

Avaliação na Práxis da Saúde: Histórico, Enfoques Teóricos e Fortalecimento da Institucionalização

Evaluation in Health Practice: Historical, Theoretical Approaches and Strengthening of Institutionalization

ROBERTO TEIXEIRA DE LIMA¹
ESTHER PEREIRA DA SILVA²

RESUMO

Objetivos: O presente artigo visa ampliar o conhecimento acerca da temática: "Avaliação em Saúde" por parte dos gestores, pesquisadores além dos profissionais da saúde, na perspectiva de sua institucionalização, de modo a fortalecer sua inclusão como prática rotineira dos serviços, programas e políticas de saúde. *Material e Métodos:* Trata-se de uma revisão teórica de artigos científicos, periódicos e livros relacionados ao assunto, a partir de meta-análise através de busca no banco de dados do *Scielo* e *Bireme*, a partir das fontes *Medline* e *Lilacs*. *Resultados e Conclusão:* Os diversos autores especializados no tema são unânimes em ressaltar a importância da Avaliação enquanto atividade intrínseca de quaisquer que sejam as ações de saúde. Portanto, institucionalizar a Avaliação enquanto ação direcionadora no desenvolvimento das práticas de saúde torna-se essencial, uma vez que contribui para o (re)direcionamento de políticas e programas de saúde, para a avaliação do desempenho institucional e de seus profissionais, para a produção e utilização do conhecimento, bem como favorece a formação e satisfação das pessoas e, assim, promove a qualificação da atenção à saúde.

DESCRIPTORIOS

Avaliação em Saúde. Institucionalização. Serviços de Saúde.

SUMMARY

Objective: This paper aims to broaden the knowledge of managers, researchers, and health professionals about the topic: "Health Care Evaluation", in the perspective of institutionalization as a way of strengthening its inclusion in the quotidian practice of health services, programs, and policies. *Material and methods:* This is a theoretical review of scientific papers, journals and books related to the topic, by means of a meta-analysis through search in the *Scielo* and *Bireme* databases, from the sources *Medline* and *Lilacs*. *Results and conclusion:* The various authors specialized in the topic are unanimous in highlighting the importance of the Evaluation as an intrinsic activity of whatever are the health practices. Therefore, institutionalizing the Evaluation as an action guiding the development of health practices becomes essential since it contributes to the (re) direction of policies, health programs, evaluation of institutional and professional performances, production and use of knowledge, as well as favors people's training and satisfaction and thus promoting health care qualification.

DESCRIPTORS

Health Care Evaluation, Institutionalization, Health Services.

1 Doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (USP); Mestre em Ciências da Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); Professor adjunto do Departamento de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

2 Graduada em Nutrição pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) - Área de atuação: Saúde Materno-Infantil; Mestranda em Ciências da Nutrição - Linha de pesquisa: Saúde coletiva e epidemiologia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

As práticas de saúde podem constituir-se em objeto de avaliação nas suas diversas dimensões, seja enquanto cuidado individual, seja nos seus níveis mais complexos de intervenção e de organização, como políticas, programas, serviços ou sistemas. (SILVA, 2004). Os processos de avaliação em saúde fazem parte hoje das preocupações de gestores do setor público e privado, mas participam de forma ainda muito incipiente e marginal nos processos de decisão. No setor público, pela atuação da saúde coletiva, há maior interesse pelas avaliações de programas, se constatando certo recuo nas questões referentes à propostas de gestão, garantia da qualidade, sistemas de acreditação e monitoramento, questões estas vistas com maior interesse pelo setor privado, apresentando uma deficiência na institucionalização de práticas de avaliação no setor público (NOVAES, 2000).

Se, por um lado, o debate sobre avaliação de serviços, programas e políticas públicas tem sido uma prioridade, por outro, existem fortes indícios e evidências sobre a necessidade de se investir na sua institucionalização, como tem sido enfatizado por vários autores nacionais e internacionais (MAYNE, 1992, HARTZ, 1999, 2000, 2002, VIEIRA-DA-SILVA, 1999, SCHRAIBER *et al.*, 1999, MEDINA, AQUINO, CARVALHO, 2000, SCRIVEN, 2001, BODSTEIN, 2002, SOUZA, 2002, STEVENSON *et al.*, 2002, FELISBERTO, 2004, 2006).

No Brasil, o fortalecimento de uma política de avaliação específica no âmbito da atenção básica vem ocorrendo, como explica BODSTEIN, (2002) definindo a esfera municipal como responsável pela sua execução, estabelecendo novos papéis para os gestores das secretarias estaduais e do Ministério da Saúde que passaram a assumir, cada vez mais, atribuições normativas e reguladoras, ressaltando-se a função de avaliação do sistema de saúde.

Porém, a avaliação em saúde no país apresenta-se, ainda, por intermédio de processos incipientes, pouco incorporados às práticas, possuindo, quase sempre, um caráter mais prescritivo e burocrático. Não faz parte da cultura institucional, aparecendo de maneira pouco sistemática e sistematizada, e nem sempre contribuindo com o processo decisório e com a formação dos profissionais, necessitando, portanto, de investimentos de ordem técnica e política por parte da administração pública setorial (BRASIL, 2005).

NOVAES, (2000) afirma que movimentos direcionados à institucionalização da avaliação, como prática inerente às ações e às organizações de saúde, são cada vez mais necessários, apesar da diversidade de concepções e do intenso debate técnico-científico que acompanha o tema.

O presente artigo, portanto, pretende fortalecer a

apropriação do conhecimento acerca da avaliação em saúde como eixo norteador e atividade intrínseca à rotina dos serviços, ações, programas além das políticas de saúde por parte dos gestores, profissionais de saúde bem como pesquisadores a partir de uma reflexão teórica do tema.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um artigo de revisão da literatura especializada realizada no período de novembro de 2010 a fevereiro de 2011, a partir de uma consulta a periódicos e artigos científicos selecionados por meio de meta-análise através de busca no banco de dados do *Scielo* e *Bireme*, a partir das fontes *Medline* e *Lilacs*. A busca nos bancos de dados foi realizada utilizando às terminologias cadastradas nos Descritores em Ciências da Saúde criados pela Biblioteca Virtual em Saúde. Foram incluídos estudos que estivessem relacionados à Avaliação em Saúde no contexto da institucionalização como também àqueles que envolvessem aspectos históricos e metodológicos, como também enfoques teóricos referentes ao tema. O idioma não foi um limite para a pesquisa dos artigos.

