



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

PATRICIA FEITOZA SANTOS

**Meta-avaliação do programa de melhoria do acesso e qualidade da atenção
básica (PMAQ-AB) em Ubajara-ce: um estudo de caso**

**SOBRAL-CEARÁ
2015**

PATRICIA FEITOZA SANTOS

**Meta-avaliação do programa de melhoria do acesso e qualidade da atenção
básica (PMAQ-AB) em Ubajara-Ce: um estudo de caso**

Dissertação de Mestrado
apresentado ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde da
Família da Universidade
Federal do Ceará, como
requisito para obtenção do título
de Mestre em Saúde da Família

Orientador

Prof. Dr. Percy Antonio Galimbertti Catanio.

**SOBRAL-CEARÁ
2015**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S237m Santos, Patricia Feitoza.

Meta-avaliação do programa de melhoria do acesso e qualidade da atenção básica (PMAQ-AB) em Ubajara-Ce : um estudo de caso / Patricia Feitoza Santos. – 2015.
124 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2015.

Orientação: Prof. Dr. Percy Antonio Galimberti Catanio.

1. Meta-Avaliação. 2. Avaliação. 3. Atenção Básica. 4. PMAQ-AB. I. Título.

CDD 610

AGRADECIMENTOS

Ao Bom **Deus**, por iluminar sempre o meu caminho, me abençoando com tantas graças.

Aos meus pais (in memoriam) pela educação, princípios e valores, transmitidos no decorrer de minha vida.

Ao meu marido **Sá Filho**, pela compreensão e apoio ao longo dessa caminhada.

À minha irmã **Rejane** pelas palavras de força e perseverança ao longo de minha vida.

Ao professor, orientador e amigo **Percy** pela atenção e apoio que me concedeu no decorrer do curso.

À minha amiga **Cheila Portela**, grande impulsionadora da minha escolha e seleção para o mestrado.

Às minha amiga **Elizangela** pela serenidade, colaboração, paciência.

Às minhas amigas de trabalho **Raquel e Kamylla** que acompanharam minhas dores e conquistas ao longo da caminhada.

Aos meus chefes diretos, secretários municipais de Saúde pelo incentivo e pela compreensão dos períodos de ausência em função dos compromissos acadêmicos.

Aos que se preocuparam comigo e torceram por mim para que o curso fosse realizado com sucesso, os meus sinceros agradecimentos.

Se o dinheiro for sua esperança de independência, você jamais a terá. A única segurança verdadeira consiste numa reserva de sabedoria, de experiência e de competência. (Henry Ford)

RESUMO

As mudanças ocorridas no campo da saúde através do desenvolvimento de tecnologias, envelhecimento das populações, crises das finanças torna as avaliações um importante mecanismo para responder às necessidades de informação dos responsáveis pelas decisões. Da mesma forma que a avaliação se faz necessária, avaliar a avaliação também pode auxiliar nas tomadas de decisões no campo da saúde. Diante disso esta Dissertação tem por finalidade realizar a Meta-Avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) que possui em uma de suas fases a Avaliação Externa. Para isso foi utilizado os padrões meta avaliativos do Joint Committee (1994), que são: Utilidade, Viabilidade, Propriedade e Precisão. Através desses padrões a pesquisa tem o intuito de observar se o PMAQ-AB possui técnicas que respondem a uma avaliação coerente, dentre elas, se responde às necessidades de informação dos envolvidos (UTILIDADE), se o PMAQ-AB foi planejado evitando-se o desperdício de recursos (VIABILIDADE), se protegem os direitos dos sujeitos envolvidos e afetados pela avaliação (PROPRIEDADE), se produz e revela uma informação exata e confiável (PRECISÃO). Para responder tais questionamentos foi elaborado um questionário que foi respondido por profissionais que fazem parte do programa, dentre eles, quatro médicos, sete enfermeiros, cinco técnicos em Enfermagem, três auxiliares de Saúde Bucal, três dentistas e dezessete agentes Comunitários de Saúde no período de fevereiro a maio de 2015. Os médicos, dentistas e ASB não qualificaram com notas muito boas o programa. Já os enfermeiros, Técnicos em Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde qualificaram o Programa como BOM e MUITO BOM. Após a junção de todas as categorias profissionais a pesquisa mostrou que a maioria dos profissionais considera o PMAQ-AB aceitável nos padrões UTILIDADE e PROPRIEDADE, e satisfatório nos padrões VIABILIDADE e PRECISÃO. O PMAQ- AB, de um modo geral, atendeu aos critérios de uma avaliação coerente.

PALAVRAS CHAVES: Meta-Avaliação, Avaliação, Atenção Básica, PMAQ-AB.

ABSTRACT

The changes in the field of health through the development of technologies, aging populations, finance crisis makes assessments an important mechanism to address the information needs of decision makers. Just as the evaluation is needed to assess the evaluation can also assist in decision making in the health field. Thus this Master aims to carry out the Meta-Evaluation of Access Improvement Programme and Quality of Primary Care (PMAQ-AB) that has in one of its phases the External Evaluation. For this we used the evaluative goal of the Joint Committee standards (1994), which are: utility, feasibility, property and accuracy. By these standards the research aims to observe the PMAQ-AB has techniques that respond to a coherent assessment, among them, it responds to stakeholder information needs (UTILITY) if the PMAQ-AB was planned to avoid it waste of resources (VIABILIADE), to protect the rights of those involved and affected by the evaluation (PROPRIETARY), produces and shows an accurate and reliable information (PRECISION). To answer these questions we designed a questionnaire that was answered by professionals who are part of the program, including four doctors, seven nurses, five technicians in Nursing, three oral health aids, three dentists and seventeen Community Health agents in the period February to May 2015. the doctors, dentists and ASB did not qualify with very good grades the program. Already nurses, technicians Nursing and Community Health Agents described the program as GOOD and VERY GOOD. After uniting all professional categories research has shown that most professionals consider the PMAQ-AB acceptable standards in UTILITY and PROPERTY, and satisfactory in FEASIBILITY and ACCURACY standards. The PMAQ- AB, in general, met the criteria for a coherent assessment.

KEY WORDS: Meta-evaluation, Evaluation, Primary Healthcare, PMAQ-AB

ILUSTRAÇÕES

LISTA DE QUADROS

Quadro I: Intervalo de notas para critérios de resultado dado pelos profissionais	23
Quadro II : As etapas da história da avaliação	25
Quadro III: Atributos e padrões de avaliação de programas educacionais	41
Quadro IV. Estratos para comparação de municípios com realidades socioeconômicas e demográficas semelhantes.	56
Quadro V: Dimensão e Subdimensão da AMAQ	58
Quadro VI: Dimensões componentes do documento síntese para avaliação externa	63
Quadro VII. Níveis de certificação das equipes a partir do desempenho no programa	64
Quadro VIII do resultado para a Categoria PROPRIEDADE/ENFERMEIRO ...	70
Quadro IX: resultado para a categoria PRECISÃO/ENFERMEIRO	72
Quadro X : Resultado para a categoria UTILIDADE/ACS	74
Quadro XI: Resultado para a categoria VIABILIDADE/AC.....	89
Quadro XII: Resultado para a PROPRIEDADE/ACS	76
Quadro XIII: Resultado para a PRECISÃO/ACS	78
Quadro XIV: resultado para Categoria UTILIDADE/Dentistas.....	79
Quadro XV: Resultado para Categoria VIABILIDADE/Dentistas	80
Quadro XVI: resultado para Categoria PROPRIEDADE/Dentistas	81
Quadro XVII: Resultado para Categoria PRECISÃO/Dentistas	82
Quadro XVIII: Resultado para Categoria UTILIDADE/Médicos	84
Quadro XIX: Resultado para Categoria VIABILIDADE/Médicos	85
Quadro XX: Resultado para Categoria PROPRIEDADE/Médicos	87
Quadro XXX: Internações sensíveis da Atenção Básica.....	102
Quadro XXI : Resultado para Categoria PRECISÃO/Médicos	90
Quadro XXII: Resultado para Categoria UTILIDADE/Técnicos em Enfermagem.....	91
Quadro XXIII: Resultado para Categoria VIABILIDADE/Técnicos em Enfermagem	92
Quadro XXIV: Resultado para Categoria PROPRIEDADE/Técnicos em Enfermagem	93
Quadro XXV: Resultado para Categoria PRECISÃO/Técnicos em Enfermagem	94
Quadro XXVI: Resultado para Categoria UTILIDADE/ASB.....	95
Quadro XXVII: Resultado para Categoria VIABILIDADE/ASB	96
Quadro XXVIII: Resultado para a categoria PROPRIEDADE/ASB	96

LISTA DE TABELAS

<u>Tabela 1: Indicadores de Desempenho e Monitoramento.....</u>	59
<u>Tabela 02: Notas, Médias e Resultado para o padrão Utilidade dadas pelo Enfermeiro:.....</u>	67
<u>Tabela 03: Notas, Médias e Resultado para o padrão VIABILIDADE dadas pelo Enfermeiro:.....</u>	68
<u>Tabela 4: Notas, Médias e Resultado para o padrão PROPRIEDADE dadas pelo Enfermeiro:.....</u>	70
<u>Tabela 5: Notas, Médias e Resultado para o padrão PRECISÃO dadas pelo Enfermeiro:.....</u>	71
<u>Tabela 6: Notas, Médias e Resultado para o padrão UTILIDADE dadas pelo ACS:.....</u>	73
<u>Tabela 7: Notas, Médias e Resultado para o padrão VIABILIDADE dadas pelo ACS:.....</u>	74
<u>Tabela 8: Notas, Médias e Resultado para o padrão PROPRIEDADE dadas pelo ACS:.....</u>	75
<u>Tabela 9: Notas, Médias e Resultado para o padrão PRECISÃO dadas pelo ACS:.....</u>	77
<u>Tabela 10: Figura Notas, Médias e Resultado para o padrão UTILIDADE dadas pelos Dentistas:.....</u>	79
<u>Tabela 11: Notas, Médias e Resultado para o padrão VIABILIDADE dadas pelos Dentistas.....</u>	80
<u>Tabela 12: Notas, Médias e Resultado para a categoria PROPRIEDADE dadas pelos Dentistas.....</u>	81
<u>Tabela 13: Notas, Médias e Resultado para o padrão PRECISÃO dadas pelos Dentistas.....</u>	82
<u>Tabela 14: Notas, Médias e Resultado para o padrão UTILIDADE dadas pelos Médicos.....</u>	84
<u>Tabela 15: Notas, Médias e Resultado para o padrão VIABIIDADE dadas pelos Médicos.....</u>	85
<u>Tabela 16: Notas, Médias e Resultado para o padrão PROPRIEDADE dadas pelos Médicos.....</u>	87
<u>Tabela 17: Notas, Médias e Resultado para o padrão PRECISÃO dadas pelos Médicos.....</u>	89
<u>Tabela 18: Notas, Médias e Resultado para o padrão UTILIDADE dadas pelos Técnicos em Enfermagem.....</u>	91
<u>Tabela 19: Notas, Médias e Resultado para o padrão VIABILIDADE dadas pelos Técnicos em Enfermagem.....</u>	92
<u>Tabela 20: Notas, Médias e Resultado para o padrão PROPRIEDADE dadas pelos Técnicos em Enfermagem.....</u>	92
<u>Tabela 21: Notas, Médias e Resultado para o padrão PRECISÃO dadas pelos Técnicos em Enfermagem.....</u>	94

<u>Tabela 22: Notas, Médias e Resultado para o padrão UTILIDADE dadas pelos ASB</u>	94
<u>Tabela 23: Notas, Médias e Resultado para o padrão VIABILIDADE dadas pelos ASB</u>	95
<u>Tabela 24: Notas, Médias e Resultado para o padrão PROPRIEDADE dadas pelos ASB</u>	96
<u>Tabela 25: Notas, Médias e Resultado para o padrão PRECISÃO dadas pelos ASB</u>	97
<u>Tabela 26: Resultado Final após escores dados pelos profissionais</u>	98
<u>Tabela 27: Desempenho dado por ESF após avaliação externa/2014</u>	99
<u>Tabela 28: Comparativo do 1º e 2º ciclo desempenho PMAQ-AB</u>	101
<u>Tabela 29 : Constatações da Equipe de Auditoria da ESF 3</u>	102

LISTA DE FIGURAS

<u>Figura 1: Critério após escores</u>	66
<u>Figura 2: Critério após escores</u>	66
<u>Figura 3: Critério após escores</u>	66

LISTA DE GRÁFICOS

<u>Gráfico 1 : Resultado Final para a Categoria Utilidade dada pelo Enfermeiro .</u>	68
<u>Gráfico 2: Resultado Final para a Categoria Viabilidade/Enfermeiro</u>	69
<u>Gráfico 3: Resultado Final após escores dados pelos profissionais.....</u>	98

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	19
2.1 GERAL:	20
2.2 ESPECÍFICOS:	20
3 METODOLOGIA	21
3.1 CENÁRIO DE ESTUDO	21
3.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO	21
3.4 CONSTRUÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	23
4.1 AVALIAÇÃO: histórico e conceitos	25
4.2 AVALIAÇÃO VISANDO A MELHORIA DA QUALIDADE NA SAÚDE	31
4.2 META AVALIAÇÃO	33
4.3 PADRÕES DA META-AVALIAÇÃO	35
4.3.1 A categoria Utilidade.....	37
4.3.2 Categoria Viabilidade.....	38
4.3.3 Categoria Propriedade.....	39
4.3.3 Categoria Precisão	40
4.4 ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE	47
4.5 DIFERENTES ESTRATÉGIAS PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	50
4.6 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB): ESTRATÉGIA PARA QUALIFICAÇÃO DA AB.	53
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	65
6 CONCLUSÃO	103
7 REFERÊNCIAS	106
APENDICE A (TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO)	116
APENDICE B (TERMO DE CONSENTIMENTO DO USO DO BANCO DE DADOS)	116
APENDICE C(QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS)	120

1 INTRODUÇÃO

Por meio da avaliação, verificamos avanços e entraves que nos permitem intervir, problematizar redefinir caminhos e rumos a serem percorridos. Refletir é também avaliar e avaliar é rever, observar erros e acertos, planejar, estabelecer objetivos e metas. Na vida estamos constantemente nos avaliando e fazendo escolhas para melhorar cada vez mais.

Para Sacristán (1998), estudar avaliação é entrar na análise de toda a pedagogia que se pratica. Reflexões acerca das concepções de avaliação e experiências institucionais estão ocorrendo nos espaços sociais.

No campo da saúde, a ação combinada do desenvolvimento das tecnologias, da crise das finanças públicas e do envelhecimento das populações força os governos a controlar o crescimento dos custos e a continuar, ao mesmo tempo, garantindo a todos, em um contexto em que as expectativas não param de crescer, acesso equitativo a serviços de qualidade. (SALTMAN e FIGUERAS,1997)

O sistema de saúde é muito complexo: as relações entre os problemas de saúde e as intervenções suscetíveis de resolvê-los são em parte impregnadas pela incerteza, e as regras econômicas de alocação dos recursos não se aplicam. Dessa forma a avaliação constitui um dos melhores mecanismos para responder às necessidades de informação dos decisores, que devem justificar suas escolhas para públicos cada vez mais exigentes. (DRUMMOND et al.,1998)

Contandriopoulos (2011) comenta que em todos os países industrializados há uma tensão entre as expectativas crescentes da população em matéria de cuidados e a necessidade de controlar os gastos de saúde. Afirma-se que os sistemas de saúde não respondem mais às necessidades da sociedade, que sua viabilidade é comprometida e que, para melhorar seu desempenho é preciso reformá-los de forma aprofundada.

Hartz (1999) diz que os atores do sistema de saúde estão de acordo sobre a necessidade de institucionalizar uma verdadeira cultura da avaliação. A autora fala que todos reconhecem a importância do que é habitualmente chamado de “ciclo de Deming”:

planejar, implementar avaliar e melhorar. Porém, tal consenso é suficiente para que a prática da avaliação seja institucionalizada?

Nesse contexto, torna-se necessário avaliar a própria avaliação, como sistema institucionalizado de auxílio à tomada de decisão no campo da saúde. (LEMIEUX e CHAMPAGNE, 2004).

Conhece-se a importância da avaliação para a melhoria dos resultados, projetos, programas e serviços dirigidos a diferentes segmentos da sociedade, no entanto a condução adequada dessas avaliações pode ser posta em cheque, isto é, verificada por meio de meta-avaliações. Meta- Avaliação foi definida como a avaliação de uma avaliação. (HARTZ, 2011).

Diante da importância de se institucionalizar a avaliação e depois avaliar a avaliação, este estudo é uma pesquisa avaliativa concernente ao Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Trata-se da meta-avaliação do PMAQ-AB visto que este programa já traz em uma de suas fases a Avaliação realizada pelo Ministério da Saúde.

Ao analisar as práticas e experiências avaliativas em diferentes ciclos do PMAQ-AB nas quais ocorre a Avaliação da Atenção Básica em vários aspectos, e respeitando a especificidade de cada uma delas, formulo os seguintes problemas de pesquisa: o PMAQ atende aos critérios de uma Avaliação coerente? Avaliar a Avaliação trará melhorias para os processos avaliativos? Dessa forma os seguintes problemas de pesquisa tentam descobrir se a Avaliação feita pelo PMAQ atende aos pré- requisitos de uma Avaliação adequada (mérito) e à necessidade de informações dos interessados (valor) e considerando-se a inexistência de normas-associativas ou governamentais de avaliação no Brasil, a pesquisa trabalhou com princípios que facilitou a construção e o uso dos padrões de qualidade para a meta-avaliação do PMAQ-AB. Assim reúno as possíveis contribuições do estudo para o aprimoramento do processo avaliativo do PMAQ-AB, através da Meta-Avaliação.

O estudo se propôs a analisar e avaliar as práticas avaliativas do PMAQ-AB à luz dos padrões de referência da Avaliação: Utilidade, Viabilidade, Propriedade e Precisão do Joint Committee, pois se considera de extrema relevância discussões para

a construção de propostas de avaliação da saúde no Brasil. Além da relevância da discussão sobre o assunto, esta pesquisa tem o intuito de contribuir para a reflexão das instituições de saúde que realizam avaliações sistemáticas em busca da melhoria de seus processos de trabalho.

Para o desenvolvimento do trabalho as hipóteses formuladas foram: O PMAQ em Ubajara-CE atendeu aos padrões de coerência teórica e prática da meta-avaliação. A Realização de uma meta-avaliação para o PMAQ-AB contribui para o avanço na qualidade da Avaliação para a Saúde da Família.

