷ Um primeiro sentido restringe-se a uma participação voluntária de atos que, de certa forma, fazem sentido ao indivíduo e lhe permitem identificar-se com ela e sentir-se membro de uma coletividade. Como exemplo, pode-se referir-se a uma celebração, um evento musical ou um ato público.

Um outro modo de conceber participação é a outorga de um direito de expressar determinado ponto de vista sem a obrigatoriedade de essa opinião ser levada em consideração em momentos decisivos. Essas duas formas de se pensar a participação não estão de acordo com as reflexões feitas até o momento, o que nos obriga a adotar um sentido mais amplo de participação que incorpore os dois primeiros significados acrescentando-lhes um ato plenamente político e democrático, o da deliberação. Essa perspectiva parte do pressuposto de que a totalidade social é uma construção histórica e coletiva e que todos devem ser considerados como partes integrantes e ativas de qualquer processo de definição das linhas comuns de ação.

Tal é o desafio que está posto para a construção de metodologias avaliativas adequadas para o contexto da atenção primária: metodologias participativas e de caráter deliberativo, que considerem igualmente a importância de cada grupo social, evitando-se incorrer no erro de propagarmos algo vazio de significações para aqueles que ocupam os espaços públicos onde pulsa a vida cotidiana. A criação de espaços de debate, onde os conflitos possam ser explicitados e a negociação possa ser exercida com o menor grau possível de coação e cooptação de interesses dos grupos mais enfraquecidos pelas relações de poder,³⁴ torna-se imperativa para a concretização de programas sociais que buscam um maior empoderamento dos indivíduos e a promoção da saúde das coletividades.

Esses espaços tornam-se importantes, por outro lado, na medida em que possibilitam a deflagração de processos de auto-avaliação, em que os diferentes atores envolvidos desvelam para si e para os outros o que entendem por avaliação em seu cotidiano de trabalho, disparando mecanismos reflexivos quanto ao modo de produção de processos avaliativos na prática dos serviços de saúde. Desse modo, considera-se fundamental a possibilidade de mecanismos de auto-avaliação como parte imprescindível dos processos de institucionalização e democratização das práticas na Estratégia Saúde da Família.

Para essa perspectiva, julga-se fundamental um olhar sobre o que se faz, como se faz e para que se está fazendo, fu-

gindo, assim, das mesmices em que o outro é quem avalia e tem o poder de julgamento sobre o que faço. Ao se institucionalizar a avaliação em suas distintas formas, como uma das ferramentas de gestão, contribui-se para romper com a lógica de que avaliar seja sempre algo ruim, negativo e punitivo.

A avaliação como metodologia de problematização da realidade e formação profissional

A avaliação, no contexto da atenção primária à saúde, pode e deve utilizar-se de uma metodologia participativa e problematizadora.² A partir dessa perspectiva, a avaliação possui a capacidade de se tornar um forte instrumento de formação dos múltiplos atores envolvidos com os programas e serviços de saúde. Ao fornecer informações pertinentes sobre a adequação das estruturas e processos a padrões previamente definidos e dados referentes ao contexto social e político no qual o programa está inserido, os sujeitos podem intervir na realidade buscando transformá-la. Essa dialética entre avaliação, intervenção e transformação da realidade possibilita a aquisição de novos conhecimentos práticos e teóricos, empoderando os atores a exercitar com crescente efetividade e eficiência seus papéis sociais.

A metodologia de problematização parte de uma observação ativa da realidade, na qual há uma intensa coleta de informações pertinentes para o adequado entendimento do fenômeno ou objeto de estudo.⁷ Essa etapa está de acordo com a contextualização preconizada pela maioria dos autores em avaliação, como já citado neste trabalho. A análise e sistematização das informações é fundamental, o que possibilita a criação do modelo lógico e a teorização do fenômeno ou objeto de estudo.²³ O passo seguinte seria a formulação de hipóteses que respondam aos achados e que direcionem a ação. Esse processo circular de compreensão e análise da realidade, com posterior intervenção para a mudança, permite uma ação ao mesmo tempo técnica e política,⁷ em que a transformação não se verifica somente do sujeito sobre o meio, mas ocorre também o contrário.

Portanto, propõe-se a criação de espaços de avaliação de caráter participativo e coletivo, onde os atores possam se colocar a ouvir os demais e que a roda da problematização possa girar em perspectiva dialógica e dialética.¹⁸ Tais espaços devem proporcionar uma comunicação horizontal entre os pares, independente de sua posição hierárquica e formação profissional. As pessoas que participam desses espaços devem estar dispostos a contribuir ativamente para o amadurecimento do processo, reconhecendo a importância do saber do outro, independente de seu caráter científico.