HISTÓRICO

O conceito de avaliação surge com a preocupação dos gestores dos serviços de saúde em todo o mundo no que se refere à limitação de recursos, tendo como marco o fato de que, após a Segunda Guerra Mundial, os gastos com a saúde passaram a crescer de maneira significativa nos países desenvolvidos em consequência do grande desenvolvimento científico. A contenção de gastos implicou na necessidade de se avaliar os custos decorrentes do uso das tecnologias e práticas de saúde aplicadas. Por outro lado, a difusão e a utilização de ações sem a adequada avaliação tiveram, em muitos casos, consequências adversas graves. (LAMBERT, 1978, WARNER, LUCE, 1982, BRASIL, 2009).

A resposta inicialmente dada por diferentes governantes à elevação dos gastos em saúde foi a contenção de custos. Enquanto este tema dominava os agentes de política em saúde em muitos países, os profissionais de saúde começaram a enfatizar a necessidade de avaliar os resultados de suas práticas. Cresce o reconhecimento de que muitas intervenções da prática comum eram lesivas ou pouco efetivas para a saúde da população (BRASIL, 2009).

A área de Avaliação de Serviços, Programas e Tecnologias de Saúde tem a década de 50 como marco referencial, em função de ser uma fase de expansão

desenvolvida na saúde mundialmente, com grande crescimento da tecnologia médica e dos serviços de saúde, mas também com importante incremento de custos e de responsabilidade por parte dos Estados no financiamento da saúde, demandando a disposição de serviços efetivos e eficazes. A partir daí, as primeiras investigações foram baseadas principalmente na utilização de métodos epidemiológicos para avaliação da eficácia terapêutica e diagnóstica (SISSON, 2007).

A partir dos anos 60, os serviços de saúde, por sua própria expansão, passaram a ser pensados também como produtos e, portanto, passíveis de uma padronização na qualidade e alvos de avaliação. Além da sua importância no setor privado, a qualidade ganhou destaque também nos serviços prestados no setor público, como parte dos direitos sociais da população e pelos movimentos de consumidores. Os serviços de saúde, um dos setores de maior expansão no período, foram igualmente envolvidos nesses movimentos, mais intensamente no setor privado, mas também no setor público, quando então a avaliação da qualidade, frequentemente associada à gestão e à garantia de qualidade, passou a ser desenvolvida com alguma regularidade por profissionais especializados, em particular nos Estados Unidos (NOVAES, 2000).

Na década de 70, a avaliação em saúde surge como atividade institucionalizada nos países centrais, associada à expansão da atenção à saúde e ao desenvolvimento científico e tecnológico em saúde que levou à introdução de muitas novas tecnologias, com implicações políticas, econômicas, administrativas e sanitárias importantes. (BATTISTA, HODGE, 1995, PERRY, GARDNER, THAMER, 1997, LUCE, BROWN, 1995, BANTA, PERRY, 1997, NOVAES, 2000).

A partir dos anos 80, a avaliação deixa de ser uma “avaliação metodologicamente orientada” para uma “avaliação orientada pela teoria”, superando as chamadas *black box evaluations* (ou avaliações de caixa preta), que desconsideravam os contextos políticos e organizacionais onde se davam as intervenções sob exame (HARTZ, VIEIRA-DA-SILVA, 2005). Na década de 90, no contexto da expansão dos Programas de Qualidade no setor empresarial, os serviços de saúde do setor privado e público aderem à sua implantação e diversos estudos são desenvolvidos na perspectiva da satisfação dos usuários (MENDES, 2003).

Para GUBA, LINCOLN, (1989) o campo da avaliação vem sofisticando-se desde o seu surgimento, sendo que seu percurso histórico nos últimos cem anos pode ser dividido em quatro gerações:

- A primeira geração se caracterizaria pela mensuração. Dois fatores influenciaram o desenvolvimento desta primeira geração: a

ascensão das ciências sociais (imbuídas do paradigma das ciências físicas) e o surgimento do gerenciamento científico nas indústrias. Durante os 30 primeiros anos do século XX os termos “avaliação” e “mensuração” tornaram-se intercambiáveis. Nesta fase o avaliador é essencialmente um técnico que deve construir e usar instrumentos que meçam, entre outros, resultados escolares, inteligência, produtividade dos operários etc;

- Com a segunda geração, caracterizada pela descrição, nasce a chamada avaliação de programas: trata-se de identificar e descrever o processo e como a atividade atinge (ou não) seus resultados e não somente de medir resultados, como na geração anterior;
- A terceira geração se caracterizaria pelo julgamento e tem seu marco inicial a partir do final dos anos 50. O avaliador continua a exercer a função de descrever e mensurar agora acrescida daquela de estabelecer os méritos do programa avaliado, baseando-se em referenciais externos;
- E a Quarta Geração de Avaliadores seria uma alternativa aos referenciais anteriores, tendo como base uma avaliação inclusiva e participativa, na qual envolve todos os componentes participantes do processo: gestores, profissionais, usuários.

No Brasil, nas últimas décadas, diversas pesquisas acadêmicas vêm sendo realizadas, com vistas à avaliação de serviços de saúde, até a incorporação, pelo Ministério da Saúde, da necessidade de pesquisas avaliativas com vistas a subsidiar a elaboração de políticas e programas setoriais e a difusão de seus resultados, propondo a institucionalização da avaliação no sistema de saúde (FELISBERTO, 2006).

ENFOQUES TEÓRICOS

A avaliação como campo conceitual e de trabalho não está bem definida; o papel do avaliador carece de clareza e os conceitos da área são utilizados de formas diferentes, além do que são criados frequentemente novos conceitos que redundam numa imensa diversidade terminológica. Esta profusão do número e significados de conceitos ao mesmo tempo indica a riqueza do campo da avaliação e gera dificuldades à comunicação clara sobre o tema (FURTADO, 2001, PATTON, 1997).

Segundo STENZEL, MISOCZKY, OLIVEIRA, (2004), avaliar é emitir juízo de valor sobre as qualidades,

atributos ou propriedades de um objeto, uma ação, uma idéia, uma pessoa, entre outros. HORTALE, MOREIRA, KOIFMAN, (2004) apontam que a construção de instrumentos de avaliação se faz necessária, pois, reunindo técnicas e métodos científicos, constitui estratégia objetiva para examinar o funcionamento de instituições sociais. Ressaltam, entretanto, que o diagnóstico que se pode elaborar através de um instrumento de avaliação, por mais completo que seja, será algo provável, possível, mas nunca exato e verdadeiro. Ainda assim, esse olhar científico pode (e deve) servir como base para orientar de forma justa e objetiva a execução de planos, projetos e programas de gestão.