A experiência de avaliar a avaliação que se pratica na Atenção Básica a Saúde, de forma a aperfeiçoar normas, processos e instrumentos da avaliação, será de grande valia para os demais níveis de atenção a saúde no amadurecimento das questões avaliativas que podem surgir em novas propostas.

A Meta-avaliação foi definida literalmente por Scriven(1991, apud Elliot, 2011) como “a avaliação de uma avaliação”. Penna Firme e Letichevsky (2002) também a definem assim porque ela requer que todo o processo avaliativo seja sempre avaliado e, de maneira flexível, reformulado quando necessário. A flexibilidade da avaliação é expressa quando ela própria se coloca em julgamento, de acordo com Depresbitteris(2005). No processo avaliativo, informações e juízos devem ser escolhidos, desenvolvidos e analisados para serem válidos e não sujeitos a distorções. “Pela meta avaliação, objetivos, metodologias, instrumentos, formas de coleta, análise e critérios de avaliação devem ser analisados de acordo com critérios pré-estabelecidos” (Depresbitteris, 2005,p.20)

Os padrões de uma avaliação de qualidade servem de norte para a realização de meta-avaliações. Aguiar (2013) diz que os padrões da avaliação, aprovados pelo JCSEE e publicados na 3ª edição do livro *The Program Evaluation Standards*, de autoria de Yarbrough et al. (2011). Estes autores afirmam que os padrões possuem duas características principais. Em primeiro lugar, os padrões definem e identificam a qualidade da avaliação e guiam avaliadores e usuários da avaliação na busca da qualidade da avaliação. Em segundo lugar, eles esclarecem que os padrões não são “leis”, mas declarações voluntárias e consensos desenvolvidos com a

participação ampla das partes interessadas e discutidas, revistas e aprovadas pelos membros do JCSEE, seguindo os procedimentos da *American National Standards Institute* (ANSI).

Para referendar a pesquisa, optamos pelos padrões de avaliação do *The Program Evaluation Standards* (1994), em quatro grandes categorias - utilidade, viabilidade, propriedade e precisão.

A utilidade “assegura que a avaliação atenda às necessidades de informação prática para os usuários” (Penna Firme; Letichevsky, 2002). A viabilidade relata se a avaliação é realista e moderada nos custos, de modo a justificar sua avaliação: A Propriedade é para se saber se a Avaliação foi conduzida eticamente, com respeito ao bem estar dos envolvidos; A precisão e acurácia asseguram se a avaliação divulga e transmite informações sobre o valor ou mérito dos programas avaliados com a devida validade. (HARTZ et al, 2008).

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi instituído pela portaria de N°1.654 GM/MS do dia 19 de julho de 2011 (BRASIL, 2011). É um programa voltado para a qualificação da atenção básica, que procura estimular a instituição de processos que ampliem a capacidade de gestão dos entes federados, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à atenção básica em saúde. Além disso, formulam-se soluções para viabilizar um desenho do programa que possa permitir uma ampliação do acesso e melhoria da qualidade em atenção básica em todo o Brasil. (BRASIL, 2012).

O programa possui quatro fases que as explicarei melhor nos capítulos subsequentes, mas resumidamente são as seguintes: **a primeira fase** configura a etapa formal de adesão ao Programa através da contratualização de compromissos e indicadores entre as EAB e os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde, desenvolvendo um processo que envolve pactuação local, regional e estadual e o estímulo à efetivação do controle social, **a segunda fase** engloba o desenvolvimento do conjunto de ações que serão realizadas pelas equipes de atenção básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde. Essa fase está organizada em quatro dimensões, sendo Autoavaliação, Monitoramento, Educação Permanente e Apoio

Institucional, **a terceira fase**, é a Avaliação Externa que é composta de diversas etapas para certificação das equipes, tendo como resultado a geração de um escore a partir do somatório de três componentes: autoavaliação, indicadores de desempenho e dimensões da avaliação externa (BRASIL, 2011a; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012). É a partir da certificação concedida nesta fase(3ª), que os municípios terão a ideia de que suas ações e/ou estratégias estão adequadas ou não para a melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica. Por último a **quarta fase** chamada de Recontratualização, é que os municípios terão oportunidade a partir da nota dada na terceira fase, de continuar no programa e aderir mais equipes. (BRASIL, 2011)

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL:

- Investigar se os Padrões de Meta-Avaliação do Joint Committee foram assegurados pelo PMAQ-AB

2.2 ESPECÍFICOS:

- Apreciar se os padrões de **Utilidade** foram assegurados pelo PMAQ-AB visando garantir as necessidades de informações dos usuários.
- Analisar se os padrões de **Viabilidade** foram atingidos pelo PMAQ-AB objetivando que a avaliação será realista, prudente.
- Observar se os padrões de **Propriedade** foram utilizados visando a condução de uma avaliação dentro de normas legais e éticas.
- Avaliar se a **Precisão ou Acurácia** foram utilizadas revelando e produzindo informações adequadas.

3 METODOLOGIA

3.1 CENÁRIO DE ESTUDO

A presente pesquisa foi desenvolvida no município de Ubajara-CE que dispõe de uma área territorial de 421 km², com 31.787 habitantes(2010), localizando-se na Chapada da Ibiapaba. Limita-se ao sul com o município de Ibiapina e Mucambo ao norte com o Município de Tianguá e Frecheirinha , ao leste com o Município de Mucambo e Coreaú e a Oeste com o Estado do Piauí;a uma distância de 304km da Capital do Estado através da CE187 e BR 222, sua sede está a uma altitude de 847,5m, possuindo um clima ameno, com temperatura média anual de 22°C,e densidade demográfica de 93,69hab/km (IBGE 2010). Atualmente Ubajara-CE possui 15 Estratégias de Saúde da Família sendo que 7 Equipes aderiram ao PMAQ-AB (BRASIL, 2015).

3.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa aplicada, realizado com técnicas meta-avaliativa, com abordagem quantitativa tendo como método de procedimento e meios técnicos de investigação o estatístico e procedimento técnico realizado através de SURVEYS e estudo de caso.

De acordo com GIL (2008), uma pesquisa é aplicada quando objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática dirigida à solução de problemas específicos, envolvendo verdades e interesses locais.

Do ponto de vista de abordagem do problema, é uma pesquisa quantitativa, pois de acordo com Prodanov e Freitas(2013) este tipo de abordagem traduz em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas.

A obtenção dos dados necessários foi realizada através de Surveys. O delineamento por surveys ocorre quando envolve a interrogação direta das pessoas cujo comportamento desejou conhecer através de algum tipo de questionário. Em geral,

procedemos à solicitação de informações a um grupo significativo de pessoas acerca do problema estudado para, em seguida, mediante análise quantitativa, obtermos as conclusões correspondentes aos dados coletados. (PRODANOV; FREITAS 2013)

Na maioria dos levantamentos,

[...] não são pesquisados todos os integrantes da população estudada. Antes selecionamos, mediante procedimentos estatísticos, uma amostra significativa de todo o universo, que é tomado como objeto de investigação. As conclusões obtidas a partir dessa amostra são projetadas para a totalidade do universo, levando em consideração a margem de erro, que é obtida mediante cálculos estatísticos. (GIL, 2010, P.35)

Segundo Gil (2008), os levantamentos por amostragem desfrutam hoje de grande popularidade entre os pesquisadores sociais, a ponto de muitas pessoas chegarem mesmo a considerar pesquisa e levantamento social a mesma coisa. Em realidade, o levantamento social é um dos muitos tipos de pesquisa social que, como todos os outros, apresenta vantagens e limitações. Entre as principais vantagens dos levantamentos, estão: conhecimento direto da realidade; economia e rapidez; quantificação.

De acordo com GIL (2008), o estudo de caso representa a estratégia preferida quando colocamos questões do tipo “como” e “por que”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real.

Assim os questionários tiveram perguntas voltadas para os critérios meta-avaliativos de Utilidade, Viabilidade, Propriedade, Precisão pela Avaliação do Joint Committee (1994).

3.3 SELEÇÃO DA AMOSTRA

A amostra do estudo foram os profissionais que trabalham na ESF de Ubajara-CE, especificamente nas Equipes que aderiram ao PMAQ-AB. Dentre esses profissionais foram questionados: 7 enfermeiros, 5 técnicos em enfermagem, 17 ACS, 3

Cirurgiões Dentistas, 3 Auxiliar de Saúde Bucal e 4 Médicos no período de fevereiro a maio de 2015

Além do levantamento por SURVEY também foram utilizados dados secundários do Ministério da Saúde referentes à certificação das equipes no 1^o e 2^o ciclo. Através dessas certificações que são feitas principalmente pela análise de indicadores de saúde e outros critérios de avaliação, comparei o que foi alcançado com os padrões meta-avaliativos observando se a Avaliação foi Coerente com os critérios do JOINT COMMITTEE(1994).

3.4 CONSTRUÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Foi elaborado um questionário com os padrões meta avaliativos do JOINT COMMITTEE (1994): utilidade, viabilidade, propriedade e precisão. Cada profissional entrevistado respondeu sobre cada padrão apresentado pontuando através de notas de zero a dez. (APENDICE C).

Os dados coletados através dos questionários foram colocados em planilha eletrônica (Excel) separados por profissões. Foram entrevistados sete enfermeiros, dezessete agentes comunitários de saúde, três dentistas, quatro médicos, cinco técnicos em enfermagem, e três ASB, num total de 39 profissionais. Para cada padrão foi calculado as médias conforme os resultados apresentados.

Assim, os enfermeiros, médicos, dentistas, ACS, ASB, técnicos em enfermagem, responderam de 0 a 10 o que consideraram em cada padrão meta avaliativo (APENDICE C). Após as notas foi realizada a média de cada padrão e posteriormente foi dado um primeiro resultado respeitando os seguintes intervalos proposto por Stufebeam (1999):

Quadro I: Intervalo de notas para critérios de resultado dado pelos profissionais

Excelente	9,0-10,0
Muito Bom	7,0 -8,9
Bom	3,0 – 4,9
Pobre ou crítico	< 3,0

Fonte: Stufebeam (1999)

Após as pontuações dadas para cada caso, os escores foram reclassificados adotando-se como ponto de corte os valores abaixo:

Insatisfatório: <33,33%

Alcançado: 33,33- 66, 6%

Satisfatório: > 66,6%

Após cálculo da média de cada profissional reuniu-se as médias de todos e obtivemos um resultado final para o Programa de Melhoria do acesso e Qualidade da Atenção Básica de acordo com os padrões meta avaliativos.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa utilizou dados referentes às respostas dos surveys aplicados após apreciação do Comitê de Ética (PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_1191744) e obedeceu à Resolução 466 de 2012 do Conselho nacional de Saúde.

Utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). (APENDICE A)

Além do TCLE esta pesquisa possui o TERMO DE CONSENTIMENTO DE AUTORIZAÇÃO PARA BANCO DE DADOS, que foi assinado pela Secretária de Saúde.(APENDICE B)

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 AVALIAÇÃO: histórico e conceitos

Bilodeau; Champagne; Dubois (2011), dizem que para compreender a diversidade e a riqueza da avaliação é necessário relatar a sua história, pois ao longo do tempo houve avanços teóricos importantes e a introdução de novos métodos que permitiram obter avaliações mais completas.

Há 4 mil anos os chineses já utilizavam a avaliação para recrutar seus funcionários públicos, no ocidente começou no século XVIII na Grã-Bretanha e França. Na modernização das sociedades Ocidentais, as modificações filosóficas e sociais permitirão um arrimo ao refinamento para as pesquisas sociais, permitindo a implementação de transformações sociais, políticas e econômicas. (GUBA & LINCOLN 1981; WORTMAN, 1983; BOWMAN, 1989).

Distingue-se, em geral quatro gerações e seis períodos na história da avaliação (QUADRO II) (BILODEAU; CHAMPAGNE; DUBOIS, 2011).

Quadro II : As etapas da história da avaliação

Gerações da Avaliação	Períodos	Principal Característica
I	Reformismo (1800-1900) Eficiência e Testagem (1900-1930)	Medida
II	Idade da Inocência (1960-1973)	Descrição
III	Expansão (1960-1973) Profissionalização e Institucionalização (1973-1990)	Julgamento
IV	Dúvidas (1990 até nossos dias)	Negociação

Fonte: Madaus, Stufflebeam e Scriven, 1989; Guba e Lincoln, 1989.

4.1.1 O REFORMISMO

No século XIX a Europa marcada por grandes transformações dentre elas o Iluminismo e a Revolução Industrial no final do século XVIII, onde há a ideia segundo a qual a ciência e a racionalidade são as principais ferramentas do ser humano para ampliar seus conhecimentos e melhorar sua condição, a urbanização acelerada com o surgimento de uma nova classe industrial mais politizada, ocorrerá as primeiras verdadeiras avaliações. (BILODEAU; CHAMPAGNE; DUBOIS, 2011).

Nesse momento de grandes mudanças há uma preocupação na Europa e América do Norte em desenvolver a infraestrutura dos cuidados, reforçar os sistemas de educação, lutar contra os riscos de moléstias ligadas à insalubridade e aperfeiçoar as infraestruturas das cidades. Na Alemanha, por exemplo, em 1883, adota políticas explícitas de bem-estar. Surge então o reformismo que se caracteriza por um esforço político por parte dos governantes para elaborar e institucionalizar um conjunto de políticas de caráter social. (BILODEAU; CHAMPAGNE; DUBOIS, 2011).

Nessa época as preocupações da avaliação resultam da necessidade de saber em que medida as transformações fundamentais em curso melhoraram as condições de vida das sociedades e dos indivíduos. As experiências mais marcantes são realizadas na Educação dos Estados Unidos como a emissão de 12 relatórios entre 1838 e 1850 ao Conselho de Estado sobre a educação de Massachusetts. (TRAVERS, 1983). Tais relatórios forneciam um conjunto de informações sobre distribuição geográfica das escolas, a competência dos professores primários, a disciplina, a supervisão etc. Além dessa experiência, é em Massachusetts que se utilizou pela primeira vez em larga escala, testes padronizados para se avaliar o desempenho dos estudantes, classificá-los e estabelecer comparações entre os estabelecimentos escolares. (WORTHEN E SANDERS, 1991).

Na Europa também se realizou esse tipo de experiência, mas priorizava medir as capacidades intelectuais, onde na Inglaterra e Alemanha, por exemplo, através desses testes produziram os primeiros laboratórios de psicometria (WORTHEN; SANDERS, 1991).

Nesse período a avaliação no campo da educação baseia-se fundamentalmente na medida, pois consiste em utilizar teste padronizado para se obter um retrato objetivo e adequado das capacidades dos alunos. Trata-se então de medir as diferenças em relação às normas e de classificar os sujeitos observados constituindo a “primeira geração” da avaliação. (BILODEAU; CHAMPAGNE; DUBOIS, 2011).

Na saúde observaram-se as mesmas tendências, sendo que nesse período é bastante utilizado os conhecimentos da Epidemiologia e Estatística. Os problemas sociais gerados pela industrialização e o movimento pela reforma sanitária que

aconteceram no século XIX contribuem para realizar-se as coletas de estatísticas sanitárias, estimular o desenvolvimento das capacidades em matéria de análise quantitativa e promover a implementação de pesquisas para comparar entre si populações ou os diferentes grupos de uma mesma população (ROSEN, 1993).

Já a Epidemiologia contribui para o fortalecimento das capacidades analíticas no setor da saúde e para a ampliação da série de ferramentas disponíveis para se programar novas intervenções e avaliar sua utilidade social (BILODEAU; CHAMPAGNE; DUBOIS, 2011).

4.1.2 A EFICIÊNCIA E A TESTAGEM

O segundo período da história da avaliação parece-se um pouco com o reformismo, apesar de ter havido um aperfeiçoamento dos instrumentos a fim de consolidar os esforços da avaliação de “primeira geração”. A avaliação ainda é normativa e se limita a atividades de medida, coleta sistemática de dados e análises quantitativas. Na educação, trabalha-se para elaboração de testes, e as técnicas quantitativas da psicometria e das estatísticas ocupam lugar de destaque. Tais técnicas são utilizadas para documentar as diferenças entre os indivíduos e grupos, tendo em vista a comparação, a classificação e, se for o caso, a seleção. Na saúde utiliza-se a coleta estatística sanitária, a comparação de grupos da população e a medida da carga social das doenças e das consequências das más condições ambientais.

4.1.3 A IDADE DA INOCÊNCIA

Esta terceira fase da história moderna da avaliação é habitualmente chamada de “segunda geração” (GUBA E LINCOLN,1989). Nesse período é desenvolvido na educação, por exemplo, testes que permitem estabelecer em que medida os objetivos pedagógicos cognitivos, afetivos ou psicomotores são alcançados. Mede-se a eficácia dos programas desenvolvidos, mas também se delimita as forças e as fragilidades desses programas a fim de que sejam revistos e aperfeiçoados. Esse momento então marca o início da avaliação formativa no qual diz que uma avaliação deve, por um lado, determinar em que medida um programa atingiu seus objetivos e, por outro lado, fornecer posteriormente a informação necessária ao aprimoramento desse programa. (GUBA E LINCOLN,1989).

Este período é marcado pela emergência de uma nova abordagem em que o avaliador deixa de ser considerado um mero técnico. Além da coleta sistemática dos dados e proceder posteriormente à medida da intervenção, o avaliador deve também descrever os programas, compreender sua estrutura e seu conteúdo, identificar suas forças e fragilidades a fim de determinar se eles permitem responder aos objetivos, e depois realizar recomendações para favorecer sua melhoria. A atenção não está mais centrada unicamente nas características dos indivíduos, mas também naquelas da intervenção.

4.1.4 A EXPANSÃO

Esse quarto período é marcado por uma ampliação do conceito e funções da avaliação. Considera-se que a avaliação deve permitir emitir um julgamento sobre uma intervenção. Ao avaliador é atribuído um papel de juiz, e para fundamentar seu julgamento, ele continua a utilizar a informação descritiva e a medida, mas estas não constituem mais uma finalidade para ele. Nesse período a avaliação passa por um crescimento para adquirir maior legitimidade, e para avaliar os efeitos dos programas iniciados, os poderes públicos recorrem cada vez mais aos especialistas em ciências sociais e aos avaliadores, é o início da institucionalização da Avaliação.