Com isso, espera-se que as trocas de conhecimentos científicos, práticos e populares possam capacitar a todos em práticas avaliativas, gerenciais e assistenciais mais adequa-

das ao contexto da APS. É evidente que tal metodologia de práticas avaliativas não exclui as demais, almejando apenas construir formas mais flexíveis e inventivas de trabalho na “ponta do sistema”,⁶ onde o imprevisível se faz mais próximo e complexo.

Esses espaços, que aqui denominaremos de *Grupos Participativos de Avaliação Contínua*, devem estar abertos à participação de todos, profissionais das equipes de saúde, usuários, líderes comunitários, dirigentes de associações do terceiro setor, entre outros. É importante a pactuação dos objetivos e a forma de funcionamento entre todos os participantes de modo a garantir o máximo de coesão, e aqui discordamos das propostas de formação dos grupos apenas com pessoas que compartilhem as mesmas visões de mundo.¹

Nosso entendimento é de que essa prática exclui a possibilidade do confronto de idéias, já que grupos homogêneos possibilitariam apenas o confronto de diferentes percepções quanto aos meios e formas de ação. Todavia, deve-se tomar cuidado para que esses espaços não se tornem locais de divisão, muito mais que espaços de discussão.

Dessa forma, é fundamental a escolha de facilitadores adequados para esses grupos, que ficariam a cargo de coordenar as discussões do grupo, provocando o debate, sistematizando as idéias centrais e buscando formas de capacitação para todos os integrantes do grupo. Algumas características são essenciais para a realização dessa tarefa, como facilidade no relacionamento com as pessoas, capacidade de síntese, disponibilidade para a escuta ativa e entendimento da proposta de dinâmicas grupais dentro de uma perspectiva dialógica e reflexiva.³¹

Os dilemas enfrentados pelas metodologias participativas de avaliação em saúde já estão bem documentados na literatura,¹ geralmente em virtude da carência de iniciativas de estímulo à participação social. Dentre vários, podemos citar: a relação de poder que se instaura entre profissionais de saúde e população, inibindo a participação efetiva desta última; a baixa representatividade dos atores sociais participantes, o que pode excluir importantes grupos sociais das discussões; e a falta de entendimento quanto ao caráter múltiplo da composição do grupo como fator primordial para o sucesso da iniciativa, confundindo-se diversidade com oposição de idéias, impossibilitando a instauração de um espaço de debates produtivos. Mas, para aqueles que estão alocados nos serviços de atenção primária, o principal obstáculo pode ser que a aplicação de metodologias participativas demanda uma quantidade de tempo muito maior que metodologias tradicionais, exigindo um dispêndio de trabalho e energia que poucos estão dispostos a enfrentar.

Outros desafios são a escolha de indicadores e padrões pertinentes de acordo com a realidade local e a capacitação do grupo, bem como a negociação de ações de cunho intersectorial. Nessa escolha dos indicadores, torna-se fundamental não se restringir a indicadores quantitativos e técnicos, bus-

cando outras maneiras de medir o sucesso das iniciativas comunitárias mais abertas à captação dos sentidos coletivos e não mensuráveis das ações em atenção primária.⁵ Os dados necessários se referem ao contexto socioeconômico e ao cuidado de saúde dispensado aos usuários, lembrando que a avaliação deve ser útil e necessária.¹⁷

Considerações finais |

A APS que, no Brasil, foi denominada Atenção Básica, apresenta uma série de características que a torna um cenário particular de práticas de gestão e assistência. Dentre elas, frisa-se o enfrentamento de problemas de complexo perfil que desafiam os profissionais de saúde pela sua singularidade, imprevisibilidade e dificuldade de manejo, já que são encontrados no espaço de vida das pessoas que estão distantes da “segurança” dos hospitais repletos de aparatos tecnológicos.

Por outro lado, o descaso político com a gestão do sistema público de saúde, a capacitação inadequada dos profissionais para o trabalho em APS e a manutenção do modelo hegemônico de prestação de serviços de saúde na ESF exigem de todos os atores o compromisso com a consolidação do SUS, a implementação de modelos compatíveis com o perfil sanitário da população brasileira e a adoção de práticas adequadas que possibilitem a luta pela vida e melhoria das condições de existência dos cidadãos.

Nesse sentido, a avaliação pode funcionar como instrumento de melhoria da qualidade da atenção à saúde prestada, desde que adaptada ao contexto de sua execução e comprometida com os princípios do SUS. Assim, a avaliação tem o potencial de criar uma cultura democrática de participação efetiva no processo de tomada de decisão, bem como proporcionar um espaço de formação técnica e política para gestores, profissionais de saúde, avaliadores e usuários. Com isso, acreditamos que a avaliação terá papel primordial na consolidação de um sistema público universal, integral e de qualidade.