Para SYLVER, (1992) a avaliação constitui uma espécie de corte transversal no tempo e de visão mais ampla, um processo organizativo que visa não apenas à melhoria das atividades em andamento, mas, igualmente, planejar o futuro e a orientar sobre a tomada de decisões. E no campo da saúde, avaliação pode e deve ser das mais importantes atividades inerentes à gestão de serviços e programas, permitindo tanto a detecção de qualquer insuficiência ou erro quanto à realização de metas.

Na conceituação da Organização Mundial da Saúde, a avaliação é o processo de determinar qualitativa ou quantitativamente, mediante métodos apropriados, o valor de uma coisa ou de um acontecimento. Na prática, a Organização Mundial de Saúde vincula o processo avaliativo ao planejamento, já que a avaliação deveria ser utilizada para tirar lições da experiência e aperfeiçoar atividades em curso ou a serem implantadas (FURTADO, 2001, WHO, 1967, 1981, 2010).

Um dos quadros conceituais mais acatados no delineamento da avaliação dos serviços de saúde é, sem dúvida, aquele estabelecido por Donabedian. Para o autor, as áreas a merecer exame do avaliador de determinado estabelecimento de saúde ou dos profissionais cujo desempenho se busca aquilatar são: a estrutura, o processo e os resultados. A área de estrutura corresponde aos recursos utilizados, aqui incluídos, os físicos (planta e equipamento), recursos humanos, materiais, instrumental normativo e administrativo e mesmo as fontes de financiamento. A área de processo implica as atividades relativas à utilização de recursos, nos seus aspectos quantitativos e qualitativos e, finalmente, os resultados correspondem às consequências da atividade do estabelecimento de saúde ou do profissional em análise, para a saúde dos indivíduos ou das populações. Conclui que a melhor estratégia para a avaliação da qualidade requer a seleção de um conjunto de indicadores representativos das três abordagens. Donabedian também propôs a avaliação por meio dos, por ele denominados, sete pilares da qualidade: eficácia, efetividade,

eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade (DONABEDIAN, 1986, 1990, NOVAES, 2000, SISSON, 2007).

Para MEDRONHO *et al.*, (2008) eficiência implica em uma análise da relação entre custos e consequências, podendo ser medida ou sob condições próximas do ideal ou na prática diária. Para o mesmo autor a eficiência refere-se aos efeitos alcançados em relação ao esforço empreendido, em termos de custos, recursos e tempos que foram gastos para alcançá-los.

Embora exista alguma variação na literatura quanto aos conceitos de eficácia e efetividade, as definições adotadas pela OTA (Office Technology Assessment), agência norte-americana para avaliação tecnológica, têm sido amplamente utilizadas. Segundo esta agência, eficácia refere-se ao resultado de uma intervenção realizada sob condições ideais, bem controladas, como nos ensaios clínicos controlados ou em “centros de excelência”. Efetividade refere-se ao resultado de uma intervenção aplicada sob as condições habituais da prática médica, que incluem as imperfeições de implementação que caracterizam o mundo cotidiano. (PEREIRA, 2006)

A otimização torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. A aceitabilidade é o fornecimento de serviços de acordo com as normas culturais, sociais e de outra natureza, e com as expectativas dos usuários em potencial (DONABEDIAN, 1992). A legitimidade é a aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral. O conceito de equidade é relacionado à justiça social, ou seja, justiça na distribuição de bens sociais e materiais em uma sociedade, o que significa distribuição dos serviços de acordo com as necessidades da população (OPAS, 1994, PEREIRA, 2006).

DONABEDIAN, (1992) registra os limites do paradigma por ele elaborado, alertando para o fato de ser o mesmo uma versão simplificada da realidade. Considera também que a sua validade relaciona-se com a existência de relação causal entre os pares adjacentes (estrutura, processo e resultados), relação esta que é de probabilidade, e não de certeza. Sublinha, ainda, que as dificuldades encontradas para a distinção entre as três categorias do paradigma surgem mais frequentemente quando se separa o mesmo do âmbito clínico, para o qual ele foi desenhado, e se tenta utilizá-lo em outros tipos de avaliação

Outros autores propuseram variações ou agregaram outros componentes à tríade original. FREEBORN, GREENLICK, (1973) elegendo os “sistemas de cuidado ambulatorial” como objeto de análise, concluem que a avaliação deve aferir não só a efetividade técnica, mas

também o seu componente psicossocial, além da eficiência. A avaliação da efetividade psicossocial seria dada pela satisfação de usuários e profissionais, a qual seria aferida em relação à acessibilidade, à qualidade do cuidado, à relação interpessoal e à organização do sistema. A eficiência do sistema seria mensurada através da relação entre insumos (*input*) e produtos (*output*), bem como da relação entre custo e produto. Já DOLL, (1974) considera os atributos de eficácia, eficiência e aceitabilidade como abordagens a serem cruzadas matricialmente com aquelas de processo e resultados, por considerar a estrutura como parte do processo.

Para HARTZ, VIEIRA-DA-SILVA, (2005) a avaliação em saúde é um campo polissêmico e o termo exige a explicitação teórica e metodológica, tanto de gestores quanto de pesquisadores. É conceituada como um julgamento que pode variar desde a formulação de um juízo de valor dicotômico qualitativo ou quantitativo até uma análise que envolva o significado do fenômeno. A concepção ampliada de avaliação desdobra-se na proposição de superar a falsa oposição entre abordagens qualitativas versus quantitativas, de que o que importa no processo de investigação é a construção do objeto e a mobilização de todas as técnicas possíveis para analisá-lo. Mostram que a pesquisa avaliativa, como qualquer investigação científica, opera um recorte do real, de objeto construído pela conjugação de componentes teóricos e empíricos (modelo lógico) e, em última instância, ‘modelizado’ ou representado por referência a uma teoria (modelo teórico). A elaboração do modelo lógico - primeiro passo para a avaliação de um programa - envolve, portanto, explicitar seus componentes e suas inter-relações, mas também os fatores relevantes do contexto onde se desenvolve, descrevendo suas potenciais influências sobre os resultados esperados.

VIEIRA-DA-SILVA, (2005) evoca as referências de BOURDIEU, (1979, 1992) no sentido que dá ao conceito de “campo” em relação à avaliação. Segundo esta autora, o conceito de campo pode contribuir para uma concepção da avaliação muito mais abrangente do que aquela restrita à dimensão racional da ação, ajustando o conceito de “intervenção” ao de “práticas sociais”, onde estariam de modo particular as “práticas de saúde”.

A avaliação pode, segundo as funções que deve cumprir ser classificada em “somativa” ou “formativa”. A avaliação “formativa” visa fornecer informações para adequar e superar aspectos problemáticos do programa durante o seu andamento, enquanto a avaliação do tipo “somativa” fornece julgamentos sumários sobre aspectos fundamentais do programa, sendo frequentemente utilizada para deliberar sobre a continuidade ou o encerramento de um programa baseando-se na especificação de até que ponto os objetivos propostos foram atingidos. (FURTADO, 2001, BRITO, JESUS, 2009).