4.1.5 A PROFISSIONALIZAÇÃO E A INSTITUCIONALIZAÇÃO DA DISCIPLINA

Esse período é caracterizado pela evolução para uma prática profissionalizada da avaliação e os enunciados de base da avaliação dita de “terceira geração” constituem ainda o principal quadro de referencia e a ênfase continua a incidir sobre o papel de juiz do avaliador. Há a formação de associações profissionais de avaliadores e de novos meios de produção e difusão dos conhecimentos em avaliação, assim como de organismos públicos dedicados a essa atividade, contribui para a institucionalização da atividade avaliativa. No entanto, os critérios de julgamento são

ampliados para abranger preferencialmente os aspectos econômicos de programas, mas especificamente as limitações de recurso.

4.1.6 AS DÚVIDAS

A avaliação de “quarta geração” leva sempre em conta abordagens e métodos elaborados precedentemente. Torna-se desse modo um instrumento de negociação e de fortalecimento do poder. Este último período foi marcado pelas iniciativas destinadas a ampliar a diversidade ao mesmo tempo dos agentes envolvidos na produção da avaliação e das abordagens metodológicas. O papel moderador do avaliador prevalece sobre suas funções de técnico, de juiz e de descritor. Em outras palavras, o avaliador deve antes de tudo certificar-se da instalação das condições e das atividades necessárias para que todos os atores envolvidos possam realizar coletivamente a atividade avaliativa. Dessa forma entende-se que a avaliação não é uma atividade apenas técnica, mas também prática e, sobretudo emancipatória. Ela deve propiciar ao conjunto dos atores melhor compreensão das condições nas quais a intervenção é realizada e a participação ativa em seu aperfeiçoamento.

4.1.7 CONCEITO DE AVALIAÇÃO

O conceito de avaliação refere-se à exposição de um valor advindo de um julgamento embasado em critérios predefinidos. Destaca-se como uma estratégia para decidir como enfrentar e resolver problemas com utilização de instrumentos e emissão de juízo de valor (TANAKA; MELO, 2001). Santos Filho e Costa (1999) ressaltam que “um dos seus objetivos é propor alternativas de trabalho, resguardando-se os atributos que definem a qualificação/qualidade dos serviços”, sendo importante a definição de metodologias que norteiem os processos avaliativos.

Existem várias definições sobre o conceito de Avaliação, HARTZ et al 2011 relata por exemplo que seria ilusório pretender apresentar uma nova definição universal e absoluta da avaliação. Dessa forma conceitua avaliação da seguinte maneira:

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.(HARTZ, et al, 2011.pg 44)

HARTZ et al 2011 diz que uma intervenção, qualquer que seja, pode ser objeto de dois tipos de avaliação: a avaliação normativa ou a pesquisa avaliativa. A avaliação normativa busca apreciar cada um dos componentes da intervenção função de critérios e normas. Estabelece-se em um processo que se verifica a conformidade dos componentes da intervenção a observar se foi feito o que era necessário de um modo desejável e respeitando as normas definidas.

A pesquisa avaliativa, em geral, é desenvolvida por instituições acadêmicas e se destaca pelo seu caráter de produção de conhecimento científico, reconhecido pela comunidade à qual está vinculada. Ao contrário, a avaliação para a decisão, não envolve necessariamente a comunidade científica e apresenta como objetivo primordial a intenção de que a avaliação se torne um elemento capaz de influenciar processos de tomada de decisão. Já a avaliação para gestão produz informações, que têm intuito de contribuir para o aprimoramento do objeto avaliado e para o melhoramento de uma condição dada. (VENANCIO et al., 2008)

4.2 AVALIAÇÃO VISANDO A MELHORIA DA QUALIDADE NA SAÚDE

.A Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2001) adota o conceito de qualidade nos serviços de saúde, definido por Rojas (2004), como sendo o conjunto de características que os serviços possuem para superar as necessidades e expectativas de usuários e prestadores de serviços.

Tendo em conta essa definição, alguns autores propõem abordar a avaliação da qualidade nos serviços de saúde em duas dimensões distintas: a qualidade técnica e a qualidade percebida. Com relação à primeira, sob o ângulo dos prestadores de serviços, define-se a garantia, efetividade e utilidade das ações de saúde, assim como a atenção oportuna e eficaz para os usuários dos serviços. A segunda é percebida sob o enfoque dos usuários dos serviços e leva em consideração as condições materiais, administrativas e éticas das ações que se realizam (Ross *et al* 2000).

A avaliação na perspectiva da qualidade foi sistematizada na década de 1980 por Avedis Donabedian. Este autor desenvolveu um quadro conceitual embasado na abordagem normativa da Administração Clássica, com enfoque na tríade eficiência-

efetividade-eficácia para definição de estratégias, critérios e padrões para se medir qualidade em serviços de saúde (REIS et al., 1990).

Donabedian divide os componentes de avaliação em: estrutura, envolvendo recursos humanos, organizacionais e materiais dos serviços; processos, caracterizados pelo conteúdo e dinâmica da assistência à saúde, relações entre profissionais e usuários; e resultados, que constituem respostas alcançadas junto a indivíduos e grupos referentes a melhorias nas condições de saúde e bem-estar e ao nível de satisfação com os serviços e os cuidados recebidos. Nos estudos avaliativos na área de saúde, observamos a ênfase em aspectos específicos de tal tríade, priorizando, por vezes, as abordagens de avaliação de estrutura, processo ou resultado especificamente (REIS et al., 1990).

Donabedian definiu também alguns critérios denominados os “*sete pilares da qualidade*”, constituindo componentes fundamentais dos processos, sendo: eficiência (custo-benefício); eficácia (alcance dos cuidados propostos); efetividade (efeito alcançado no contexto existente); otimização (efeitos resultantes de um serviço de saúde e benefícios financeiros desses efeitos, caracterização do investimento realizado em relação à população); legitimidade (organização e prestação dos serviços de acordo com os modos de vida de grupos e indivíduos); aceitabilidade (acesso, relação entre profissionais e usuários, conforto e comodidade dos serviços, satisfação dos usuários); equidade (distribuição justa da assistência à saúde) (SANCHO; DAIN,2012; SANTOS FILHO; COSTA, 1999).

Num processo avaliativo o envolvimento de todos os participantes é importante para a execução e compreensão do mesmo, de maneira a propiciar, além da abertura para o diálogo, a expressão do subjetivo, a participação democrática e o desenvolvimento da cultura de decisão (coletiva) nas instituições de saúde. Relaciona aspectos técnicos, sociais e políticos, as perspectivas de planejadores, usuários, gestores, profissionais e o modelo assistencial seguido. Potencializa a abertura de espaço para discussões e reflexões que levem a práticas cotidianas prospectivas, participativas, interdisciplinares e democráticas (CONTANDRIOPOULOS, 2006;SANTOS FILHO;COSTA, 1999).

Tanaka e Melo (2001) recomendam que a metodologia de avaliação seja definida de acordo com o resultado que se espera alcançar na população-alvo, sendo necessário também considerar o contexto político em que o programa está sendo implantado, aspecto importante para a definição de parâmetros de avaliação.

Pisco (2006) ressalta um aspecto importante que se configura em um desafio no contexto da avaliação, que seria a dificuldade dos profissionais de saúde em visualizar a avaliação como um processo positivo. Tais profissionais enxergam a avaliação como algo impositivo realizado pela gestão. O autor afirma ainda que o objetivo principal da implantação de um programa para melhoria de qualidade seria de torná-lo componente laboral permanente da atenção à saúde, preferencialmente de cunho voluntário e sistemático, de maneira individual ou grupal, de forma que conheçam a realidade em que atuam, planejem e intervenham sobre a mesma, sendo continuamente discutida a maneira de sustentar e efetivar esses processos no cotidiano.

4.3 META AVALIAÇÃO

Stufflebeam (2001, apud Elliot, 2011) apresenta sua própria definição de meta-avaliação e as dimensões da avaliação de qualidade apontadas pelo *Joint Committee* (1994).

Meta-avaliação é o processo de delinear, obter e aplicar informação descritiva e de julgamento - sobre a utilidade, a viabilidade, adequação e precisão de uma avaliação e sua natureza sistemática, competente conduta, integridade/honestidade, respeitabilidade e responsabilidade social - para orientar a avaliação e divulgar publicamente seus pontos fortes e fracos (STUFFLEBEAM, 2001, apud ELLIOT, 2011, p.943).

Existem duas razões para se proceder a uma meta-avaliação, na visão de Berends e Roberts (2003, apud Elliot, 2011). Uma é possibilitar a

[...] verificação da aplicação de um código de comportamento adequado durante todo o estudo, ou seja, a ética adotada pelos avaliadores, se ela existe e como foi praticada. Outra concebe a meta-avaliação como uma prática de reflexão sobre todos os procedimentos utilizados na avaliação, dando oportunidade à incorporação de novos conhecimentos por parte não só dos meta-avaliadores, como também dos avaliadores, quando tomam ciência da análise realizada (ELLIOT, 2011, p. 943).

A meta-avaliação pode ser formativa, somativa ou formativa-somativa. Vimos que a avaliação formativa complementa a avaliação somativa e vice-versa. A meta-avaliação formativa é empregada durante o processo de desenvolvimento da avaliação e “auxilia avaliadores a planejar, conduzir, melhorar, interpretar e comunicar os seus estudos de avaliação” (Stufflebeam,2001, apud Elliot, 2011).

A avaliação formativa ocorre enquanto o programa ainda está em desenvolvimento, como esclarecem Yarbrough et al (2011). Ela “provê constante *feedback*, apontando necessárias correções e/ou indicando possíveis caminhos” (Penna Firme e Letichevsky, 2002). Pode ser feita com o propósito de se preparar para a avaliação somativa. Patton (2005) considera que a avaliação formativa enfatiza o aprendizado, a melhoria e a identificação de pontos fortes e fracos. Em equipe, beneficiários e avaliador trabalham colaborativamente para mudar as coisas que não estão funcionando de forma eficaz no programa.

Sobre a meta-avaliação somativa, podemos afirmar que ela ocorre ao término do processo avaliativo e consiste na “verificação da qualidade da própria avaliação à luz de diversos critérios, quando o meta-avaliador contratado ao término da avaliação focaliza o relatório produzido” (Elliot, 2011). Penna Firme e Letichevsky (2002) explicam que a meta-avaliação somativa “irá julgar, por excelência, o mérito e a relevância da avaliação na sua conclusão, sempre à luz dos *standards* de avaliação”.

A avaliação somativa é, portanto, um julgamento de qualidade feito quando o programa estiver concluído (Yarbrough et al., 2011). Para Stufflebeam (2001, apud Elliot, 2011), as meta-avaliações somativas auxiliam os interessados a perceber tanto os pontos fortes como as fragilidades da avaliação realizada e ainda seu mérito e valor. “Em

outras palavras, o que se pretende é indagar e julgar se a avaliação em foco satisfaz os critérios de uma verdadeira avaliação” (Penna Firme e Letichevsk). A avaliação somativa visa subsidiar decisões sobre quais projetos continuam, quais mudam e quais terminam (Patton, 2005).

Outras formas e abordagens de meta-avaliação que representam a contribuição de diversos autores para a realização de meta-avaliações, somativas e formativas, são apresentadas por Elliot (2001). Por exemplo, Davidson (2005, apud Elliot, 2011) apresenta “cinco critérios fundamentais para orientar a meta-avaliação, buscando seu mérito ou qualidade intrínseca. São eles a validade, a utilidade, a conduta, a credibilidade e os custos”, porém optamos pelas orientações e pela abordagem do *Joint Committee* (1994), amplamente aceita pelos avaliadores.

Na visão de Worthen, Sanders e Fitzpatrick (2004), os padrões estabelecidos pelo JCSEE “continuam sendo o melhor quadro de referências que existe de acordo com as quais tanto as avaliações quanto outros conjuntos de critérios e diretrizes da meta-avaliação devem ser julgados” (Worthen, Sanders e Fitzpatrick, 2004, p.600). Estes autores consideram que o *The Program Evaluation Standards* não é um livro de receita a ser seguido, mas admitem que ele reúna as “características de um bom estudo avaliatório sobre as quais há consenso” (Worthen, Sanders e Fitzpatrick, 2004, p.600).

4.3 PADRÕES DA META-AVALIAÇÃO

Apresenta-se, neste momento, os padrões da avaliação, aprovados pelo JCSEE e publicados na 3ª edição do livro *The Program Evaluation Standards*, de autoria de Yarbrough et al (2011). Estes autores afirmam que os padrões possuem duas características principais. Em primeiro lugar, os padrões definem e identificam a qualidade da avaliação e guiam avaliadores e usuários da avaliação na busca da qualidade da avaliação. Em segundo lugar, eles esclarecem que os padrões não são “leis”, mas declarações voluntárias e consensos desenvolvidos com a participação ampla das partes interessadas e discutidas, pelos membros do JCSEE, seguindo os procedimentos da *American National Standards Institute* (ANSI).

Na obra supracitada, as quatro dimensões da qualidade da avaliação - utilidade, viabilidade, ética e precisão - permanecem e é criada uma nova dimensão chamada de responsabilização da avaliação - *evaluation accountability*. Esta categoria inclui três padrões e destaca a importância da meta-avaliação somativa e formativa, interna e externa. Ela consiste numa espécie de prestação de contas e trata da

[...] documentação da avaliação como comprovação de cada etapa realizada, da meta-avaliação tanto interna — como forma de investigar e prestar contas do desenvolvimento durante o processo de realização, quanto externa — como atestado de qualidade da avaliação por outros avaliadores (ELLIOT, 2011, p.952).

A meta-avaliação que era vista, simplesmente, como um padrão da dimensão precisão, passa a constituir-se uma nova dimensão. A necessidade de melhorar e manter avaliações responsáveis por meio de meta-avaliações sistemáticas passa a ser mais enfatizada nesta edição. Além disso, foram incluídas, na última edição, uma “Tabela Funcional de Padrões”, um glossário, listas de documentação para cada dimensão da qualidade e informações sobre como aplicar as orientações nos estudos de caso e situações práticas, apresentados pelos autores. De acordo com Letichevsky, Vellasco e Tanscheit (2007), o foco principal das discussões sobre a meta-avaliação é o critério de excelência para uma avaliação. Na obra *The Program Evaluation Standards*, Yarbrough et al. (2011) apresentam os atributos de uma avaliação de alta qualidade e os padrões que sustentam o alcance de uma avaliação de qualidade, conforme aprovado pelo *Joint Committee* (2011).

São trinta padrões de avaliação, organizados em cinco grupos que correspondem às cinco dimensões-chaves ou, conforme apresentado na obra, cinco atributos gerais para uma avaliação de qualidade: utilidade; viabilidade, também denominada de exequibilidade (Elliot, 2011); ética, também denominada de adequação (Elliot, 2011) ou de propriedade (Worthen, Sanders e Fitzpatrick, 2004; Depresbiteris, 2005; Chianca, 2001), precisão; e responsabilização da avaliação (Elliot, 2011).

4.3.1 A categoria Utilidade

A utilidade é apresentada em primeiro lugar na avaliação de programas, pois, de acordo com Worthen, Sanders e Fitzpatrick (2004), o *Joint Committee* reconheceu que sem ela, uma avaliação não presta, por melhor que seja seu foco em termos de viabilidade, ética e precisão.

A ordem de listagem desses atributos não é acidental. O primeiro é a utilidade, pois se uma avaliação não é útil, não deverá ser executada. Caso este critério seja atingido, as condições para atender os atributos de viabilidade e de ética serão observados. E, somente se esses três atributos foram atendidos, os avaliadores precisam (e devem) dedicar-se à questão mais técnica de buscar a precisão na coleta e no tratamento de dados (LETICHEVSKY et al., 2005, p.259).

A utilidade da avaliação é medida, em parte, pelo grau em que as partes interessadas identificam o valor pessoal e organizacional adicionado como uma consequência do seu envolvimento na avaliação. Julgamentos sobre a utilidade da avaliação são feitos baseados na medida em que as partes interessadas encontram processos de avaliação de programas e produtos valiosos no atendimento de suas necessidades (Yarbrough et al., 2011)

A utilidade “assegura que a avaliação atenda às necessidades de informação prática para os usuários” (Penna Firme; Letichevsky, 2002). Sobre o uso dos padrões da categoria utilidade, Yarbrough et al (2011) declaram que as partes interessadas no programa devem se tornar adeptas à utilização de todos os recursos disponíveis para ajudar a resolver problemas e melhorar as decisões. As avaliações podem informar julgamentos sobre o valor do programa, ou mérito, ou significado, e podem ajudar a melhorar ou desenvolver um programa e seus componentes específicos.

Os padrões que compõem a categoria utilidade, aprovados pelo *Joint Committee* (2011), são: U1 – Credibilidade do avaliador; U2 – Atenção aos interessados

(*stakeholders*); U3 – Propósitos negociados; U4 – Valores explícitos; U5 – Informação relevante; U6 – Processos e produtos significativos; U7 – Comunicação oportuna e apropriada e relatório; U8 – Preocupação com as consequências e influência da avaliação.

4.3.2 Categoria Viabilidade

Avaliações são viáveis quando elas podem acontecer com um adequado grau de eficácia e eficiência, afirmam Yarbrough et al (2011, p.72). A viabilidade “assegura que a avaliação seja realística, prudente, diplomática e simples” (Penna Firme; Letichevsky, 2002). A avaliação deve ser conduzida com negociação e participação dos interessados, em ambiente de cooperação e respeito do tempo e recursos necessários, para ter sucesso em sua realização.

De acordo com Yarbrough et al (2011), a viabilidade adequada serve como pré-condição para outros atributos de qualidade. A viabilidade deve ser garantida. Ela pode resultar em melhor utilização dos recursos e atividades mais eficientes e eficazes que apoiam os outros atributos de qualidade.

A viabilidade indica serem necessários procedimentos práticos. Refere-se a uma avaliação planejada e realizada com previsão e antecipação das diferentes posições dos vários grupos de interesse, para que haja cooperação, e aos aspectos de boa utilização dos recursos (DEPRESBITERIS, 2005, p.20)

Conforme vimos anteriormente, a categoria viabilidade também é denominada de exequibilidade. Elliot (2011) apresenta a categoria e seus padrões abaixo. Os quatro padrões de exequibilidade se relacionam com “efeitos de contextos, culturas, custos, política, poder e recursos disponíveis” (JOINT COMMITTEE, 2011). São voltados para procedimentos que assegurem que a avaliação será gerenciada de modo efetivo, será prática e realística, será cuidadosa ao tratar do contexto e seus interesses políticos e culturais, será tanto efetiva quanto eficiente ao utilizar os recursos.