Referências |

- Akerman M, Mendes R, Bógus CM. Avaliação participativa em promoção da saúde: reflexões teórico-metodológicas. In: Bosí MLM, Mercado FJ. *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. Rio de Janeiro: Vozes; 2006. p. 145-60.
- Akerman M, Mendes R, Bógus CM. É possível avaliar um imperativo ético? *Rev C S Col* 2004; 9: 605-15.
- Alvarenga LMCA. *A prática médica no Programa de Saúde da Família e sua contribuição para mudança no modelo tecnoassistencial em saúde. Limites e possibilidades*. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
- Alves VS, Nunes MO. Educação em Saúde na atenção médica ao paciente com hipertensão arterial no Programa Saúde da Família. *Interface* 2006; 10: 131-47.
- Ayres JR. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Rev C S Col* 2004; 9: 583-92.
- Barros MEB. Avaliação e formação em saúde: como romper com uma imagem dogmática do pensamento? In: Pinheiro R, Mattos RA. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS-UERJ/ABRASCO; 2006. p. 261-87.
- Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface* 1998; 2: 139-54.
- Bezerra NO, Nascimento MAA. Implantação do Programa Saúde da Família em Feira de Santana – BA no ano 2000 como experiência piloto: vontade política ou “interesses políticos”? *Re. Baiana Saúde Pública* 2005; 29: 175-88.
- Bodstein R. Atenção básica na agenda da saúde. *Rev C S Col* 2002; 7: 401-12.
- Brasil. *Programa saúde da família*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
- Brasil. *Avaliação da implementação do programa saúde da família em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- Brasil. *Avaliação da Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- Briceño-León R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cad Saúde Pública* 1996; 12: 7-30.
- Capozzolo AA. No olho do furacão: trabalho médico e programa de saúde da família. [tese]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas; 2003.
- Donabedian A. The quality of medical care: methods for assessing and monitoring the quality of care for research and for quality assurance programs. *Science* 1978; 200: 856-64.
- Felipe E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Rev C S Col* 2006; 11: 553-63.
- Figueiredo AMA, Tanaka O. A avaliação no SUS como estratégia de reordenação da saúde. *Cad Fundap* 1996; 19: 98-105.
- Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 33ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006.

- 19 Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico- metodológicas e políticas institucionais. *Rev C S Col* 1999; 4: 341-53.
- 20 Hartz ZMA. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over ready-made. *Cad de Saúde Pública* 1999; 15: 229-59.
- 21 Hartz ZMA. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. *Rev C S Col* 2002; 7: 419-21.
- 22 Maciel ELN, Molina MCB, Ramos MC, Araújo E, Lima RCL. Avaliação em saúde e as iniciativas de institucionalização nas Secretarias Estaduais de Saúde: o caso do Estado do Espírito Santo. Relatório técnico. Vitória; 2007.
- 23 Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Vieira da Silva LM. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 41-64.
- 24 Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
- 25 Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Pública* 2000; 34: 547-59.
- 26 Nunes E. *A gramática política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor; 2003.
- 27 Oliveira JAP. Desafios do planejamento em políticas públicas: diferentes visões e práticas. *RAP* 2006; 40: 273-88.
- 28 Santos BS, Avritzer L. Introdução: para ampliar o cânone democrático. In: Santos BS. *Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa*. São Paulo: Civilização Brasileira; 2002. p. 39-82.
- 29 Santos-Filho SB. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Rev C S Col* 2007; 12: 999-1010.
- 30 Silva Jr AG. *Modelos technoassistenciais em saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
- 31 Silveira LMC, Ribeiro VMB. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface*. 2005; 9: 91-104.
- 32 Starfield B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura / Ministério da Saúde; 2002.
- 33 Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC. *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 451-479.
- 34 Travassos C. Debate sobre o artigo de Zulmira M. A. Hartz. *Cad Saúde Públ* 1999; 15: 229-59.
- 35 Vieira da Silva LM, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad. Saúde Públ* 1994; 10: 80-91.
- 36 Vieira da Silva LM. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: Hartz ZMA, Vieira da Silva LM. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 15-39.
- 37 Zuñiga RB, Laperrière H. Avaliação comunitária: conflitos verticais e ambigüidades metodológicas. In: Bosi MLM, Mercado FJ. *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. Rio de Janeiro: Vozes; 2006. p. 118-44.

Correspondência para/ Reprint request to:

Ethel Leonor Noia Maciel

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Av. Marechal Campos, 1468 Maruípe-29040-091
emaciel@ndi.ufes.br