Na pesquisa de avaliação, o objetivo principal ou prioritário para o seu desenvolvimento é a produção de um conhecimento que seja reconhecido como tal pela comunidade científica, ao qual está vinculado, conhecimento que servirá como fator orientador de decisão quando se colocarem questões como viabilidade, disponibilidade de tempo e de recursos e demandas externas à pesquisa (GREENE, 1994, MOHR, 1995, MINAYO, 1992, ROSSI, FREEMAN, 1993, NOVAES, 2000).

No atual cenário da globalização vive-se uma apologia de se avaliar a qualidade na saúde (BENIGNA, NASCIMENTO, MARTINS, 2005). Sobre esse tema, a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010) define qualidade como sendo o serviço prestado de forma correta ao paciente, o qual conduz a um ótimo estado de saúde. Para PEREIRA, (2006) há o consenso entre os autores em afirmar que qualidade significa o grau de adequação ou excelência alcançado na execução das ações e serviços, medidos através de comparação com parâmetros apropriados. A dificuldade reside em definir, objetivamente, quais são os parâmetros que expressam qualidade e como medi-los adequadamente.

Quando se associa ao conceito da avaliação outro igualmente polissêmico – a *qualidade* – dando origem a novos construtos, a questão fica ainda mais complexa, uma vez que se tornam explícitas *tensões semânticas* e as dificuldades na utilização deste conceito, traduzindo o seu caráter multidimensional intrínseco ou extrínseco, abrangendo dimensões objetivas e subjetivas (BOSI, UCHIMURA, 2006, 2007).

Segundo DONABEDIAN, (1980 apud MAGLUTA *et al.*, 2009), o objetivo da avaliação da qualidade é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se autogovernarem, de modo a impedir a exploração ou a incompetência, e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos.

Cabe ainda distinguir “avaliação de qualidade” e “avaliação qualitativa”. Termos muitas vezes empregados como sinônimos. A avaliação de qualidade, que engloba a avaliação qualitativa, inclui dimensões de qualidade que admitem mensuração e objetivação (BOSI, UCHIMURA, 2007). Avaliação qualitativa corresponde à análise (compreensão) de dimensões que escapam aos indicadores e à linguagem quantitativa, voltando-se para a produção subjetiva que permeia os processos. No âmbito da avaliação qualitativa, além de incluir a visão do contexto, é também participativa, ou seja, privilegia não apenas a validação dos resultados pelos vários segmentos, mas a inserção dos diferentes atores (e interesses) implicados nos processos sob avaliação, buscando, assim, garantir distintas perspectivas, sobretudo a dos usuários quase sempre excluídos no

processo de formulação, pactuação e execução prática das ações (UCHIMURA, BOSI, 2002; BOSI, PONTES, VASCONCELOS, 2010).

Apesar das diversas conceituações acerca da avaliação em saúde entre os autores e seu emprego nas práticas de saúde, todos são unânimes em afirmar que a avaliação pode produzir informação tanto para a melhoria das intervenções em saúde como para o julgamento acerca de sua cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários a seu respeito. Com essa finalidade pode e deve-se mobilizar as estratégias e técnicas necessárias para as ações de saúde. (HARTZ, VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

AVALIAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA INSTITUCIONALIZAÇÃO

A institucionalização é entendida como uma estratégia presente em diversas ações/atividades, projetos e políticas, com o objetivo explícito de incorporar a avaliação no cotidiano de gestores e profissionais, partindo de uma visão abrangente dos processos avaliativos (WORTHEN, 1995). Trata-se de uma compreensão da avaliação que vai muito além da obrigação de prestar contas a organismos financiadores ou da simples medição de resultados para satisfação de agentes formuladores de programas e/ou políticas setoriais (FELISBERTO, 2006).

Para CAMPOS, (2000) a institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se dariam mediante a conformação de núcleos e de campos. O autor define núcleo como uma aglutinação de conhecimentos em um saber e campo como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão buscariam em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. Reconhece a necessidade da definição das identidades sociais para os campos de saber, mas sugere a flexibilização e abertura dos núcleos destes através de sua permeabilidade aos distintos campos de influência e às necessidades com as quais concretamente irão deparar-se no cotidiano.

Este preâmbulo em torno dos conceitos de “campo” e “núcleo” baseia-se em construir um processo avaliativo que extrapole a tríade mensuração-descrição-julgamento de um dado serviço ou programa. É importante estabelecer um processo que supere o “núcleo” da avaliação constituído em torno desta tríade, avançando em direção ao que possa vir a constituir-se no “campo” da avaliação (FURTADO, 2001).

A avaliação seria, então, construída e direcionada para o contexto específico em que será utilizada, realizada de forma compreensiva e incluída das diferentes construções dos grupos de interesse em torno do que está sendo avaliado. Adentraria assim, no campo de competência e responsabilidade voltada para a superação e renovação de questões intrínsecas aos programas, políticas e serviços de saúde (CAMPOS, 2000).

POUVOURVILLE, (1999) e NOVAES, (1999) defendem a convicção de que institucionalizar a avaliação corresponde a implantar políticas de avaliação de políticas e programas e, para tal, devem contemplar a necessidade da regulação, regulamentação, melhoria dos programas, garantia de qualidade dos processos e produtos, poder de comparabilidade, cobrança de compromissos e desempenho, perseguição de metas no sentido da melhoria da qualidade de vida e do bom estado de saúde da população, de desenvolvimento institucional e pessoal no sentido do bem-estar dos profissionais envolvidos. Devem também contemplar a participação de avaliadores externos, com vistas à realização de pesquisas avaliativas envolvendo enfoques e métodos diversos ou para a necessidade de avaliações formativas voltadas ao aprimoramento dos programas e projetos propostos.

BODSTEIN, (2002) destaca o papel que pode desempenhar a avaliação em saúde no sentido de resgatar o necessário compromisso entre a academia e os serviços, entre a pesquisa e a gestão, removendo obstáculos a essa aproximação e contribuindo para o desenvolvimento de uma cultura organizacional no sistema de saúde brasileiro que tenha a avaliação como atividade intrínseca e inseparável do planejamento e da gestão.

Institucionalizar a avaliação requer, além de melhorar a interação entre avaliar e tomar decisões, estratégias e recursos com vistas à produção de conhecimento e o treinamento de pessoal especializado. Vai além, quando traz à discussão o conceito de qualidade em saúde no que se refere à valorização de estratégias menos coercivas (e, portanto, mais participativas), além de criar estruturas de avaliação descentralizadas e flexíveis (TRAVASSOS, 1999).