A categoria viabilidade inclui quatro padrões aprovados pelo *Joint Committee* (2011), um a mais em relação ao estabelecido pelo *Joint Committee* (1994). São eles: V1 Gerenciamento de projetos; V2 – Procedimentos práticos; V3 – Viabilidade contextual.

4.3.3 Categoria Propriedade

A Propriedade, categoria ética, assegura que “uma avaliação seja realizada ética e legalmente, com o devido respeito ao bem estar dos envolvidos na avaliação, bem como daqueles afetados pelos seus resultados” (Penna Firme; Letichevsky, 2002). Os padrões de ética “visam assegurar que uma avaliação será conduzida dentro de normas legais e éticas” (Comitê Conjunto sobre Padrões para Avaliação Educacional, 2003). Conforme já comentado, a categoria ética também é denominada de propriedade e de adequação. Elliot (2011) explica que os padrões de adequação são sete e, juntos, eles pretendem assegurar que a avaliação será desenvolvida respeitando aspectos morais, éticos e legais concernentes à qualidade da avaliação.

Esses padrões são relativos ao bem estar das pessoas envolvidas na avaliação ou que possam ser afetadas por seus resultados. Lidam com acordos e contratos entre clientes e avaliadores; tratam do respeito aos direitos dos participantes e a suas interações durante a avaliação, assim como cuidam de possíveis conflitos de interesses; focalizam o julgamento equilibrado de pontos fortes e fracos do objeto avaliado; tornam os resultados acessíveis aos interessados, apresentando um balanço contábil dos gastos com a avaliação (ELLIOT, 2011).

A avaliação para ser ética, requer procedimentos consistentes e justos, de acordo com a ética profissional, de tal modo que a auto-estima, motivação, reputação e oportunidades de crescimento do avaliado sejam protegidos. A informação deve ser equilibrada mostrando aspectos de sucesso/potencial, dados e dificuldades, para consolidar sucessos e corrigir dificuldades, evitando conflitos e, se estes ocorrerem, deve ser resolvido com honestidade e respeito (AGUIAR, 2013).

A propriedade tem por objetivo assegurar uma avaliação legítima, ética, cuidadosa e que tenha respeito pelo bem-estar dos envolvidos no trabalho. Uma das diretrizes mais importantes da propriedade é o respeito à dignidade e ao valor do ser

humano em suas interações com outras pessoas associadas à avaliação, de modo que os participantes não sejam ameaçados, nem prejudicados (DEPRESBITERIS, 2005).

A categoria ética engloba preocupações com os direitos, responsabilidades, comportamentos dos avaliadores e dos interessados na avaliação. Para ser legal, é preciso que a avaliação seja coerente com as leis locais, estaduais e federais. Além disso, para o respaldo ético, o avaliador pode solicitar um termo de consentimento para a realização da avaliação. Segundo Yarbrough et al (2011) quando avaliadores estão cientes dos requisitos legais e regulamentares e costumes e normas culturalmente determinadas, eles estarão mais bem posicionados para definir funções e responsabilidades e garantir os direitos dos participantes no processo de avaliação.

A categoria ética inclui sete padrões aprovados pelo *Joint Committee* (2011), um a menos em relação ao estabelecido pelo *Joint Committee* (1994). São eles: E1 – Orientação inclusiva e responsiva; E2 – Acordos formais; E3 – Respeito aos direitos humanos; E4 – Clareza e justiça; E5 – Transparência e divulgação; E6 – Conflito de interesses; e E7 – Responsabilidade fiscal.

4.3.3 Categoria Precisão

A Precisão assegura que “a avaliação revela e transmite, tecnicamente, informações adequadas sobre as características que expressam mérito ou relevância do foco de atenção” (Penna Firme; Letichevsky, 2002). Os padrões de precisão “visam assegurar que uma avaliação irá revelar e produzir informações tecnicamente adequadas sobre os aspectos que determinam mérito e relevância do programa avaliado” (Comitê Conjunto sobre Padrões para Avaliação Educacional, 2003).

Os padrões de precisão buscam garantir que a informação técnica da avaliação referente às características que determinam o valor ou mérito do programa sob avaliação será adequada e confiável. São oito padrões que abordam a descrição do programa e do contexto; tratam de características de validade, fidedignidade e gerenciamento da informação; focalizam a análise dessa informação, a justificativa das conclusões e decisões, assim como a abrangência e a imparcialidade dos comunicados divulgados e dos relatórios elaborados (ELLIOT, 2011).

É preciso produzir informação significativa e, por isso, tecnicamente correta,... I explicitando com clareza o que se espera para os avaliados. Os procedimentos devem ser documentados de tal modo que possam ser explicitados, conhecidos e verificados oferecendo informação confiável. As fontes de informação devem ser descritas e identificadas de tal modo que possam ser verificadas na sua significação. Toda informação coletada, quantitativa e qualitativa, deve ser respeitada e sistematicamente verificada e revisada, de modo a facilitar julgamentos e ser eficazmente utilizada. A precisão tem por objetivo revelar e transmitir informações tecnicamente adequadas acerca das características que determinam o valor ou mérito do objeto avaliado. Tem relação direta com uma avaliação sistemática, com decisões imediatas de reformulação dos possíveis problemas encontrados. Para garantir a precisão é necessário pensar a respeito da análise do contexto institucional em que a avaliação será feita, sobre a descrição de finalidades e nos procedimentos avaliativos, assim como na credibilidade dos instrumentos de coleta e das fontes de informação (DEPRESBITERIS, 2005).

A categoria precisão inclui oito padrões aprovados pelo *Joint Committee* (2011), cinco a menos em relação ao estabelecido pelo *Joint Committee* (1994). São eles: P1 – Conclusões e decisões justificadas; P2 – Informação válida; P3 – Informação confiável; P4 – Descrição explícita do programa e do contexto; P5 – Gestão da informação; P6 – Análises de projetos sólidos; P7 – Fundamentação explícita da avaliação; e P8 – Comunicação e Informação (AGUIAR, 2013).

No quadro III abaixo apresenta o resumo de cada padrão meta-avaliativo.

Quadro III: Atributos e padrões de avaliação de programas educacionais

ATRIBUTOS	PADRÕES
	<p>U1 – Identificação dos <i>Stakeholders</i>: As pessoas envolvidas com a avaliação ou afetadas por ela devem ser devidamente identificadas, para que suas necessidades possam ser atendidas.</p>

<p style="text-align: center;">UTILIDADE</p> <p>Garantir que a avaliação atenda às necessidades de informação dos <i>stakeholders</i> direta ou indiretamente envolvidos e interessados no processo avaliador.</p>	<p>U2 – Credibilidade do Avaliador: Para que os resultados tenham o máximo de credibilidade e aceitação, as pessoas responsáveis pela avaliação devem ser confiáveis e competentes para conduzir o processo avaliador.</p> <p>U3 – Abrangência e Seleção da Informação: A informação coletada deve ser suficientemente abrangente de modo a tratar de questões pertinentes ao programa e dar respostas às necessidades e interesses dos clientes e dos outros <i>stakeholders</i> especificados.</p> <p>U4 – Identificação de Valores: As perspectivas, os procedimentos e a justificativa usados para interpretar as descobertas da avaliação devem ser cuidadosamente descritos, de modo a deixar bem claras as bases que sustentam os juízos de valor.</p> <p>U5 – Clareza dos Relatórios: Os relatórios da avaliação devem descrever com clareza o programa sob avaliação e seu contexto. Devem igualmente descrever os propósitos, procedimentos, e descobertas da avaliação, disponibilizando a informação essencial e tornando-a facilmente inteligível.</p> <p>U6 – Oportunidade e Disseminação dos Relatórios: Descobertas significativas ocorridas durante o processo avaliador e os relatórios da avaliação devem ser disseminados aos usuários preferenciais, para</p>
---	---

	<p>que possam ser utilizados no momento oportuno.</p> <p>U7 – Impacto da Avaliação: As avaliações devem ser planejadas, conduzidas e relatadas de modo a encorajar o acompanhamento constante pelos <i>stakeholders</i>, tornando mais provável o uso efetivo da avaliação.</p>
<p style="text-align: center;">VIABILIDADE</p> <p>Orientar o planejamento de <i>designs</i> de avaliação de maneira que sejam operáveis em seu ambiente natural, sem desperdício de recursos no desenvolvimento da avaliação.</p>	<p>V1 – Procedimentos Práticos: Os procedimentos avaliativos devem ser práticos, para reduzir ao mínimo os transtornos durante a busca das informações necessárias.</p> <p>V2 – Viabilidade Política: A avaliação deve ser planejada e conduzida de modo a levar em conta as diferentes posições dos vários grupos de interesse, possibilitando assim obter a sua cooperação, bem como minimizar e neutralizar possíveis tentativas de algum desses grupos restringir as operações ou deturpar ou aplicar mal os resultados.</p> <p>V3 – Custo-Benefício: A avaliação deve ser eficiente e produzir informações suficientes e valiosas, de modo a justificar os recursos investidos</p>
	<p>P1 – Orientação para o Serviço: As avaliações devem ser projetadas de forma a ajudar as organizações a dar atendimento efetivo às necessidades de todos os que delas dependem.</p> <p>P2 – Acordos Formais: As obrigações das partes envolvidas no processo avaliador (o que</p>

<p style="text-align: center;">PROPRIEDADE</p> <p>Proteger os direitos dos sujeitos envolvidos e afetados pela avaliação.</p>	<p>deve ser feito, como, por quem, quando) devem ficar registradas por escrito, de modo a exigir que as partes adiram às condições do acordo ou que formalmente as renegociem.</p> <p>P3 – Direito dos Sujeitos: As avaliações devem ser projetadas e conduzidas de modo a respeitar e proteger os direitos e o bem-estar dos sujeitos.</p> <p>P4 – Interações Humanas: Os avaliadores devem respeitar a dignidade e os valores humanos em suas interações com as pessoas associadas à avaliação, de modo a não intimidar ou magoar os participantes.</p> <p>P5 – Aferição Completa e Justa: A avaliação deve ser completa e justa em seu exame e registro das forças e fraquezas do programa sob avaliação, permitindo reforçar os seus pontos fortes e lidar com os seus aspectos problemáticos.</p> <p>P6 – Apresentação dos Resultados: As partes formalmente envolvidas na avaliação devem garantir que as pessoas afetadas por ela tenham acesso a todas as descobertas bem como as limitações pertinentes, devendo ficar assegurado a elas o direito legal de serem informadas dos resultados.</p> <p>P7 – Conflitos de Interesse: Os conflitos de interesse devem ser discutidos abertamente e honestamente, para que eles não</p>
--	---

	<p>comprometam os processos e resultados da avaliação.</p> <p>P8 – Responsabilidade Fiscal: A alocação de recursos e os gastos do avaliador devem refletir procedimentos adequados e responsáveis, além de serem prudentes e éticos, para que os gastos sejam apropriados e justificáveis.</p> <p>(continua...)</p>
<p>PRECISÃO</p> <p>Assegurar que a avaliação produza e revele informação exata e confiável sobre os aspectos que determinam o valor e o mérito do objeto sob avaliação.</p>	<p>PR1 – Documentação do Programa: O programa sob avaliação deve ser descrito e documentado claramente e com exatidão, para que possa ser identificado com clareza.</p> <p>PR2 – Análise Contextual: O contexto no qual o programa existe deve ser examinado detalhadamente, de modo a identificar as suas prováveis influências sobre o programa.</p> <p>PR3 – Propósitos e Procedimentos Descritos: Os propósitos e procedimentos da avaliação devem ser monitorados e descritos detalhadamente, para que possam ser identificados e aferidos.</p> <p>PR4 – Fontes de Informação Defensáveis: As fontes de informação utilizadas na avaliação de um programa devem ser detalhadamente descritas, para que a adequação da informação possa ser aferida.</p> <p>PR5 - Informação Válida: Os procedimentos de coleta de informação devem ser escolhidos ou desenvolvidos e implementados de modo a</p>

assegurar que a interpretação final seja válida para o uso pretendido.

PR6 - Informação Confiável: Os procedimentos de coleta de informação devem ser escolhidos ou desenvolvidos e implementados de modo a assegurar que a informação obtida seja suficientemente confiável para o uso pretendido.

PR7 - Informação Sistemática: A informação coletada, processada e relatada num processo avaliador deve ser sistematicamente revisada e todos os erros devem ser corrigidos.

PR8 – Análise da Informação Quantitativa: A informação quantitativa em uma avaliação deve ser apropriada e sistematicamente analisada, para que as perguntas avaliativas possam ser efetivamente respondidas.

PR9 – Análise da Informação Qualitativa: A informação qualitativa em uma avaliação deve ser apropriada e sistematicamente analisada, para que as perguntas avaliativas possam ser efetivamente respondidas.

PR10 – Conclusões Justificadas: As conclusões tiradas a partir da avaliação devem ser explicitamente justificadas, para que os grupos de interesse possam aferi-las.

PR11 – Relatório Imparcial: Os procedimentos de relatório devem prever salvaguardas contra distorções produzidas por sentimentos pessoais e por preconceitos de

	alguma das partes para com a avaliação, para que os relatórios reflitam com justeza as descobertas avaliativas feitas.
--	--

Fonte: Joint Committe(1994)

4.4 ATENÇÃO BÁSICA A SAÚDE

“A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. É operacionalizada por meio do exercício de práticas de cuidado e de gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido” (BRASIL 2012).

Assim, os serviços de Atenção Básica, além de responderem por parte da expectativa do cuidado e da integralidade da atenção têm como atribuição o reconhecimento dos problemas de saúde. Para tal, faz-se necessário que se organizem para atender a variedade dos serviços esperados e realizem o trabalho educativo, que extrapola o campo da informação, devendo, por sua proximidade com os usuários e na qualidade de porta de entrada do sistema, integrar valores, costumes, modelos e símbolos sociais, que delineiam novas condutas e práticas de saúde (Gazinelli *et al*, 2005).

A Atenção Básica é o contato e a porta de entrada preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde. Orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS a partir dos quais assume funções e características específicas. Considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção de sua saúde, da prevenção, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer sua autonomia. Seus princípios e diretrizes principais são:

I - Territorialização e Responsabilização Sanitária

O processo de territorialização consiste em uma etapa fundamental de apropriação/conhecimento do território pelas equipes de trabalhadores da atenção básica, onde ocorre a cartografia do território a partir de diferentes mapas (físico, socioeconômico, sanitário, demográfico, rede social etc). Por meio da territorialização, amplia-se a possibilidade de reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população de uma área de abrangência, bem como dos riscos coletivos e das potencialidades dos territórios. A dimensão da responsabilidade sanitária diz respeito ao papel que as equipes devem assumir em seu território de atuação (adstrição), considerando questões ambientais, epidemiológicas, culturais e socioeconômicas, contribuindo, por meio de ações em saúde, para a diminuição de riscos e vulnerabilidades. (BRASIL, 2013)

II - Adscrição dos Usuários e Vínculo

A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de co-responsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico.

III - Acessibilidade, Acolhimento e Porta de Entrada Preferencial.

O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, que parte do princípio de que a unidade de saúde deve receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver problemas de saúde e/ou de minorar danos e sofrimentos, ou ainda se responsabilizar com a resposta ainda que ela seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação e responsabilização são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção.

IV - Cuidado Longitudinal

A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas, quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida.

V - Ordenação da Rede de Atenção à Saúde

A Atenção Básica deve ser organizada como base da RAS, por sua capilaridade e lógica de trabalho, devendo possuir um papel chave na ordenação da RAS. Para isso, é necessário ter cobertura populacional adequada e alta capacidade de cuidado e de resolutividade. A ordenação da RAS, dessa forma, implica também em que a maior parte dos fluxos assistenciais, linhas de cuidado e ofertas de apoio terapêutico e diagnóstico sejam elaborados e implantados com base nas necessidades de saúde identificadas pelos serviços de atenção básica.

VI - Gestão do Cuidado Integral em Rede

O vínculo construído por uma atenção básica de fato resolutiva, humanizada e integral permite o desenvolvimento gradativo da gestão do cuidado dos usuários pelas equipes, nos vários cenários e momentos de cuidado, inclusive quando a continuidade do cuidado requer o encaminhamento para outros pontos de atenção da RAS, momento em que a coordenação da atenção básica é decisiva.

VII - Trabalho em Equipe Multiprofissional

Considerando a diversidade e complexidade de situações com as quais a atenção básica lida, há que se ter/construir capacidades de análise e intervenção ampliadas diante das demandas e necessidades para a construção de uma atenção integral e resolutiva. Isso requer a presença de diferentes formações profissionais e um alto grau de articulação entre os profissionais de modo que não só as ações sejam compartilhadas, mas também haja um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências ampliando, assim, a capacidade de cuidado de toda a equipe. Essa organização pressupõe que o processo de trabalho centrado em procedimentos profissionais passe a ter como foco o usuário, em que o cuidado é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica.

O esforço de reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil ainda enfrenta muitos obstáculos para atingir os princípios da universalidade, equidade e da participação da população, além do desafio constante quanto ao desenvolvimento do caráter interdisciplinar e intersetorial das ações. (VENANCIO et al., 2008).

4.5 DIFERENTES ESTRATÉGIAS PARA AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Na tentativa de melhorar o acesso e a qualidade da Atenção Básica o Ministério cria vários projetos e programas. Em 2003 foi criado o PROESF (Projeto de expansão e consolidação da Saúde da Família), com o intuito de apoiar a expansão da cobertura, consolidação e qualificação dos municípios brasileiros acima de 100 mil habitantes, pois ainda é um grande desafio a cobertura de ESF em grandes centros

urbanos, notadamente nas grandes capitais brasileiras em que a cobertura é mínima (BRASIL, 2003).

Não somente isso, mas incentivos também na parte financeira foram propostos, como por exemplo, na tentativa de mudar incentivos financeiros para pagamentos de ações da atenção básica em saúde. Em 1998 o Ministério da Saúde, através da portaria Ministerial GM/MS nº 3925 elencou um quantitativo de indicadores e aprovou o Manual para Organização da Atenção Básica, reafirmando a natureza para pactuação de indicadores enquanto instrumento legal de monitoramento e avaliação da atenção básica (BRASIL, 2003).

Tendo em vista esse contexto, e a ampliação das ESF, era necessário redefinir a missão da Coordenação de Acompanhamento e Supervisão da Atenção Básica, numa nova conjuntura política para a reorganização institucional. Então sua missão agora seria o Monitoramento e a Avaliação da Atenção Básica (BRASIL, 2005).