HARTZ, (2000, 2002) enfatiza a exigência da definição de uma “política de avaliação para a avaliação de políticas” com um mínimo de diretrizes: os propósitos e recursos atribuídos à avaliação (estrutura); a localização e abordagens metodológicas da(s) instância(s) de avaliação (prática) bem como as relações estabelecidas com a gestão e a tomada de decisão (utilização). Para a autora a medida que a atenção à saúde exige respostas às necessidades de populações específicas com maior vulnerabilidade ou alto risco, a avaliação de programas

necessários para determinar estratégias de maior efetividade é consensualmente tida como indispensável.

SILVA, (1994, 1999) acrescenta que as novas responsabilidades municipais com a gestão do sistema de saúde requerem a incorporação da avaliação como componente do processo de planejamento, como atividade capaz de subsidiar as tomadas de decisões e como elemento auxiliar nas iniciativas voltadas para a mudança do modelo assistencial. A incorporação da avaliação como uma atividade sistemática ao interior da gestão municipal de saúde pode ser considerada como um dos indicadores de modificação do modelo assistencial.

A avaliação das ações de saúde vem ocupando lugar de destaque entre as ações de planejamento e gestão (BOSI, UCHIMURA, 2007). No Brasil, nos últimos anos, vem se delineando uma política de institucionalização da avaliação no âmbito da atenção básica a partir do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde que busca superar seus limites organizacionais propondo a institucionalização da avaliação no sistema de saúde, desenvolvendo diversas ações calcadas em algumas diretrizes: 1) Parcerias com instituições de ensino e pesquisa nacionais e internacionais, bem como com associações profissionais de reconhecido prestígio político e acadêmico; 2) Mobilização de atores institucionais por intermédio de processos amplamente participativos, que buscaram não apenas o estabelecimento de alianças no desenvolvimento de projetos, mas que permitiram, sobretudo, a adesão e incorporação de propostas de forma mais coerente com as múltiplas necessidades do sistema de saúde; 3) Identificação de fontes de financiamento e garantia de recursos orçamentários para os projetos; 4) Definição de estratégias organizacionais para qualificação de profissionais no campo da avaliação (BRASIL, 2005).

Entretanto, HARTZ, (2006) pontua que a Política Nacional de Avaliação ainda é incipiente, onde se observa a ausência de dispositivos legais, diretrizes, ou parâmetros que busquem claramente garantir a qualidade, credibilidade e reconhecimento da prática da avaliação. A autora defende a avaliação de políticas públicas e sociais do ponto de vista de sua formulação, aplicação técnica e dos usuários.

A completa institucionalização da avaliação seria, segundo WORTHEN, (1995) o resultado da total aceitação e do uso contínuo da avaliação. Ou, na lógica de PICCIOTTO, (2002) de *mainstreaming evaluation*, da disseminação de uma nova cultura com todos os riscos inerentes às mudanças daí decorrentes. SANDERS, (2002) define *mainstreaming* como o processo de fazer a avaliação uma parte integral das

operações diárias de uma organização. Para o autor, avaliação como *mainstreaming* seria parte integrante da ética do trabalho, da cultura e das responsabilidades do trabalho em todos os níveis.

Sendo assim, institucionalizar a avaliação adquire um sentido de incorporação à rotina das organizações de saúde, sendo entendida como uma demanda interna de acompanhamento de todo o processo de planejamento e gestão das políticas e/ou programas (FELISBERTO, 2004).

LIMITAÇÕES

Em poucos países do mundo é possível encontrar um ministro da saúde ou dirigente de um grande departamento de saúde que disponha de todos os recursos de que necessita para desenvolver suas ações de saúde. Melhorar os serviços existentes e ao mesmo tempo obter recursos adicionais para construção de novas ações — eis o problema com que se defrontam constantemente os administradores sanitários em países tanto desenvolvidos como em desenvolvimento (WHO, 1968). A avaliação, por indicar o melhor modo de utilização dos recursos disponíveis em dinheiro, pessoal e material, representa a única solução para o problema (RAMOS, 1974).

Segundo SANDERS, (2002), algumas razões mais frequentes para a não incorporação da avaliação como prática cotidiana são: 1) a incerteza quanto a seus benefícios; 2) a não visualização de resultados positivos como decorrência da prática da avaliação; 3) a possibilidade do aumento nos custos e a pouca evidência sobre a relação custo-benefício; 4) a pouca disponibilidade de avaliadores ou profissionais treinados para fazer avaliações; 5) a pouca evidência de efeitos positivos no trabalho dos profissionais avaliados.

No Brasil, diversas iniciativas voltadas para avaliação em saúde vêm sendo desenvolvidas de forma progressiva nas últimas décadas, tanto no âmbito das pesquisas acadêmicas, com vistas à avaliação de serviços de saúde, até a incorporação pelo Ministério da Saúde, de pesquisas avaliativas com vistas a subsidiar a elaboração de políticas e programas setoriais e a difusão de seus resultados (BOSI, UCHIMURA, 2007). Entretanto os avanços, na maior parte dos casos, constituíram-se em iniciativas pontuais, mediante pesquisas específicas, estudos de casos ou produção regular de dados sem a equivalente regularidade de análise dos mesmos, orientada para as necessidades da gestão (FELISBERTO, 2006). O próprio Ministério da Saúde identifica alguns dos limites dessas iniciativas: 1) a ausência ou insuficiência da explicitação das diretrizes

políticas e da definição estratégica que orientam a avaliação; 2) a fragmentação e a decorrente diversidade de orientações que presidem os processos de avaliação, impedindo que possam ser úteis a uma ação coordenada; 3) a ênfase em variáveis relacionadas a processo e; 4) avaliações de resultados pontuais e/ou espacialmente restritas (BRASIL, 2005).

As pesquisas de avaliação geralmente são desenvolvidas sob a coordenação de instituições acadêmicas, por iniciativa delas próprias, ou a partir de solicitações de instâncias públicas com elevado poder sobre a implementação ou reorientação de macro políticas (Ministérios ou Secretarias Estaduais, Legislativo e outros órgãos), nos quais, à distância dos avaliadores, ou de pelo menos parte da equipe responsável pelas principais decisões (não implicando a não-participação de avaliadores internos no processo), dada a valorização da máxima objetividade possível, é considerada uma condição necessária ao adequado desenvolvimento da investigação (NOVAES, 2000).