Diante disso, tendo em vista o que foi citado, o Ministério da Saúde, juntamente com o CONASS e o CONASEMS pactuaram responsabilidades entre as três esferas de gestão, sendo essa pactuação definida pela portaria Ministerial Nº 399 de 23 de Fevereiro de 2006 que aprovou as diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde, que seria a consolidação do SUS em três componentes: Pacto pela vida, Em Defesa do SUS, e de Gestão. (BRASIL, 2006).

As diretrizes estabelecidas pelo Pacto pela Saúde, assim como as experiências acumuladas nos três níveis de gestão, facilitaram a regulamentação da atenção básica no País. Dessa forma em 28 de Março de 2006 é publicada a portaria GM/MS nº 648 que aprova a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB). (BRASIL, 2003).

Apesar da criação e implementação do SUS como estratégia de mudança de modelos reconhecidamente sem impactos na saúde, e a criação da atenção básica como modelo para a implementação de ações de saúde voltadas para atenção primária a saúde e sendo a ESF seu campo de atuação, são necessárias práticas avaliativas que

possam apontar caminhos para melhorar ainda mais a qualidade da atenção básica no Brasil. A cultura da avaliação e monitoramento dos serviços de saúde ainda é muito pouco desenvolvida no Brasil. CAMPOS (2010) diz que institucionalizar a avaliação em saúde num país em que não há tradição de se avaliar constitui um grande desafio para o sistema de saúde. É necessário incorporar a avaliação em saúde em todas suas vertentes focando o aprendizado a fim de provocar mudanças e desmitificá-la enquanto somente emissoras de julgamentos.

Tendo em vista esse contexto, e a ampliação das ESF era necessário redefinir a missão da Coordenação de Acompanhamento e Supervisão da Atenção Básica, numa nova conjuntura política para reorganização institucional. Então sua missão agora seria o Monitoramento e a Avaliação da Atenção Básica(BRASIL, 2005).

Apesar da PNAB(Politica Nacional da Atenção Básica) incentivar a normatização da avaliação em saúde no Brasil, esse processo ainda se apresenta bastante incipiente, pouco incorporado às práticas e com caráter mais prescritivo e burocrático que subsidiário para o planejamento e gestão (BRASIL, 2003).

O Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), realizado entre 2000 e 2002, caracterizou-se como uma pesquisa avaliativa cujo objetivo era detectar potencialidades, fragilidades e quadros que facilitassem ou denotassem entraves para a expansão da Saúde da Família em municípios com mais de cem mil habitantes, tais como baixa cobertura, grande concentração populacional e desigual acesso e utilização de serviços de AB relacionados a graves problemas sociais. A pesquisa enfocou aspectos relacionados a elementos estruturais, históricos, políticos, institucionais, do processo de atenção e do desempenho do sistema de saúde, além de favorecer o aprimoramento da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2006) e dar apoio aos estados e municípios para estruturação e organização da rede de AB (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011; ALVES et al., 2010; HEIMANN;MENDONCA, 2005).

Além do PROESF, Pacto pela Saúde, PNAB, o Ministério se utiliza também de outros instrumentos para a avaliação da qualidade da Atenção Básica no Brasil. Dentre esses outros instrumentos está a AMQ e o PMAQ-AB.

A AMQ (Avaliação da melhoria da qualidade da Atenção Básica) se destina a promover a cultura da qualidade nos diferentes setores da Atenção Básica. A proposta AMQ foi desenvolvida pelo Ministério da Saúde e se orientava a partir dos princípios do SUS, considerando que os serviços de saúde devem procurar a excelência na qualidade da produção, sistematização e universalidade do cuidado. Para tratar do tema da qualidade a AMQ adota o modelo teórico proposto por Donabedian, baseado na teoria dos sistemas, tendo como foco de análise os serviços e as práticas de saúde, considerando os elementos estrutura, processo e resultado (BRASIL, 2005).

Como modalidade de coleta de dados, a AMQ adota a avaliação interna (auto-avaliação), na qual os sujeitos integrantes do processo analisam seu desempenho e o representam sob a forma de escalas, gráficos ou relatórios descritivos. (BRASIL, 2005)

Neste contexto, o propósito da auto-avaliação deve ser a contribuição ao aperfeiçoamento constante dos cuidados e à capacidade técnica de cada membro da equipe. No processo de avaliação é preciso identificar as aptidões e os aspectos que necessitam ser fortalecidos individual e coletivamente (FHI, 2000).

A mais recente proposta do MS para qualificação do acesso e da assistência no âmbito da AB é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB), lançado em 2011, configurando-se como parte de uma ampla estratégia do MS denominada Saúde mais perto de você – acesso e qualidade (BRASIL, 2011a). Esta proposta será aprofundada nos itens a seguir, já que constitui foco desta pesquisa, discorrendo sobre seu desenho e características nacionais de implantação, focalizando uma experiência no município de Ubajara-CE.

4.6 PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB): ESTRATÉGIA PARA QUALIFICAÇÃO DA AB.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) fundamenta-se na proposta de avaliação e certificação do trabalho de gestores e equipes de Atenção Básica. Embasa-se na lógica de ciclo contínuo, sendo estruturado em quatro fases (BRASIL, 2011a). As diretrizes que nortearam o desenho do programa são:

I) Possuir parâmetro de comparação entre as equipes da atenção básica, considerando as diferentes realidades de saúde; II) ser incremental, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica; III) ser transparente em todas as suas etapas, permitindo o

O prog permanente acompanhamento de suas ações e resultados, pela sociedade; estabelecendo a pac IV) envolver, mobilizar e responsabilizar o gestor federal, gestores estaduais, municípios e Ministér do Distrito Federal, municipais e locais, equipes e usuários num processo de e a educação permai mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica; V) A portai desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na denominado Compo gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e Variável), constituind

A portaria não estabelece com precisão a forma como os municípios devem utilizar os valores repassados de acordo com a certificação de cada equipe, sendo realizada de acordo com a decisão da gestão municipal. Há o incentivo à negociação entre gestores e equipes, propondo investimento nos profissionais e na melhoria das condições de trabalho, premiação e remuneração de acordo com o desempenho e os resultados esperados norteados pelos padrões estabelecidos (BRASIL, 2011a, 2011b; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012). Tal aspecto difere da proposta anterior de adesão ao AMQ.

Entre os seus objetivos específicos do programa podemos destacar:

I - Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da AB;

II - Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB;

III - Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde;

IV - Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de Autoavaliação, Monitoramento e Avaliação, Apoio Institucional e Educação Permanente nas três esferas de governo;

V - Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação como ferramenta de gestão da AB;

VI - Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados; e

VI - Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários. O compromisso com a melhoria da qualidade deve ser permanentemente reforçado com o desenvolvimento e aperfeiçoamento de iniciativas mais adequadas aos novos desafios colocados pela realidade, tanto em função da complexidade crescente das necessidades de saúde da população, devido à transição epidemiológica e demográfica e ao atual contexto sociopolítico, quanto em função do aumento das expectativas da população em relação à efetividade, eficiência e qualidade do SUS.

Novaes (2007) conceitua acreditação como um processo para criação e aperfeiçoamento de técnicas e instrumentos de avaliação na perspectiva da melhoria contínua da qualidade assistencial e organizacional. A certificação desenhada para o PMAQ-AB assemelha-se aos processos de acreditação de serviços de saúde devido ao caráter voluntário da adesão, os níveis de certificação e visitas periódicas de avaliadores. Por outro lado, Savassi (2012) mostra que o processo de certificação do PMAQ-AB difere dos processos de acreditação por agregar repasse financeiro às equipes avaliadas de acordo com o grau de certificação aferido.

Os municípios com realidades socioeconômicas e demográficas próximas são comparados mediante os resultados obtidos com a avaliação externa. Esta comparação ocorre a partir do cálculo de um índice composto por cinco indicadores e com variação de zero a dez. Os indicadores são: Produto Interno Bruto (PIB) (peso 2), percentual de população com plano de saúde (peso 1), percentual da população com bolsa família (peso 1), percentual da população em extrema pobreza (peso 1) e densidade demográfica (peso 1). Foram construídos seis estratos calculados a partir da pontuação do índice e do nº de habitantes, ilustrados no Quadro 1. (BRASIL, 2011a).

Quadro IV. Estratos para comparação de municípios com realidades socioeconômicas e demográficas semelhantes.

Estrato	Crítérios para estratificação
1	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 10 mil habitantes.
2	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 20 mil habitantes.
3	Municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes
4	Municípios com pontuação entre 4,82 e 5,4 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes

Fonte: Extraído de Brasil, 2011a.

5	Municípios com pontuação entre 5,4 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,4 e população entre 100 e 500 mil habitantes.
6	Municípios com população acima de 500 mil habitantes ou com pontuação igual ou superior a 5,85.

A primeira fase configura a etapa formal de adesão ao Programa através de contratualização de compromissos e indicadores entre as EAB e os gestores municipais, e destes com o Ministério da Saúde, desenvolvendo um processo que envolve pactuação local, regional e estadual e o estímulo à efetivação do controle social (BRASIL, 2011a; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

A segunda fase engloba o desenvolvimento do conjunto de ações que serão realizadas pelas equipes de atenção básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde. Essa fase está organizada em quatro dimensões, sendo Autoavaliação, Monitoramento, Educação Permanente e Apoio Institucional (BRASIL, 2011a; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

A autoavaliação corresponde ao primeiro momento da fase de desenvolvimento, objetivando favorecer a identificação e o reconhecimento das dimensões positivas e os pontos críticos percebidos no cotidiano laboral da gestão e das equipes de atenção à saúde e as principais necessidades de educação permanente e de apoio institucional no âmbito dos serviços, sem caráter punitivo. Ações de planejamento estratégico situacional sucedem a esta avaliação, com escalas de priorização das dimensões acordadas pelas equipes e gestores (BRASIL, 2011a; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

A metodologia de avaliação do PMAQ-AB propõe realização de autoavaliações, o que possibilita a elaboração de um diagnóstico acerca da organização e do funcionamento dos serviços e das práticas. Disponibiliza como ferramenta para este processo a Avaliação para Melhoria de Qualidade – AMAQ, um caderno que traz unidades de análise para a gestão e para as equipes de atenção básica, alinhado com o instrumento norteador para a avaliação externa. Este instrumento é uma adaptação do

AMQ e de outras ferramentas validadas para avaliação da qualidade em saúde. O método analítico envolve a avaliação do grau de conformidade com os padrões referentes a cada item, em escala de pontuação de 0 a 10. A nota é dada de acordo com a representação do sujeito/grupo sobre o nível de conformidade entre a situação avaliada e a qualidade desejada no padrão (BRASIL, 2011a). A escala de pontuação é um diferencial para o AMQ, já que neste a opção é categórica de “sim” ou “não”. As dimensões e subdimensão do instrumento AMAQ foram sintetizadas no Quadro V.

Quadro V: Dimensão e Subdimensão da AMAQ

Unidade de Análise	Dimensões	Subdimensões
Gestão	Gestão Municipal	Implantação e Implementação da Atenção Básica no Município, Organização e Integração da Rede de Atenção à Saúde, Gestão do Trabalho, Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário.
	Gestão da Atenção Básica	Apoio Institucional, Educação Permanente e Gestão do Monitoramento e Avaliação
	Unidade Básica de Saúde	Infraestrutura e Equipamentos; Insumos, Imunobiológicos e Medicamentos.
Equipes	Perfil, Processo de Trabalho e Atenção integral à Saúde	Perfil da Equipe; Organização do Processo de Trabalho; Atenção integral à Saúde; Participação, Controle Social e Satisfação do Usuário.

Fontes: Brasil, 2011a; Pinto, Sousa e Florêncio, 2012

Cabe ressaltar que cada equipe tem a liberdade de utilizar o instrumento de avaliação que melhor se enquadre em seu perfil e em suas necessidades, podendo

ser o AMQ, AMAQ ou outro definido pelo município e/ou equipes. Para o PMAQ-AB, o MS adotou como principal estratégia o AMAQ, no entanto, deixa livre para o município a opção, já que a intenção é que equipes e gestores desenvolvam a cultura da autoavaliação (BRASIL, 2011a).

O desenho do PMAQ-AB aborda metodologia de avaliação de caráter qualitativo como a autoavaliação, além de uma vertente quantitativa, com a adoção de 47 indicadores de contratualização, sendo 24 de desempenho e 23 de monitoramento (BRASIL, 2011a).

Os indicadores de desempenho foram relacionados ao processo de avaliação externa para análise do município e tem peso na nota para certificação das equipes. Já os indicadores de monitoramento não compõem nota para certificação, sendo incluídos e informados ao MS para acompanhamento periódico e sistemático pelas equipes, com possibilidade de mudança para indicadores de desempenho em ciclos posteriores (BRASIL, 2011a). Os dados são oriundos do SIAB e direcionados para as áreas assistenciais prioritárias apontadas pelo Ministério da Saúde, em sincronia com os indicadores do Pacto pela Saúde e do Indicador Nacional de Saúde do Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS (BRASIL, 2011a), conforme mostrado na Tabela 1.

Tabela 1: Indicadores de desempenho e Monitoramento

Área estratégica	Indicadores de Desempenho	Indicadores de Monitoramento	Total
Saúde da Mulher	6	1	7
Saúde da Criança	6	3	9
Controle da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.	4	2	6
Saúde Bucal	4	3	7

Tuberculose e Hanseníase	0	2	2
Produção Geral	4	8	12
Saúde Mental	0	4	4
Total	24	23	47

Fonte: Brasil 2011 a

Destaca-se ainda, na fase de Desenvolvimento, a importância de articulação entre processos de Educação Permanente e Apoio Institucional, com desenvolvimento de competências de gestão e cuidado na AB. O que pode ampliar as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos profissionais é a instituição de mecanismos de apoio e coordenação horizontal, com troca de experiências, grupos de estudo, apoio matricial, etc. (BRASIL, 2011a).

Para a dimensão Monitoramento, o acompanhamento dos indicadores contratualizados é preconizado, orientando a pactuação das metas e dos compromissos entre as EAB e municípios e destes com estados e MS, planejamento e programação local em saúde, avaliação dos resultados alcançados a partir do uso das informações disponibilizadas para as EABs e gestores. (BRASIL, 2011a; PINTO; SOUZA; FLORÊNCIO, 2012).

As ações de monitoramento também favorecem o fortalecimento das práticas de Apoio Institucional e Educação Permanente (BRASIL, 2011a; PINTO; SOUZA; FLORÊNCIO, 2012).

A terceira fase corresponde à avaliação externa, sendo verificadas as condições de acesso e de qualidade dos municípios e das equipes de atenção básica que aderiram ao programa, com apoio de instituições de ensino e pesquisa. Objetiva certificar as equipes através do monitoramento dos indicadores contratualizados e averiguação de um conjunto de padrões de qualidade nas unidades básicas de saúde; avaliação da rede local de saúde; avaliação da satisfação dos usuários e da utilização dos serviços pelos mesmos (BRASIL, 2011a; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

A avaliação externa é composta de diversas etapas para certificação das equipes, tendo como resultado a geração de um escore a partir do somatório de três

componentes: autoavaliação, indicadores de desempenho e dimensões da avaliação externa, descritos abaixo (BRASIL, 2012ba, 2013a; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

Quanto à realização de autoavaliação pela EAB, verifica-se o instrumento utilizado e documentos comprobatórios desta etapa, como o preenchimento do instrumento e das matrizes de intervenção, compondo 10% da nota. Analisa-se também o desenvolvimento das EAB nos 24 indicadores de desempenho monitorados (20% da nota). Para cálculo dos indicadores de desempenho referentes ao 1º ciclo, foram considerados os dados do SIAB referentes às competências março, abril e maio de 2012, comparando-se os resultados obtidos pelas EAB com os parâmetros ou médias do município, estrato, estado e país. Dos 24 indicadores, foram utilizados 20, já que os indicadores de Saúde Bucal apresentaram irregularidade ou incompletude de dados no período analisado (BRASIL, 2013a).

O cálculo dos indicadores foi estruturado em quatro eixos: a) análise de consistência de dados do SIAB, b) ponderação de acordo com o envio de dados no período correspondente (redução percentual de acordo com o não envio proporcional de dados nas três competências referentes), c) ponderação das EAB segundo a média aritmética e desvio-padrão ou parâmetro e desvio-padrão (a média foi utilizada quando não havia um parâmetro estabelecido para o indicador, sendo ambos associados ao desvio-padrão) e d) ponderação segundo a relevância atribuída às propriedades dos indicadores, variando de 1 a 4, sendo: valor 1- pouco importante, valor 2- moderadamente importante, valor 3- importante, valor 4- muito importante. O percentual corresponde ao valor (peso) que cada uma assume (Exemplo: peso 1, percentual 0,1) (BRASIL, 2013a).

Os outros 70% da nota de certificação das EAB corresponderam ao resultado do desempenho nas dimensões avaliativas decorrentes da aplicação do instrumento Documento Síntese para Avaliação Externa, que norteia as equipes de avaliadores e os municípios participantes, além das respostas das EAB e gestores no módulo on-line. Para tal, foi utilizada matriz de pontuação, organizando as questões em dimensões e subdimensões (BRASIL, 2012ba, 2013a).

O instrumento para avaliação externa foi organizado conforme a subdivisão do instrumento AMAQ (BRASIL, 2011a), descrita no quadro 3. É composto por itens para análise de questões que são de responsabilidade dos gestores e das equipes. Permite a avaliação de dados referentes à estrutura, vínculo e condições de trabalho dos profissionais; ao apoio dado às equipes pela gestão da atenção básica; ao acesso e qualidade da atenção à saúde ofertada aos cidadãos e à satisfação e participação dos usuários.

Para orientar o trabalho dos avaliadores externos, o instrumento foi dividido em quatro módulos, que avaliam, sequencialmente (BRASIL, 2012ba):

- Módulo I: observação na Unidade Básica de Saúde, verificando as condições estruturais, de materiais, insumos e medicamentos da UBS. O avaliador deve ser acompanhado por um profissional da EAB. No 1º ciclo do PMAQ-AB, a visita in loco pelos avaliadores foi realizada às equipes que aderiram ao programa para verificação dos requisitos apontados e certificação das equipes. As demais equipes de AB do país também foram visitadas para realização do 1º Censo Nacional das UBSs, objetivando verificar a estrutura das unidades básicas de saúde;

- Módulo II: o avaliador realiza entrevista com um profissional de nível superior da EAB e verifica documentos na Unidade Básica de Saúde, analisando o processo de trabalho da equipe e organização da assistência aos usuários;

- Módulo III: entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde, para conhecer a satisfação e percepção dos usuários sobre o serviço em termos de acesso e utilização dos mesmos. Um quarto módulo on-line foi utilizado com questões a serem respondidas por gestores e equipes, complementando as informações dos módulos anteriores. Em cada módulo, constam questões que enfocam a certificação das equipes e outras voltadas para melhoria das políticas de saúde. As informações componentes do instrumento de avaliação externa correspondem a cinco dimensões avaliativas apresentadas no Quadro 3.

Para certificação, também foi atribuído um valor para cada subdimensão, variando de 1 a 4, sendo que o percentual de cada subdimensão corresponde ao peso que cada uma assume (Exemplo: peso 1, percentual 0,1) (BRASIL, 2013a).

Quadro VI: Dimensões componentes do documento síntese para avaliação externa

Dimensão Avaliativa	Percentual
Gestão Municipal para Desenvolvimento da Atenção Básica – Estruturação da equipe gestora da AB, apoio institucional às EAB e verificação dos compromissos pactuados pelo gestor no TC.	10 %
Estrutura e Condições de Funcionamento das UBSs – Verificação da infraestrutura, acessibilidade, ambiência e condições de trabalho, a disponibilidade de equipamentos, insumos e medicamentos voltados para as áreas assistenciais priorizadas para a AB.	10%
Valorização do Trabalhador – formação dos membros da EAB, o investimento feito pela gestão municipal no desenvolvimento profissional, formação e educação permanente da EAB, a garantia de direitos trabalhistas, vínculos de trabalho, existência de carreira e implantação de dispositivos desejáveis de gestão do trabalho.	20%
Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho – avaliação do acesso; a implantação de dispositivos como o acolhimento, agenda compartilhada, ferramentas de gestão do cuidado e gestão colegiada do processo de trabalho; assistência à saúde nas áreas prioritárias na perspectiva dos profissionais e dos usuários.	50%
Acesso, utilização e participação e satisfação do usuário – utilização dos serviços pelo usuário, várias dimensões de sua satisfação e implantação de dispositivos e espaços de participação dos usuários e de exercício do controle social.	10%

Fontes: Brasil, 2012; Pinto, Souza e Florêncio, 2012

A partir da avaliação e ponderação das dimensões acima mencionadas são gerados os conceitos de certificação para cada equipe (BRASIL, 2012). Assim, as EAB podem ser classificadas em:

- Desempenho insatisfatório: desempenho da EAB menor que -1 (menos um) desvio-padrão da média do desempenho das EAB do mesmo estrato.
- Desempenho regular (mediano ou pouco abaixo da média): desempenho da EAB menor do que a média do desempenho das equipes de saúde do seu estrato.
- Desempenho bom (acima da média): EAB com resultado alcançado foi maior do que a média e menor ou igual a +1 (mais um) desvio-padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato.
- Desempenho ótimo (muito acima da média): as equipes cujo resultado alcançado foi maior do que +1 (mais um) desvio-padrão da média do desempenho das equipes em seu estrato.

Após publicação da certificação das equipes, os municípios passam a receber o valor correspondente ao desempenho de cada EAB (BRASIL, 2011a), sendo distribuído conforme apresentado no Quadro 4.

Quadro VII. Níveis de certificação das equipes a partir do desempenho no programa

Desempenho	Repasse de Verbas
Insatisfatório	Suspensão do repasse da verba
Regular	Manutenção dos 20% do Componente de Qualidade do PAB-variável.
Bom	Ampliação para 60% do Componente de Qualidade do PAB-variável.

Fonte: Brasil, 2011a

O Ministério da Saúde orienta que, a partir do segundo ciclo, os municípios tem um prazo de dois a seis meses após a adesão para solicitar a avaliação externa, sendo esta fase realizada a cada 18 meses. Os critérios para participação nessa etapa incluem o preenchimento de dados sobre as práticas das equipes no SGDAB e comunicação ao CMS, à CIR e à CIB. (BRASIL, 2011a).

A quarta fase perpassa um processo de repactuação e novas adesões de equipas de atenção básica e dos gestores, com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, propiciando um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do programa (BRASIL, 2011a; PINTO; SOUSA; FLORÊNCIO, 2012).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Apresentamos agora os resultados obtidos primeiramente por cada categoria profissional e posteriormente o resultado geral envolvendo todas as categorias. Antes de proceder a tais resultados é importante explicarmos como chegamos a tais especificações. Primeiramente separamos as classificações de cada padrão meta avaliativos por profissional. Assim, os enfermeiros, médicos, dentistas, ACS, ASB, técnicos em enfermagem, responderam de 0 a 10 o que consideraram em cada padrão meta avaliativo. Com as notas, foi realizada a média de cada padrão e posteriormente foi dado um primeiro resultado respeitando os seguintes intervalos proposto por Stufflebeam (1999):

Excelente: 9,0 -10,0

Muito Bom: 7,0 -8,9

Bom: 3,0 – 4,9

Pobre ou Crítico < 3,0

Após as pontuações dadas para cada caso, os escores foram reclassificados adotando-se como ponto de corte os valores abaixo:

Insatisfatório: <33,33%

Alcançado: 33,33- 66, 6%

Satisfatório: > 66,6%

Dessa forma consideramos estes três critérios baseados na figura ilustrativa abaixo:

Figura 1: Critério após escores

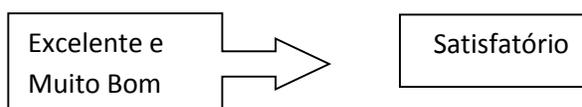


Figura 2: Critério após escores

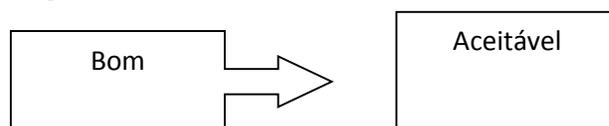
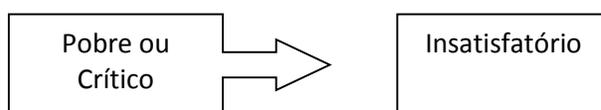


Figura 3: Critério após escores



Então o que eles consideraram Excelente e Muito bom, resultou em SATISFATÓRIO, Bom; ACEITÁVEL, Pobre ou Crítico; NÃO ALCANÇADO.

A seguir têm-se o que foi descrito acima por cada profissional que aplicamos os surveys;

Tabela 02: Notas, Médias e Resultado para o padrão Utilidade dadas pelo Enfermeiro:

Notas/Padrão	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7
Nota 1	2	8	8	6	8	5	8
Nota 2	5	5	5	8	5	4	5
Nota 3	9	9	9	9	9	9	9
Nota 4	1	5	4	3	1	1	5
Nota 5	8	10	9	9	9	10	9
Nota 6	10	10	10	9	10	10	9
Nota 7	8	8	8	8	10	9	10
MÉDIA	5,7	6,1	6,8	7,2	5,1	6,6	5,7
RESULTADO	BOM	BOM	BOM	MUITO BOM	BOM	BOM	BOM

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Observa-se que somente o padrão U4 os enfermeiros consideram MUITO BOM. Dessa forma eles pontuaram que as perspectivas, os procedimentos e a justificativa usados para interpretar as descobertas da avaliação foram cuidadosamente descritos pelo PMAQ-AB, de modo a deixar bem claras as bases que sustentam os juízos de valor (Quadro III). Já os outros padrões (U1) Identificação dos *Stakeholders*, (U2) Credibilidade dos Avaliadores, (U3) Abrangência e Seleção da Informação,

(U5)Clareza dos Relatórios, (U6)Oportunidade e Disseminação dos Relatórios, e (U7)Impacto da Avaliação respectivamente BOM (ACEITÁVEL).

Percebemos um pouco da fragilidade do Programa nestes outros padrões, pois como foi ilustrado na figura 2 acima e de acordo com as notas de cortes dadas por Stufflebean (1999), BOM são notas de 3 a 4,9, ou seja um intervalo não muito adequado para essa categoria, pois foi considerada pelos enfermeiros ACEITÁVEL, o que demonstra preocupação, pois se uma avaliação é parcialmente útil ela só atende parcialmente às necessidades de informação dos envolvidos.

De acordo com esses padrões, a avaliação deve ser conduzida por um avaliador competente e isto deve servir como garantia de sua credibilidade; dar atenção a todos os interessados (stakeholders) na avaliação em foco; negociar os propósitos da avaliação e selecionar informação relevante de modo a atender às necessidades desses interessados; indicar os valores que embasam os propósitos , processos e a interpretação dos resultados;apresentar comunicações e relatórios que descrevem claramente o que foi realizado e que sejam entregues nos prazos estabelecidos (ELLIOT, 2011).

Gráfico 1 : Resultado Final para a Categoria Utilidade dada pelo Enfermeiro



Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Tabela 03: Notas, Médias e Resultado para o padrão VIABILIDADE dadas pelo Enfermeiro:

Notas/Padrão	V1	V2	V3
Nota1	8	7	7
Nota 2	5	6	6
Nota 3	9	9	9
Nota 4	6	5	5
Nota 5	9	9	9
Nota 6	8	7	9
Nota 7	9	9	8
MÉDIA	7,7	7,4	7,5
RESULTADO	MUITO BOM	MUITO BOM	MUITO BOM

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Gráfico 2: Resultado Final para a Categoria Viabilidade/Enfermeiro



Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

De acordo com a tabela 3 e gráfico 2 os enfermeiros consideraram que a Categoria VIABILIDADE é 100% aceitável, e como visto nas discussões acima a categoria VIABILIDADE considera que as avaliações são viáveis quando elas podem acontecer com um adequado grau de eficácia e eficiência, sendo (V1) Viabilidade Prática, eles consideraram que os procedimentos avaliativos foram práticos,(V2) Viabilidade Política consideraram também que a avaliação foi planejada e conduzida de

modo a levar em conta as diferentes posições dos vários grupos de interesse, possibilitando assim obter a sua cooperação, bem como minimizar e neutralizar possíveis tentativas de algum desses grupos restringir as operações ou deturpar ou aplicar mal os resultados e (V3) A avaliação foi eficiente e produziu informações suficientes e valiosas, de modo a justificar os recursos investidos.

Tabela 4: Notas, Médias e Resultado para o padrão PROPRIEDADE dadas pelo Enfermeiro:

Notas/ Padrã o	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Nota 1	7	8	7	8	3	3	4	2
Nota 2	6	5	5	7	5	5	4	1
Nota 3	9	9	9	1	9	9	10	7
Nota 4	2	2	6	1	1	7	5	2
Nota 5	9	10	10	8	7	8	10	8
Nota 6	8	9	8	10	9	7	9	7
Nota 7	9	9	9	5	9	9	9	9
Média	7,1	7,4	7,7	5,7	6,1	6,8	7,2	5,1
Result ado	MUITO BOM	MUITO BOM	MUITO BOM	BOM	BOM	BOM	MUITO BOM	BOM

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Quadro VIII do resultado para a Categoria PROPRIEDADE/ENFERMEIRO

Média Final	Resultado Final
6,6	BOM (ACEITÁVEL)

Para o padrão P1(Orientação para o serviço), P2(Acordos Formais), P3(Direito dos Sujeitos) e P7(Conflitos de Interesses) os enfermeiros consideram MUITO BOM, ou seja, eles avaliam que o PMAQ-AB foi projetado de forma a ajudar as organizações e dar atendimento efetivo às necessidades de todos os que delas dependem (P1), que os conflitos de interesse foram discutidos aberta e honestamente, não comprometendo os

processos e resultados da avaliação (P2), e que as obrigações das partes envolvidas no processo avaliador (o que deve ser feito, como, por quem, quando) foram registradas por escrito, (P3), e por ultimo que o PMAQ-AB foi projetado e conduzido de modo a respeitar e proteger os direitos e o bem-estar dos sujeitos (P7).

O padrão P4(Interações Humanas), P5(Aferição Completa e Justa), P6(Apresentação dos Resultados),P8(Responsabilidade Fiscal), eles julgaram (BOM) uma nota mais baixa, resultando em uma média mais baixa em relação ao aos outros padrões. (Quadro VIII)

Após calcular a média das médias de cada padrão obtido, temos como resultado final uma média final de 6,6(BOM) (figura 2), dando como resultado FINAL que os enfermeiros consideram que a categoria PROPRIEDADE, é PARCIALMENTE ACEITÁVEL.

Para tal padrão uma avaliação deve produzir informação significativa, e por isso, tecnicamente correta, explicitando com clareza o que se espera para os avaliados. Os procedimentos devem ser documentados de tal modo que possam ser explicitados, conhecidos e verificados oferecendo informação confiável.

Diante do exposto os Enfermeiros avaliaram PARCIALMENTE ACEITÁVEL as informações do parágrafo anterior, considerando então que a veracidade das representações de avaliação, proposições e conclusões, especialmente aquelas que suportam os julgamentos sobre a qualidade dos programas ou componentes do programa são PARCIALMENTE ACEITÁVEIS.

Tabela 5: Notas, Médias e Resultado para o padrão PRECISÃO dadas pelo Enfermeiro:

Nota s/Pa drão	PR1	PR2	PR3	PR4	PR5	PR6	PR7	PR8	PR9	PR1 0	PR1 1
	Nota 1	8	7	5	6	7	7	7	8	8	2
Nota 2	1	3	4	5	4	5	6	6	3	4	4

Nota 3	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Nota 4	2	2	4	1	6	8	8	7	4	5	7
Nota 5	9	9	10	9	9	9	10	10	9	9	9
Nota 6	9	8	9	7	9	9	10	9	9	9	9
Nota 7	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Média	6,8	6,8	7,2	6,7	7,7	8,1	8,5	8,4	7,4	6,8	7,5
Resultado	BO M	BO M	MUI TO BO M	BO M	MUI TO BO M	MUI TO BO M	MUI TO BO M	MUI TO BO M	MUI TO BO M	BO M	MUI TO BO M

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Quadro IX: resultado para a categoria PRECISÃO/ENFERMEIRO

Média Final	Resultado Final
7,5	MUITO BOM

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Após a análise da TABELA 5 observou-se que os padrões: PR1(Documentação do Programa), PR2 (Análise Contextual), PR4 (Fonte de Informação Defensível), PR10(Conclusões Justificadas) foram avaliadas pelo enfermeiro sendo BOM. PR3(Propósitos e Procedimentos descritos),PR5(Informação Válida) ,PR6 (Informação Confiável),PR7(Informação Sistemática),PR8(Análise Quantitativa),PR9(Análise Qualitativa), PR10(Conclusões Justificadas) PR11(Relatório Imparcial) foram julgadas pelo Enfermeiro como MUITO BOM.

Após média das médias de cada Padrão descobriu-se que Enfermeiros do PMAQ-AB avaliaram a categoria PRECISÃO como SATISFATÓRIA.

Avaliações precisas exigem um modelo inclusivo de Comunicação Humana baseada na cooperação e negociação, segundo Yarbrough et al (2011). Estes autores explicam que a comunicação precisa ocorre quando todos os envolvidos na avaliação compartilham seus conhecimentos reciprocamente e cooperativamente com o objetivo de uma compreensão compartilhada.

Diante da exposição teórica os enfermeiros consideraram bem PRECISA a Avaliação do PMAQ-AB.

Tabela 6: Notas, Médias e Resultado para o padrão UTILIDADE dadas pelo ACS:

Notas/Padr ão	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7
Nota 1	8	5	7	7	8	8	6
Nota 2	8	5	7	6	8	8	6
Nota 3	8	5	7	7	8	8	7
Nota 4	9	9	9	9	9	9	9
Nota 5	7	8	8	8	7	8	8
Nota 6	7	8	9	8	8	8	8
Nota 7	9	9	9	9	9	9	9
Nota 8	9	9	9	9	9	9	9
Nota 9	9	9	9	9	9	9	9
Nota 10	8	10	10	10	10	9	10
Nota 11	9	10	7	7	8	9	9
Nota 12	7	7	8	7	7	6	6
Nota 13	4	3	4	3	2	4	3
Nota 14	4	5	3	5	5	5	5
Nota 15	7	8	7	8	10	9	10
Nota 16	8	8	7	7	8	8	7
Nota 17	9	7	8	8	8	8	9
Média	7,6	7,3	7,5	7,4	7,8	7,8	7,6

Resultado	MUITO BOM						
------------------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Quadro X : Resultado para a categoria UTILIDADE/ACS

Média Final	Resultado Final
8,14	MUITO BOM

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

(U1) Identificação dos *Stakeholders*, (U2) Credibilidade dos Avaliadores, (U3) Abrangência e Seleção da Informação, (U4) Identificação dos Valores (U5) Clareza dos Relatórios, (U6) Oportunidade e Disseminação dos Relatórios, e (U7) Impacto da Avaliação os ACS julgaram MUITO BOM, e após a média das médias obteve-se uma média final de 8,14, resultando que o PMAQ-AB em relação à atender as necessidades de informação dos envolvidos na visão do ACS foi considerado MUITO BOM.

Tabela 7: Notas, Médias e Resultado para o padrão VIABILIDADE dadas pelo ACS:

Notas/Padrão	V1	V2	V3
Nota 1	6	5	1
Nota 2	6	5	1
Nota 3	7	6	1
Nota 4	9	9	9
Nota 5	8	8	8
Nota 6	8	7	9
Nota 7	9	9	9
Nota 8	9	9	9
Nota 9	9	9	9
Nota 10	10	10	10
Nota 11	10	9	8
Nota 12	6	6	5

Nota 13	3	2	3
Nota 14	5	5	4
Nota 15	9	9	10
Nota 16	8	7	8
Nota 17	8	9	8
Média	7,6	7,2	6,5
Resultado	MUITO BOM	MUITO BOM	MUITO BOM

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Quadro XI: Resultado para a categoria VIABILIDADE/ACS

Média Final	Resultado Final
7,17	MUITO BOM

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

De acordo com a tabela XI e QUADRO XI os ACS consideraram que a Categoria VIABILIDADE é MUITO BOM em todos os padrões. A categoria VIABILIDADE considera que as avaliações são viáveis quando elas podem acontecer com um adequado grau de eficácia e eficiência, sendo (V1) Viabilidade Prática, eles consideraram que os procedimentos avaliativos foram práticos, (V2) Viabilidade Política consideraram também que a avaliação foi planejada e conduzida de modo a levar em conta as diferentes posições dos vários grupos de interesse, possibilitando assim obter a sua cooperação, bem como minimizar e neutralizar possíveis tentativas de algum desses grupos restringirem as operações ou deturpar ou aplicar mal os resultados e (V3) A avaliação foi eficiente e produziu informações suficientes e valiosas, de modo a justificar os recursos investidos.