O contexto atual tendente à massificação da pesquisa em avaliação visando à eficiência dos programas merece reservas por parte dos avaliadores (HARTZ, 1999). Criar alternativas à hegemonia do aspecto financeiro na análise de intervenções bem como minimizar eventuais efeitos perversos aos grupos implicados nas mesmas parece ser alguns dos benefícios da instauração de processos avaliativos participativos (FURTADO, 2001).

O caráter político das práticas avaliativas é inegável e o afloramento de jogos de poder onde estas se realizam é freqüente, o que requer do avaliador atenção constante de modo a evitar cumplicidades de diversas ordens ou que se venha a sucumbir a pressões políticas e administrativas. O trabalho do avaliador não deve se limitar à execução de tarefas definidas por grupos particulares, mas nuançar ao máximo possível a diversidade que envolve o programa ou serviço avaliado (FURTADO, 2001).

Afinal, toda ação social se desenvolve em um contexto de complexidade crescente, envolvendo vários atores sociais, portadores de papéis, interesses, lógicas e linguagens diversos e não raramente contraditórios. A ação avaliativa é uma ação social específica, desenvolvida em ambientes complexos – programas ou serviços – nos quais não é possível atribuir significado específico a um elemento sem considerar a lógica e a interferência de outros (DENIS, CHAMPAGNE, 1997).

No entanto, a despeito de toda a complexidade de atores e posições envolvidos, a avaliação é, na maioria

das vezes, voltada para os gestores e/ou financiadores em detrimento do público-alvo, dos profissionais do programa ou serviço e dos parceiros institucionais e comunitários (FURTADO, 2001). A partir dessa constatação MERCIER, (1995) estabelece algumas proposições, dentre as quais: 1) a escolha das questões da avaliação determina o grupo de interesse privilegiado pela mesma; 2) os métodos epidemiológicos e quase-experimentais são pouco úteis para a intervenção direta; 3) existem em avaliação abordagens mais aptas que outras para favorecer a articulação entre intervenção e pesquisa; 4) a utilização de dados da avaliação visando ao planejamento de intervenções pode acarretar efeitos perversos aos usuários.

Para FURTADO, (2001) torna-se necessário, no processo avaliativo, a inclusão de diferentes e eventualmente divergentes julgamentos, a serem realizados a partir dos distintos pontos de vista dos grupos envolvidos com um programa ou serviço, o que justificará a inclusão de representantes de diferentes grupos de interesse no processo.

Outra limitação por parte dos avaliadores é a supervalorização da avaliação dos resultados, por ser tida como o último passo na cadeia ontológica da produção da qualidade em saúde (DONABEDIAN, 1980, AZEVEDO, 1991). Porém PUTNAM, (1996) afirma que é de extrema importância, quando se trata de caracterizar o desempenho institucional, trabalhar com indicadores de adesão e compromisso do poder público, por um lado, e co-responsabilização da população, por outro, antes de se avaliarem apenas resultados e impactos finais. Isto é, a visão do autor pressupõe a superação de uma perspectiva restrita que atrela a discussão da avaliação ao conceito e à necessidade de medidas de desempenho. Nesta visão restrita, medidas de desempenho são entendidas como eficiência de um setor, de um projeto ou de determinadas atividades em atingir suas metas com o menor custo possível. O conceito de efetividade, por sua vez, é entendido como a atividade de cumprir com objetivos propostos.

Os componentes e projetos que conjuntamente são implementados podem se alterar em função de contextos e problemas específicos. Entretanto, a diversidade das ações deve estar orientada sempre por uma perspectiva de institucionalização, que associa avaliação e gestão, que confere peso e especificidade às ações de avaliação, que pressupõe incorporação como cultura, mas que prevê a definição de espaços de sistematização constitutivos do campo da avaliação (BRASIL, 2005).

CONCLUSÕES

propostas para fortalecimento e expansão da institucionalização

A partir do princípio de que o ato de avaliar só agrega valor quando o conhecimento e o uso das informações produzidas geram aprimoramento institucional e profissional, se é defendido, portanto a institucionalização do campo da Avaliação em Saúde com a necessidade de se utilizar em conjunto ferramentas tais como: a decisão político-institucional, recursos financeiros, mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de recursos humanos (STEVENSON *et al.*, 2002).

A avaliação não deve ser vista apenas como um julgamento a priori, mas uma oportunidade de mudança. Não deve ser entendida com um fim em si mesmo, mas deve ser acompanhada por propostas que busquem implementar as mudanças (CAMPOS, 2005). Essa idéia de valor vai além do julgamento sobre o mérito do conhecimento como tal, mas pressupõe um posicionamento do avaliador e do avaliado sobre o conteúdo das conclusões, que incorpora e interage com o contexto no qual a avaliação se desenvolve (NOVAES, 2000).

Dessa forma, a avaliação tornar-se-ia, então, um artifício para produzir inovações, gerar conhecimentos, possibilitar renovações, como também interferir na renovação de políticas, programas, organizações de saúde participando nos processos de planejamento e execução, educação continuada bem como promover a capacitação dos envolvidos na condução de suas atribuições. (CAMPOS, 1999, 2000).

É de extrema importância o fomento de uma mobilização permanente em torno da temática da avaliação, a partir de possibilidades concretas que constituam atividades estruturantes para uma prática qualificada como também contribuam com o “aculturamento” do uso da avaliação como parte da gestão, sirvam de suporte para o (re)direcionamento de práticas, permitam avaliar o desempenho institucional e de seus profissionais, constituam-se em instrumentos para a produção e utilização do conhecimento, bem como favoreçam a formação e satisfação das pessoas e, assim,

qualifiquem a atenção à saúde (FELISBERTO, 2006).

A prática da pesquisa avaliativa no contexto da institucionalização deve contemplar a necessidade de: inclusão de diferentes pontos de vista e valores no processo avaliativo; viabilizar e ampliar a utilização dos resultados da avaliação; considerar o inevitável caráter político da pesquisa em geral e da pesquisa avaliativa em particular bem como capacitar os diferentes envolvidos com o programa ou serviço avaliado (FURTADO, 2001).

Dentro do contexto da capacitação, para BARNETTE, WALLIS, (2003) treinamentos em avaliação devem ser constantes e deveriam permear todos os níveis de uma organização. Os avaliadores treinados estarão prontos a formar parcerias importantes de aprendizagem, melhorando desta maneira as perspectivas da incorporação da avaliação na rotina diária das ações de saúde (FELISBERTO, 2006).

YUNES, (1999) descreve que tentativas de institucionalizar a avaliação no Brasil a partir da criação de Departamentos em Secretarias do Ministério da Saúde ou em outras instâncias organizacionais, parecem, por si só, não lograrem êxito. Não desconsiderando a importância e necessidade desses *locus* organizacionais, porém acredita-se na condição essencial que é ter a avaliação como prática introjetada ou vivenciada pelos atores institucionais.