Tabela 8: Notas, Médias e Resultado para o padrão PROPRIEDADE dadas pelo ACS:

Notas/Padrã								
o	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Nota 1	1	6	3	10	8	1	5	1
Nota 2	1	6	3	10	8	1	5	1

Nota 3	1	6	3	10	8	1	6	1
Nota 4	8	9	9	1	9	9	5	6
Nota 5	8	8	8	10	1	8	8	8
Nota 6	9	9	8	3	7	7	5	5
Nota 7	8	9	9	1	9	9	10	6
Nota 8	8	9	9	1	9	9	10	6
Nota 9	9	9	9	1	9	9	10	6
Nota 10	10	10	10	10	4	10	10	10
Nota 11	10	9	10	9	9	10	10	10
Nota 12	7	7	5	5	5	5	6	8
Nota 13	4	2	3	2	2	3	2	3
Nota 14	4	5	4	6	5	5	5	5
Nota 15	8	9	10	10	9	7	5	7
Nota 16	7	8	8	7	8	9	8	6
Nota 17	9	8	9	7	8	9	8	6
Média	6,5	7,5	7,0	6,0	6,9	6,5	6,9	5,5
Resultado		MUITO	MUITO					
		O	O					
	BOM	BOM	BOM	BOM	BOM	BOM	BOM	BOM

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Quadro XII: Resultado para a PROPRIEDADE/ACS

Média Final	Resultado Final
6,6	BOM

O padrão P1(Orientação para o serviço), P3(Direito dos Sujeitos) P4(Interações Humanas), P5(Aferição Completa e Justa), P6(Apresentação dos Resultados), e P7(Conflitos de Interesses) e P8(Responsabilidade Fiscal) os ACS pontuaram para uma média que desse resultado BOM, já o P2(Acordos Formais), os ACS consideram MUITO BOM e após a média das médias obteve-se uma média final de

6,6(BOM) resultando que o PMAQ-AB em relação a proteger o direito dos sujeitos envolvidos na avaliação foi julgado como BOM.

Tabela 9: Notas, Médias e Resultado para o padrão PRECISÃO dadas pelo ACS:

Nota											
Padrão	PR1	PR2	PR3	PR4	PR5	PR6	PR7	PR8	PR9	PR10	PR11
Nota											
1	1	1	6	2	2	3	5	1	2	3	2
Nota											
2	1	1	6	2	2	3	5	1	2	3	2
Nota											
3	1	1	6	2	2	4	6	1	3	4	3
Nota											
4	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Nota											
5	7	8	8	8	8	7	8	7	8	8	8
Nota											
6	7	8	7	7	9	10	10	10	9	8	6
Nota											
7	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Nota											
8	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Nota											
9	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Nota											
10	10	9	9	9	9	9	9	9	9	9	10
Nota											
11	10	10	10	10	10	9	9	10	10	9	10
Nota											
12	8	7	6	6	7	7	6	6	6	6	6

Nota											
13	2	2	3	3	2	2	3	2	3	2	3
Nota											
14	5	5	5	5	5	5		5	5	5	5
Nota											
15	9	7	10	7	8	7	8	10	9	8	7
Nota											
16	9	8	9	7	7	7	7	8	8	9	8
Nota											
17	9	8	8	7	7	7	7	8	8	9	8
Médi											
a	7	6,7	7,8	6,7	6,9	7,0	7,6	6,9	7,1	7,2	6,9
Resu	MUIT		MUIT			MUIT	MUIT		MUIT	MUIT	
ltado	O		O			O	O		O	O	
	BOM	BOM	BOM	BOM	BOM	BOM	BOM	BOM	BOM	BOM	BOM

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Quadro XIII: Resultado para a PRECISÃO/ACS

Média Final	Resultado Final
7,0	MUITO BOM

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Após a análise da TABELA 9 observou-se que os padrões: PR1(Documentação do Programa), PR3(Propósitos e Procedimentos descritos)PR4 (Fonte de Informação Defensível) PR7(Informação Sistemática), PR11(Relatório Imparcial) foram julgadas pelo ACS como BOM. PR2 (Análise Contextual), PR5(Informação Válida) ,PR6 (Informação Confiável),PR8(Análise Quantitativa),PR9(Análise Qualitativa), PR10(Conclusões Justificadas) foram avaliadas pelos ACS como MUITO BOM.

Após a quantificação da média das médias os ACS avaliaram a categoria PRECISÃO MUITO BOM. Assim os ACS consideraram que o PMAQ-AB garantiu que as

informações técnicas da avaliação referente às características que determinam o valor ou mérito do programa são adequadas e confiáveis.

Tabela 10: Figura Notas, Médias e Resultado para o padrão UTILIDADE dadas pelos Dentistas:

Notas/Padrão	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7
Nota 1	1	5	5	5	8	1	5
Nota 2	1	5	5	6	4	4	4
Nota 3	9	9	8	7	7	6	7
Média	3,6	6,3	6	6	6,3	3,6	5,3
Resultado	FRACO	BOM	BOM	BOM	BOM	FRACO	BOM

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Quadro XIV: resultado para Categoria UTILIDADE/Dentistas

Média Final	Resultado Final
5,3	BOM

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

O (U1) Identificação dos *Stakeholders*, os dentistas consideraram FRACO. Tal perspectiva é ruim para o Programa pois é um padrão de extrema importância em uma avaliação, pois como pode ser visto no QUADRO()As pessoas envolvidas e afetadas pela avaliação os *stakeholders* devem ser efetivamente envolvidos no processo avaliador a fim de minimizar as possibilidades de resistências, de desvios de interesse e de boicotes à avaliação. Ademais, o efetivo envolvimento dos *stakeholders* oportuniza o melhor atendimento de suas necessidades de informação e, conseqüentemente, resultados úteis para a tomada de decisões, bem como assegura a estabilidade e continuidade do processo avaliador. Dessa forma essa categoria profissional não se sentiu envolvida com o PMAQ-AB.

O padrão (U6) Oportunidade e Disseminação dos Relatórios também foi considerada FRACO pelos Dentistas. Tal padrão se caracteriza pelos *stakeholders* serem informados periodicamente de forma oral ou escrita dos resultados de uma

avaliação, Assim sendo, relatórios parciais devem ser produzidos para que a informação possa estar disponível no momento em que decisões precisam ser tomadas, pois é inútil uma informação que, embora relevante, não esteja disponível no momento oportuno.

O impacto de um programa de avaliação está diretamente ligado ao sucesso da disseminação dos resultados. Uma política de disseminação dos resultados precisa considerar os diferentes grupos para que, em função de suas características, as informações que correspondem à diversidade dos interesses possam ser relacionadas. (VIANA, 2010)

Os demais padrões (U2),(U3),(U4),(U5),(U7) os dentistas pontuaram como BOM. Após a média das médias obteve-se um resultado final para a categoria UTILIDADE BOM.

Tabela 11: Notas, Médias e Resultado para o padrão VIABILIDADE dadas pelos Dentistas

Notas/Padrão	V1	V2	V3
Nota 1	6	7	6
Nota 2	5	6	2
Nota 3	6	7	8
Média	5,6	6,6	5,3
Resultado	BOM	BOM	BOM

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Quadro XV: Resultado para Categoria VIABILIDADE/Dentistas

Média Final	Resultado Final
5,8	BOM

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Os dentistas consideraram o padrão V1(Procedimentos Práticos), V2(Viabilidade Política), V3(Custo benefício) BOM. Tal resultado mostra que os dentistas consideram a categoria VIABILIDADE razoável o que demonstra preocupação pois a

viabilidade refere-se a uma avaliação planejada e realizada com previsão e antecipação das diferentes posições dos vários grupos de interesse para que haja cooperação, e aos aspectos de boa utilização dos recursos. (DEPRESBITERIS, 2005). A viabilidade adequada serve como pré-condição para outros atributos de qualidade (Yarbrough et all, 2011).

Tabela 12: Notas, Médias e Resultado para a categoria PROPRIEDADE dadas pelos Dentistas

Nota/ Padrão	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Nota 1	7	1	8	1	1	1	9	1
Nota 2	2	4	6	7	1	5	6	2
Nota 3	7	8	9	6	6	5	6	6
Média	5,3	4,3	7,6	4,6	2,6	3,6	7	3
Resultado		FRAC	MUITO	FRAC	POBR	FRAC	MUITO	
o	BOM	O	BOM	O	E	O	BOM	FRACO

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Quadro XVI: resultado para Categoria PROPRIEDADE/Dentistas

Média Final	Resultado Final
4,7	FRACO

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

A tabela demonstra que o padrão P1(Orientação para o serviço) foi considerado BOM, P3(Direito dos sujeitos) MUITO BOM e P7(Conflitos de interesse) MUITO BOM.

Para o padrão P2(Acordos formais), P4(Interações Humanas) P6(Apresentação dos resultados), P8(Responsabilidade Fiscal) os dentistas avaliaram o PMAQ-AB FRACO. O padrão P5(Aferição completa e justa) os dentistas pontuaram pobre.

Tal categoria não foi bem pontuada pelos dentistas, o que é extremamente grave uma vez que a Precisão assegura que uma avaliação seja realizada ética e legalmente, com o devido respeito ao bem estar dos envolvidos na avaliação, bem como daqueles afetados pelos resultados. Após a média das médias, obteve-se um resultado extremamente ruim. Dessa forma tal Categoria foi não foi bem caracterizada por esses profissionais.

Tabela 13: Notas, Médias e Resultado para o padrão PRECISÃO dadas pelos Dentistas

Nota/ Padr ão	PR1	PR2	PR3	PR4	PR5	PR6	PR7	PR8	PR9	PR1 0	PR1 1
Nota 1	4	5	5	1	7	8	8	8	8	8	8
Nota 2	2	2	3	4	5	6	7	5	6	2	2
Nota 3	7	7	7	8	6	6	7	7	6	7	7
Médi a	4,3	4,6	5	4,3	6	6,6	7,3	6,6	6,6	5,6	5,6
Resu ltado	FRA CO	FRA CO	BOM	FRA CO	BOM	BO M	MUI TO BO M	BO M	BO M	BO M	BO M

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Quadro XVII: Resultado para Categoria PRECISÃO/Dentistas

Média Final	Resultado Final
5,7	BOM

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Os dentistas pontuaram PR1(Documentação do Programa) PR2(Análise Contextual), PR4(Fontes de informações defensáveis), dando um resultado FRACO.

Para o padrão PR1 o programa deve ser descrito e documentado claramente e com exatidão, para que possa ser identificado com clareza. Tal padrão recomenda que a equipe de avaliação tenha amplo conhecimento do programa sob avaliação, do projeto inicial à implementação. Os dados referentes ao programa devem ser colhidos junto à coordenação e seu staff e devem incluir aspectos relacionados às características do pessoal operacional, aos custos aos procedimentos das atividades, ao local, às instalações, ao ambiente e à finalidade aos objetivos e às metas dele. (Teses de Doutorado)

O Padrão PR2 considera que o contexto no qual o programa existe deve ser examinado detalhadamente, de modo à identificar as suas prováveis influencias sobre o programa. Já o PR4 considera que as fontes de informação utilizadas na avaliação de um programa devem ser detalhadamente descritas, para que a adequação da informação possa ser aferida.

Já os padrões PR3(Propósitos e Procedimentos Descritos), PR5(Informação Válida), PR6(Informação Confiável), PR8(Análise da Informação qualitativa), PR10(Conclusões Justificadas)PR11(Relatório Imparcial) os dentistas pontuaram dando como Resultado BOM. PR7(Informação sistemática) o resultado foi MUITO BOM.

Após cálculo da média das médias foi dado uma média final de 5,7(BOM). Tal resultado demonstra que os dentistas não qualificaram tão bem tal categoria visto que 3 padrões foram classificados como FRACO. A categoria PRECISÃO orienta que avaliação produza e revele informação exata e confiável, isto é, tem por objetivo assegurar que a avaliação revele e transmita informações tecnicamente adequadas sobre os aspectos que determinam o valor e o mérito do objeto sob avaliação. Isso implica que sejam coletados dados sobre o maior número possível de aspectos a ele relacionados, além de os julgamentos estarem logicamente ligados aos dados.

Tabela 14: Notas, Médias e Resultado para o padrão UTILIDADE dadas pelos Médicos

Nota/Padrão	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7
Nota 1	7	9	8	7	8	10	9
Nota 2	1	3	1	4	1	1	1
Nota 3	1	1	1	1	7	1	5
Nota 4	1	1	1	1	1	1	1
Média	2,5	3,5	2,75	3,25	4,25	3,25	4
Resultado	POBRE	FRACO	POBRE	FRACO	FRACO	FRACO	FRACO

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Quadro XVIII: Resultado para Categoria UTILIDADE/Médicos

Média Final	Resultado Final
3,3	FRACO

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Os médicos consideraram a categoria UTILIDADE FRACO, pontuaram resultando em uma media final 3,3 . Tal análise é de extrema preocupação, pois esta categoria profissional é de muita importância para o programa, inclusive em busca de indicadores considerados importantíssimos para o município. De acordo com Worthen Sanders e Fitzpatrick(2004), o Joint Committe reconhece que sem a CATEGORIA UTILIDADE, uma avaliação não presta, e que se uma Avaliação não é útil não deverá ser executada.

A UTILIDADE refere-se à garantia em identificar as pessoas envolvidas na avaliação, de modo a atender às suas necessidades e interesses; à credibilidade dos avaliadores; à seleção de informações de forma abrangente para responder a perguntas sobre o objeto avaliado; à identificação dos fundamentos para interpretar resultados; à

agilidade na produção e disseminação dos resultados e à clareza das informações avaliativas (DEPRESBITERIS,2005).

O Impacto de um programa de avaliação este diretamente ligado ao sucesso da disseminação dos resultados. Uma política de divulgação dos resultados precisa considerar os diferentes grupos para que, em função de suas características, as informações que correspondem à diversidade dos interesses possam ser selecionadas. Assim, a validade de uma avaliação depende grandemente da disseminação criteriosa das informações para as várias audiências. (VIANNA, 2010).

Tabela 15: Notas, Médias e Resultado para o padrão VIABIIDADE dadas pelos Médicos

Notas/Padrão	V1	V2	V3
Nota 1	8	9	9
Nota 2	1	2	1
Nota 3	1	1	4
Nota 4	1	1	1
Média	2,7	3,2	3,7
Resultado	POBRE	FRACO	FRACO

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Quadro XIX: Resultado para Categoria VIABILIDADE/Médicos

Média Final	Resultado Final
3,2	FRACO

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Para a categoria VIABLIDADE, o resultado dado pelos médicos mesmo para cada padrão V1, V2, e V3 não foi satisfatório. Obteve-se um resultado dado por uma média final de 3,2 conforme quadro XIX. Era de se esperar tal resultado uma vez que tal categoria pontuou uma nota bastante baixa à CATEGORIA UTILDADE, e de acordo com

LETICHEVSKY 2005, caso o padrão UTILIDADE seja atingido as condições para atender os atributos de VIABILIDADE e de PROPRIEDADE serão observados, o que não foi o caso pois pontuaram a UTILIDADE resultando em média baixa e conseqüentemente não iríamos garantir a VIABILIDADE.

Para o padrão V1(Procedimentos Práticos), estes serão utilizados no processo de coleta e interpretação dos dados, na análise e julgamento do valor e mérito avaliação, e na apresentação dos resultados e recomendações da avaliação devem ser práticos e adequados para produzir a informação requerida pelos interessados pela avaliação. Os médicos deram uma nota baixa para tal padrão, resultando em uma média 2,75(POBRE).

Para o Padrão V2(Viabilidade Política) considera-se que uma avaliação é politicamente viável se os propósitos puderem ser alcançados com o reconhecimento equitativo e imparcial das pressões e ações exercidas pelos stakeholders. Assim o objetivo deste padrão é recomendar que a avaliação fosse planejada e conduzida de modo a levar em conta os valores e as diferentes posições políticas dos stakeholders, de modo que o processo não seja boicotado e os resultados não sejam deturpados ou mal empregados. Assim os médicos consideram que o PMAQ-AB possui FRACAMENTE a VIABILIDADE POLITICA (V2).

O padrão V3(Custo-Benefício) que parte do principio de que custo da avaliação deve ser o menor possível sem comprometer a qualidade do processo, ou seja, que o processo avaliador seja eficiente. Tal padrão considera ainda que uma avaliação deve possuir uma boa relação custo-benefício se seus benefícios se igualarem ou excederem os seus custos. Desta forma os médicos consideram FRACO a relação custo benefício do PMAQ-AB.

Tabela 16: Notas, Médias e Resultado para o padrão PROPRIEDADE dadas pelos Médicos

Notas/Padr ão	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Nota 1	8	9	9	8	9	9	8	9
Nota 2	1	6	4	7	1	1	8	1
Nota 3	2	1	1	1	1	6	1	2
Nota 4	1	1	1	1	1	1	1	1
Média	3	4,2	3,7	4,2	3	4,2	4,5	3,2
Resultado	FRAC O							

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Quadro XX: Resultado para Categoria PROPRIEDADE/Médicos

Média Final	Resultado Final
3,7	FRACO

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

As categorias que englobam o padrão PROPRIEDADE visam proteger os direitos dos sujeitos envolvidos e afetados pela avaliação. Todos estes padrões foram considerados FRACO pelo profissional médico, conforme visto na tabela 16.

O padrão P1(Orientação para o serviço) conforme o quadro XX a avaliação deve justificar a responsabilidade social do objeto avaliado, fornecendo informações para auxiliar os gestores na definição dos objetivos organizacionais, na implementação de ações para a melhoria dos objetos que apresentarem deficiências, e na prestação de contas à sociedade (*accountability*). Os médicos consideram FRACO tal padrão.

O padrão P2(Acordos formais) significa estabelecer políticas e diretrizes gerais do processo avaliador, registrando por escrito as expectativas, as responsabilidades e os direitos e deveres de quem solicitou e de quem realizará a avaliação. Os médicos consideram FRACO os acordos formais.

O padrão P3(Direitos dos sujeitos) preconiza que além dos direitos previstos na legislação também devem ser respeitados os direitos baseados na prática ética, no bom senso e na cortesia. Os direitos legais dos sujeitos incluem (a) o consentimento para a participação; (b) a prerrogativa de eles se retirarem do processo sem prejuízo e sem discriminação no tratamento ou no serviço; (c) a privacidade de opiniões e informações; (d) o sigilo de informação; e (e) a proteção da saúde e da segurança.