Como conclusão, expandindo aqui o espaço para a opinião dos demais pesquisadores, vê-se que no Brasil, avanços estão sendo observados no que se refere à execução da avaliação como ação direcionadora no desenvolvimento das práticas de saúde, porém mostram-se incipientes no que diz respeito à inerência da avaliação como atividade integrante na rotina dos serviços, políticas e programas de saúde, portanto, o que defendemos aqui é o que FELISBERTO, (2004) denominou de “fomento da cultura avaliativa”, a qual requer a qualificação da capacidade técnica, nos diversos níveis do sistema de saúde, viabilizando uma efetiva associação das ações de monitoramento e avaliação como subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e à gestão, dando suporte à formulação de políticas, ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos.

REFERÊNCIAS

- 1 AZEVEDO AC. Avaliação de desempenho de serviços de saúde, *Rev. Saude Pública*, 25 (1): 64-71, 1991.
- 2 BANTA HD, PERRY SA. History of ISTAHC. A personal perspective on its first 10 years, *Int J Technol Assess Health Care*, 13 (3): 430-453, 1997.
- 3 BARNETTE JJ, WALLIS AB. Helping evaluators swim with the current: training evaluators to support mainstreaming, *New Directions for Evaluation*, 9 (3): 51-61, 2003.
- 4 BATTISTA RN, HODGE MJ. The development of health care technology assessment: an international perspective, *Int J Technol Assess Health Care*, 11 (2): 287-300, 1995.
- 5 BENIGNA M, NASCIMENTO W, MARTINS J. Pré-Natal no Programa Saúde da Família (PSF): Com A Palavra, Os Enfermeiros, *Cogitare Enfermagem*, 9 (2): 23-31, 2005.
- 6 BODSTEIN R. Atenção Básica na agenda da saúde, *Rev C S Col*, 7 (3):401-412, 2002.
- 7 BORDIEU P. *La distinction. Critique social du jugement*, Paris: Minuit, 1979, 670p.
- 8 BORDIEU P, WACQUANT LJD. *Repousses. Pour une anthropologie réflexive*, 1. ed. Paris: Seuil, 1992, 260p.
- 9 BOSI MLM, UCHIMURA KY. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: BOSI MLM, MERCADO F J. *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*, 1.ed. Petrópolis: Vozes, 2006, 376p.
- 10 BOSI MLM, UCHIMURA KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde, *Rev Saude Publica*, 41 (1): 150-153, 2007.
- 11 BOSI MLM, PONTES RJS, VASCONCELOS SM. Dimensões da qualidade na avaliação em saúde: concepções de gestores, *J. public health*, 44 (2):318-324, 2010.
- 12 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Considerações sobre a instituição de um processo de monitoramento e avaliação do SUS*. Brasília-DF, 2005. Nota Técnica.
- 13 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Área de economia da saúde e desenvolvimento. *Avaliação de tecnologias em saúde: Ferramentas para a gestão do SUS*. Brasília-DF, 2009. Série A: Normas e Manuais técnicos.
- 14 BRITO TA, JESUS CS. Evaluación de servicios de salud: aspectos conceptuales y metodológicos, *Rev. Ef. Deportes*, 139 (14): 1-7, 2009.
- 15 CAMPOS GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4 (2): 393-403, 1999.
- 16 CAMPOS GWS. *Um método para a análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: O Método da Roda*, 1.ed. São Paulo: Hucitec, 2000, 225 p.
- 17 CAMPOS CEA. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil*, 5 (1): 563-569, 2005.
- 18 DENIS JL, CHAMPAGNE F. Análise da implantação. In: HARTZ Z M A. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*, 1.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997, 131p.
- 19 DONABEDIAN A. The Quality of Medical Care. *Science*, 200 (4): 691-729, 1980.
- 20 DONABEDIAN A. Quality assurance in our health care system. *Qual. Assur. Utiliz. Rev*, 1 (1): 6-12, 1986.
- 21 DONABEDIAN A. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 114 (11):1115-1118, 1990.
- 22 DONABEDIAN A. The Role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance, *Qual. Rev. Bull*, 19 (3):356-360,1992.
- 23 DOLL R. Surveillance and monitoring. *International Journal of Epidemiology*, 3 (4): 305-314, 1974.
- 24 FELISBERTO E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. *Rev Bra Saúde Materno-Infantil*, 4 (3): 317-321, 2004.
- 25 FELISBERTO E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11 (3): 553-563, 2006.
- 26 FREEBORN DK, GREENLICK MR. Evaluation of the performance of ambulatory care system: research requirements and opportunities. *Medical Care*, 11 (2): 68-75, 1973.
- 27 FURTADO JP. A Constructivist method for health evaluation. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6 (1):165-181, 2001.
- 28 GUBA EG LINCOLN YS. *Fourth generation evaluation*, Newbury Park: Sage Publications, 1989. 296 p.
- 29 GREENE JC. Qualitative program evaluation: practice and promise. In: DENZIN NK, LINCOLN YS. *Handbook of qualitative research*, 1.ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994. 1099 p.
- 30 HARTZ ZMA. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over readymade, *Cad Saude Pública*, 15 (2): 229-259, 1999.
- 31 HARTZ ZMA. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento, *Divulg Saúde Debate*, 21 (2): 29-38, 2000.
- 32 HARTZ ZMA. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica, *Rev C S Col*, 7 (3): 419-421, 2002.
- 33 HARTZ ZMA, VIEIRA-DA-SILVA LM. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*, 1.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, 275p.
- 34 HARTZ ZMA. Princípios e padrões em meta avaliação: diretrizes para os programas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11 (3): 733-738, 2006.
- 35 HORTALE VA, MOREIRA CF, KOIFMAN L. Avaliação da qualidade de formação: contribuição à discussão na área de saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9 (4): 997-1003, 2004.
- 36 LAMBERT EC. *Modern medical mistakes*, 1.ed. Indiana: University Press, 1978, 190p.

- 37 LUCE BR, BROWN RE. The use of technology assessment by hospitals, health maintenance organizations and third party payers in the United States. *Int J Technol Assess Health Care*, 11 (1): 79-92, 1995.
- 38 MAGLUTA C, NORONHA MF, GOMES MAM, AQUINO LA, ALVES CA, SILVA R S. Estrutura de maternidades do Sistema Único de Saúde do Rio de Janeiro: desafio à qualidade do cuidado à saúde. *Rev. Bras. Saude Matern. Infant*, 9 (3): 319-329, 2009.
- 39 MAYNE J. Institutionalizing program evaluation in action-oriented evaluation in organizations. In: HUDSON J, MAYNE J, THOMLISON R. *Action oriented evaluation in organizations*, 1.ed. Toronto: Wall & Emerson, 1992. 276p.
- 40 MEDINA MG, AQUINO R, CARVALHO ALB. Avaliação da Atenção Básica: construindo novas ferramentas para o SUS. *Divulg Saúde Debate*, 21 (4):15-28, 2000.
- 41 MEDRONHO RA, BLOCH, KV, LUIZ R, WERNECK G L. *Epidemiologia*, 2.ed. São Paulo: Atheneu., 2008. 790p.
- 42 MENDES VLPS. Avaliação dos serviços de saúde pelos usuários: Questão de cidadania. *Rev. Baiana de Enfermagem*, 18 (2) : 97-110, 2003.
- 43 MERCIER C. *La contribution de l'évaluation au renouvellement des pratiques d'intervention en santé mentale et en toxicomanie. Actes du Colloque du Conseil Québécois de la Recherche Sociale*, 1.ed. Quebec : Chicoutimi, 1995, 87 p.
- 44 MINAYO MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*, 1.ed, São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1992, 269 p.
- 45 MOHR LB. *Impact analysis for program evaluation*, 1.ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 1995, 220p.
- 46 NOVAES HMD. Debate sobre o artigo de Zulmira Hartz. *Cad Saude Pública*, 15 (2): 250-251, 1999.
- 47 NOVAES HMD. Evaluation of health programs, services and Technologies. *Rev. Saude Pública*, 34 (5): 547-559, 2000.
- 48 OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. *Padrões e Indicadores de Qualidade para Hospitais (Brasil)*, OPAS/HSS, 1994.
- 49 PATTON MQ. *Utilization-focused evaluation*, 4. ed. Beverly Hills: Sage Publications, 1997, 640 p.
- 50 PEREIRA MG. *Epidemiologia: Teoria e Prática*, 10.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, 598p.
- 51 PERRY S, GARDNER E, THAMER M. The status of health technology assessment worldwide, *Int J Technol Assess Health Care*, 13 (1): 81-98, 1997.
- 52 PICCIOTTO R. The logic of mainstreaming – a development evaluation perspective. *Evaluation*, 8 (3): 322-339, 2002.
- 53 POUVOURVILLE G. Evaluation: the French chefs are still searching for “la nouvelle cuisine”, *Cad Saude Pública*, 15 (2): 248-250, 1999.
- 54 PUTNAM R. *Comunidade e democracia: A experiência da Itália moderna*, 1.ed. Rio de Janeiro: FGV, 1996, 220p.
- 55 RAMOS R. O problema da avaliação em saúde pública. *Rev. Saude Pública*, 8 (3): 305-314, 1974.
- 56 ROSSI P H, FREEMAN H E. *Evaluation: a systematic approach*. 1.ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 1993, 220p.
- 57 SANDERS JR. Presidential address: On Mainstreaming evaluation. *American journal of evaluation*, 23 (3): 253-259, 2002.
- 58 SCHRAIBER LB, PEDUZZI M, SALA A, NEMES MIB, CASTANHERA ERL, KON R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Rev C S Col*, 4 (2): 221-242, 1999.
- 59 SCRIVEN M. Evaluation: future tense. *American journal of evaluation*, 22 (3): 301-307, 2001.
- 60 SILVA LMV, FORMIGLI VLA. Health Evaluation: Problems and Perspectives, *Cad. Saude. Pública*, 10 (1): 80-91, 1994.
- 61 SILVA LMV. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde, *Ciência e Saúde Coletiva*, 4 (2): 331-339, 1999.
- 62 SILVA LK. Technology assessment in health care: methodological and operational questions, *Cad. Saude Pública*, 20 (2): 199-207, 2004.
- 63 SISSON MC. Métodos de Avaliação de Serviços e Programas de Saúde, *Rev. Bras. de Ciências da Saúde*, 11 (3): 265-276, 2007.
- 64 SOUZA HM. O PSF como indutor da institucionalização da avaliação na atenção básica. *Rev Bra Saude Família*, 6 (2):10-15, 2002.
- 65 STENZELACB, MISOCZKY MC, OLIVEIRAAI. Satisfação dos usuários dos serviços públicos de saúde. In: MISOCZKY MC, BORDIN R. *Gestão local em saúde: Práticas e Reflexões*, 1.ed. Porto Alegre: Dacasa, 2004, 236 p.
- 66 STEVENSON JF, PAUL F, MILLS DS, ANDRADE M. Building evaluation capacity in human service organizations: a case study. *Eval Program Plann*, 25(3): 233-243, 2002.
- 67 SYLVER L. Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde. In: GALLO E. *Planejamento Criativo: novos desafios em políticas de saúde*, 1.ed, Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992, 212 p.
- 68 TRAVASSOS C. Debate sobre o artigo de Zulmira Hartz. *Cad Saude Pública*, 15 (2): 246-247, 1999.
- 69 UCHIMURA KY, BOSI MLM. Quality and subjectivity in the evaluation of health services and programs. *Cad. Saude Pública*, 18 (6): 1561-1569, 2002.
- 70 VIEIRA-DA-SILVA LM. The field of evaluation and the “sur mesure” strategy. *Cad Saude Pública*, 15 (2): 247-248, 1999.
- 71 VIEIRA-DA-SILVA LM. Conceitos, abordagens e estratégias para 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*, 1.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, 275p.
- 72 WARNER KE, LUCE BR. *Cost-benefit and cost-effectiveness analysis in health care*. 1.ed, Ann Arbor: Health Administration Press, 1982, 230 p.
- 73 WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Kiel (1967). *Methods of evaluating public health programmes: report on a symposium* by Regional Office for Europe.
- 74 WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Copenhagen (1968). *Regional Office for Europe — Methods of evaluating public health programmes: report on a symposium*.

- 75 WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Genève (1981). *L'évaluation des programmes de santé: principes directeurs pour son application dans le processus gestionnaire pour le développement sanitaire national.*
- 76 WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Switzerland (2010). *Equity, social determinants and public health programmes.*
- 77 WORTHEN BR. Some observations about the institutionalization of evaluation. *Eval Pract*, 16 (1): 29-36, 1995.
- 78 YUNES J. Debate on the paper by Zulmira Hartz, *Cad Saúde Pública*, 15(2): 251-252, 1999.

CORRESPONDÊNCIA

Roberto Teixeira de Lima
Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde,
Campus I - Cidade Universitária, Mestrado em Ciências da
Nutrição, 2º andar,
João Pessoa – Paraíba - Brasil CEP 58.059-900

E-mail

robtex@ibest.com.br