Os direitos de ética, bom senso e de cortesia incluem: (a) o direito a alguma preparação física e emocional para o desenvolvimento das atividades de avaliação; (b) o direito de limitar o tempo e de decidir a hora certa para se envolver; e (c) o direito de evitar experiências prejudiciais ou constrangedoras.

Diante do exposto os médicos consideraram FRACO o padrão dos DIREITOS DOS SUJEITOS.

O Padrão P4 (Interações Humanas) está muito próximo do anterior e sustenta que a equipe de avaliação deve ter bom relacionamento interpessoal e boa comunicação com os envolvidos no processo avaliador, pois as atividades de avaliação podem e tem a capacidade de refletir positiva ou negativamente sobre a saúde emocional e profissional dos envolvidos, assim como sobre os resultados da avaliação. Ao analisar a tabela 16 os médicos também consideraram FRACO tal padrão.

O Padrão P5(Aferição Completa e Justa) também foi avaliado FRACO. Tal padrão relata que a avaliação é um processo dual, por isso ela deve ser equilibrada no sentido de informar tanto os aspectos positivos quanto os aspectos negativos do objeto avaliado, pois os pontos fortes poderão servir para corrigir os pontos fracos e as ações desencadeadas para corrigir os pontos fracos podem, inadvertidamente, diminuir pontos fortes se esses não foram identificados.

O padrão P6(Apresentação dos Resultados) também considerado FRACO ver tabela 16 sugere que *stakeholders* tenham assegurado o direito legal de serem informados dos resultados da avaliação e das limitações que se referem àqueles resultados que não podem ser divulgados porque podem ferir os direitos das pessoas que participam do processo avaliador.

O P7(Conflito de Interesses) existe num processo avaliador quando os interesses pessoais ou financeiros da equipe de avaliação e dos *stakeholders* influenciam e afetam o processo de avaliação e seus resultados. A administração dos conflitos de interesse se torna mais imprescindível em avaliações internas, porque a possibilidade de haver influências de relações pessoais e de amizade nas atividades da avaliação são maiores. Nas avaliações externas pode haver conflitos de interesse em função da competitividade do sistema de mercado. As agências e avaliadores externos podem apresentar falsos resultados de processos avaliadores com a finalidade de garantir trabalhos futuros. Mas como pode ser visto na tabela 16, os médicos do PMAQ-AB avaliaram com notas baixas, resultando em uma média de 4,5 e, portanto FRACO.

O Padrão P8(Responsabilidade Fiscal) também não foi diferente em relação às médias e, portanto no resultado (FRACO). Tal padrão considera que é importante que todas as questões relativas às finanças do processo avaliador, como os custos diretos e indiretos da avaliação, receitas e despesas, as regras para a aquisição de materiais e serviços, e a situação funcional da equipe de avaliação, sejam especificados no acordo formal. Os recursos assegurados devem ser utilizados com parcimônia para que o processo transcorra sem dificuldades financeiras e não corra o risco de ser interrompido. O orçamento deve ser suficientemente flexível, para permitir realocações de recursos, quando necessário, e realizar uma avaliação de qualidade e concluí-la com êxito.

Tabela 17: Notas, Médias e Resultado para o padrão PRECISÃO dadas pelos Médicos

Notas/											
Padrã										PR1	PR1
o	PR1	PR2	PR3	PR4	PR5	PR6	PR7	PR8	PR9	0	1
Nota 1	8	8	9	8	8	9	8	8	9	9	9
Nota 2	3	1	4	3	4	3	1	6	4	4	1
Nota 3	1	2	1	1	2	5	6	4	4	5	8
Nota 4	1										
Média	3,2	3	3,7	3,2	3,7	4,5	4	4,7	4,5	4,7	4,7
Resultado	FR										
	AC										
	O										

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Quadro XXI : Resultado para Categoria PRECISÃO/Médicos

Média Final	Resultado Final
4,0	FRACO

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Da mesma forma que a CATEGORIA anterior, os médicos pontuaram com notas baixíssimas inclusive nesta CATEGORIA. Todos PR1 (Documentação do Programa), PR2(Análise contextual), PR3(Propósitos e Procedimentos descritos), PR4(Fontes de Informação Defensáveis), PR5 (Informação Válida) PR6(Informação Confiável), PR7(Informação Sistemática), PR8(Análise da Informação Quantitativa), PR9(Análise da Informação Qualitativa), PR10(Conclusões Justificadas) e PR11(Relatório Imparcial) os médicos deram notas baixas resultando em FRACO.

Diante de todas as discussões acima é importante que observemos a fragilidade do PMAQ-AB de acordo com a visão médica. Todas as categorias discutidas foram pontuadas com baixas notas, o que demonstra que há a necessidade de revisão

e inclusive de uma abordagem mais aprofundada para saber o real motivo da insatisfação perante o programa.

Tabela 18: Notas, Médias e Resultado para o padrão UTILIDADE dadas pelos Técnicos em Enfermagem

Nota/Média	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7
Nota 1	1	7	5	4	7	10	4
Nota 2	2	8	8	7	7	8	9
Nota 3	9	10	10	9	10	10	9
Nota 4	10	10	10	9	10	10	10
Nota 5	1	8	7	8	6	9	8
Média	4,6	8,6	8	7,4	8	9,4	8
Resultado	FRA CO	MUITO BOM	MUITO BOM	MUITO BOM	MUITO BOM	EXCELE NTE	MUITO BOM

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Quadro XXII: Resultado para Categoria UTILIDADE/Técnicos em Enfermagem

Média Final	Resultado Final
7,7	MUITO BOM

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Os técnicos em Enfermagem pontuaram a categoria UTILIDADE com notas bastante boas. Tal avaliação do PMAQ-AB para o padrão UTILIDADE na visão do técnico em enfermagem torna o programa Útil, com a garantia que o PMAQ-AB atendeu às necessidades de informação dos stakeholders. Para melhores esclarecimentos observe quadro XXII.

Tabela 19: Notas, Médias e Resultado para o padrão VIABILIDADE dadas pelos Técnicos em Enfermagem.

Nota/Padrão	V1	V2	V3
Nota 1	3	3	5
Nota 2	9	9	7
Nota 3	9	8	9
Nota 4	9	8	9
Nota 5	6	7	5
Média	7,2	7	7
Resultado	MUITO BOM	MUITO BOM	MUITO BOM

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Quadro XXIII: Resultado para Categoria VIABILIDADE/Técnicos em Enfermagem

Média Final	Resultado Final
7,0	MUITO BOM

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Assim como a UTILIDADE, os técnicos em Enfermagem consideram a VIABILIDADE MUITO BOM do PMAQ-AB. Quadro e tabela. Dessa forma eles consideram MUITO BOM os procedimentos Práticos utilizados no Programa, Viabilidade Política e a Relação Custo Benefício do PMAQ-AB.

Tabela 20: Notas, Médias e Resultado para o padrão PROPRIEDADE dadas pelos Técnicos em Enfermagem.

Nota								
/padrão	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Nota 1	4	3	3	3	2	2	7	1
Nota 2	9	9	8	9	7	8	8	7
Nota 3	9	10	10	10	8	8	8	7
Nota 4	8	9	8	10	8	8	9	7
Nota 5	3	1	10	2	1	9	6	1
Média	6,6	6,4	7,8	6,8	5,2	7	7,6	4,6
Resultado	MUITO			MUITO			MUITO	
	BOM	BOM	BOM	BOM	BOM	BOM	BOM	FRACO

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Quadro XXIV: Resultado para Categoria PROPRIEDADE/Técnicos em Enfermagem

Média Final	Resultado Final
6,5	BOM

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Diferentemente das categorias anteriores na visão do Técnico em Enfermagem, onde as duas categorias e seus respectivos padrões foram avaliadas com altas notas, a CATEGORIA PROPRIEDADE no padrão P8 (Responsabilidade Fiscal), obteve-se uma média de 4,6(FRACO). Não somente uma média mais baixa para esse padrão, mas também observa-se notas como 1,2, 3 em cada padrão acima(Ver Tabela). Isto demonstra que os técnicos em enfermagem não considera que o PMAQ-AB protege os direitos dos sujeitos envolvidos e afetados pela avaliação. Após as médias das médias de cada padrão, tem-se como media final 6,5 (BOM) o que diferenciou bastante das duas categorias acima discutidas.

Tabela 21: Notas, Médias e Resultado para o padrão PRECISÃO dadas pelos Técnicos em Enfermagem

Notas/ Padrão	PR1	PR2	PR3	PR4	PR5	PR6	PR7	PR8	PR9	PR1 0	PR1 1
Nota 1	2	2	2	2	3	2	8	4	8	2	9
Nota 2	9	8	7	7	7	7	8	8	7	6	7
Nota 3	9	9	9	9	9	10	10	10	9	9	9
Nota 4	9	8	8	8	9	9	10	9	9	9	9
Nota 5	6	7	3	5	6	6	7	6	8	4	4
Média	7	6,8	5,8	6,2	6,8	6,8	8,6	7,4	8,2	6	7,6
Result ado	MUIT O BOM	BOM	BOM	BOM	BOM	BOM	MUIT O BOM	MUIT O BOM	MUIT O BOM	BOM	MUIT O BOM

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Quadro XXV: Resultado para Categoria PRECISÃO/Técnicos em Enfermagem

Média Final	Resultado Final
7,0	MUITO BOM

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Da mesma forma que a categoria UTILIDADE, VIABILIDADE, a categoria PRECISÃO foi considerada MUITO BOM pelos profissionais técnicos em enfermagem. De acordo com a tabela 21 houve alguns técnicos que pontuaram com notas baixas alguns padrões, pois se pode observar até 2, 3, mas apesar de tais notas a maioria pontuou com notas altas, inclusive observa-se 10 como mostra a tabela. De acordo com o quadro XXV e diante de todas as discussões acima, os técnicos em Enfermagem consideram o PMAQ- AB revelou informações exatas e confiáveis.

Tabela 22: Notas, Médias e Resultado para o padrão UTILIDADE dadas pelos ASB

Nota/Padrão	U1	U2	U3	U4	U5	U6	U7
Nota 1	1	7	5	4	7	10	4
Nota 2	1	9	7	7	6	10	8
Nota 3	1	1	1	1	1	1	8
Média	1	5,6	4,3	4	4,6	7	6,6
Resultado	POBRE	BOM	FRACO	FRACO	FRACO	MUITO BOM	BOM

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Quadro XXVI: Resultado para Categoria UTILIDADE/ASB

Média Final	Resultado Final
4,7	FRACO

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Dois dos profissionais ASB, avaliaram o padrão U6 com nota 10. Mas chama atenção algumas notas extremamente baixas como 1 nos padrões U1 a U6 de apenas um profissional. Embora tenha sido somente um profissional que pontuou determinado padrão com nota muito baixa, a categoria UTILIDADE foi classificada de acordo com os ASB média de 4,7 e, portanto FRACO. Tal discussão retoma a mesma discussão dos profissionais médicos, pois os ASB consideram que o PMAQ-AB não atende às necessidades de informação dos stakeholders, o que demonstra também fragilidade do programa de acordo com a opinião do ASB. Tabela 23: Notas, Médias e Resultado para o padrão VIABILIDADE dadas pelos ASB

Nota/Média	V1	V2	V3
Nota 1	3	3	5
Nota 2	5	7	3
Nota 3	6	7	10
Média	4,6	5,6	6
Resultado	FRACO	BOM	BOM

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Quadro XXVII: Resultado para Categoria VIABILIDADE/ASB

Média Final	Resultado Final
5,4	FRACO

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Da mesma forma da categoria UTILIDADE, os ASB consideram FRACO (média 5,4) . Diante do que foi exposto na discussão dos profissionais médicos, se a Utilidade for ruim, é de se esperar que a VIABILIDADE E a PROPRIEDADE também sejam ruins. Assim os profissionais ASB consideram que o PMAQ-AB não atinge níveis de VIABILIDADE adequados. Ver quadro XXVII.

Tabela 24: Notas, Médias e Resultado para o padrão PROPRIEDADE dadas pelos ASB

Nota	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
/Padrão								
Nota 1	4	3	2	3	2	2	7	1
Nota 2	4	1	10	1	1	10	7	1
Nota 3	5	7	7	8	8	10	10	4
Média	4,3	3,6	6,3	4	3,6	7,3	8	2
Resultado	FRAC	FRAC	BOM	FRAC	FRAC	BOM	MUITO	POBR
o	O	O		O	O		BOM	E

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Quadro XXVIII: Resultado para a categoria PROPRIEDADE/ASB

Média Final	Resultado Final
4,9	FRACO

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

De acordo com a tabela, o padrão P8 (Responsabilidade Fiscal), foi o padrão mais pontuado com notas ruins pelos ASB, resultando em POBRE. Tal categoria como pode ser visto no quadro XXVIII, os ASB não consideram que os recursos

assegurados foram utilizados com parcimônia para que o processo transcorra sem dificuldades financeiras. Ao observar a média das médias, a categoria PROPRIEDADE, foi também considerada FRACO.

Tabela 25: Notas, Médias e Resultado para o padrão PRECISÃO dadas pelos ASB

Nota/Padrão	PR 1	PR 2	PR3	PR4	PR5	PR6	PR7	PR8	PR9	PR10	
Nota 1	2	2	2	2	3	2	8	4	8	2	9
Nota 2	5	6	4	4	7	7	6	6	6	3	5
Nota 3	9	8	4	9	5	10	9	10	6	9	8
Média	5,3	5,3	3,3	5	5	6,3	7,6	6,6	6,6	4,6	7,3
Resultado	BO M	BO M	FRA CO	BO M	BOM	BO M	MUITO BOM	MUITO BOM	MUITO BOM	FRA CO	MUITO BOM

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Quadro XXIX: Resultado para a categoria PRECISÃO/ASB

Média Final	Resultado Final
5,7	BOM

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

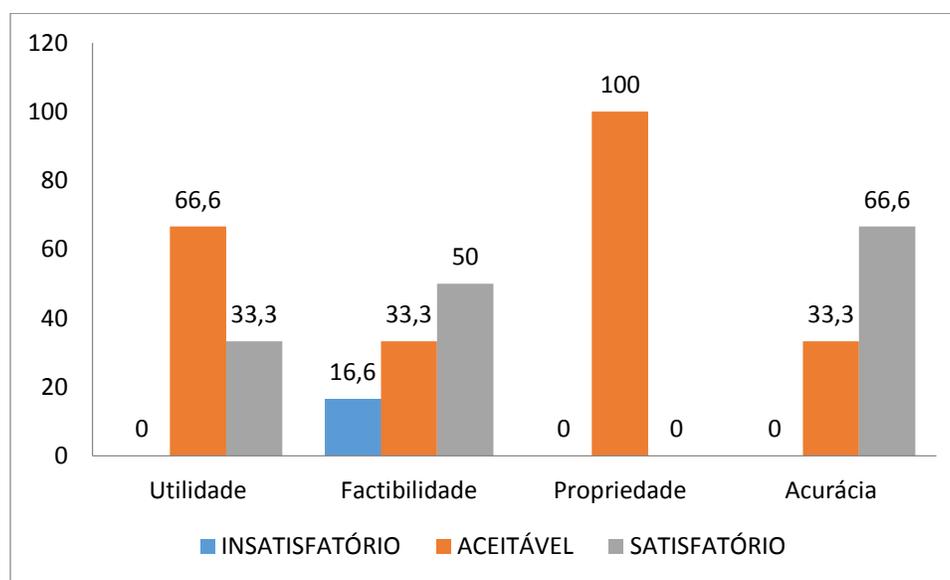
Para os ASB, a única categoria considerada BOM foi a Precisão, apesar de que o PR3(Propósitos e Procedimentos descritos) e PR10 (Conclusões Justificadas) receberam notas baixas, resultando em FRACO. Após a média das médias tal categoria teve como resultado final BOM, o que para um programa de grande relevância como o PMAQ-AB, uma média de 5,4 em um universo de 0 a 10, não é muito gratificante, pois como foi descrito acima nas discussões anteriores, a categoria PRECISÃO visa orientar que a avaliação produza e revele informação exata e confiável.

Tabela 26: Resultado Final após escores dados pelos profissionais

PADRÕES	INSATISFATÓRIO		ACEITÁVEL		SATISFATÓRIO	
	Nº	(%)	Nº	(%)	Nº	(%)
UTILIDADE	0	0	4	66,6	2	33,3
VIABILIDADE	1	16,6	2	33,3	3	50
PROPRIEDADE	0	0	6	100	0	0
PRECISÃO	0	0	2	33,3	4	66,6

Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Gráfico 3: Resultado Final após escores dados pelos profissionais



Fonte: Aluna do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família 2015

Após a junção de todas as categorias foi dado um resultado final como pode ser observado na TABELA 26 e gráfico 3. Dessa forma 66,6 % dos profissionais entrevistados consideraram o PMAQ-AB no padrão UTILIDADE somente aceitável. 66,6 % dos profissionais consideram ACEITAVELMENTE que o PMAQ-AB atende às necessidades de informação dos usuários. Tal avaliação é preocupante, pois somente 33,33% consideraram SATISFATÓRIO. De acordo com as discussões anteriores este é

o padrão considerado mais relevante e que inclusive LETICHEVSKY et al, 2005 diz que se uma avaliação não é útil, não deverá ser executada e para se atender os atributos de Viabilidade e Precisão, a Utilidade precisa ser alcançada. Observa-se que não houve insatisfação nesse padrão, porém seria de extrema importância e creditação ao programa se os profissionais considerassem a UTILIDADE SATISFATÓRIA.

Para o padrão de Viabilidade, 50% a considerou SATISFATÓRIA, porém 16,6% INSATISFATÓRIA. Ou seja, a maioria avaliou o programa como sendo uma avaliação planejada, evitando-se o desperdício de recursos no desenvolvimento do processo.

O Padrão Propriedade foi o mais bem avaliado, pois 100% dos profissionais consideraram que o PMAQ-AB é SATISFATÓRIO ou seja, protegeu os direitos dos sujeitos envolvidos e afetados pela avaliação, característica principal desse padrão.

O padrão Precisão foi considerado por 66,6% dos profissionais questionados como sendo SATISFATÓRIO, concluindo-se que tais profissionais avaliam que o PMAQ-AB revela e transmite, tecnicamente, informações adequadas sobre os aspectos que determinam mérito e relevância.

Após julgamento dado pelos profissionais integrantes das ESF que aderiram ao PMAQ-AB, é pertinente visualizar as notas dadas pelo Ministério da Saúde através da Avaliação externa no segundo ciclo:

Tabela 27: Desempenho dado por ESF após avaliação externa/2014

Saúde da Família/Saúde Bucal	Certificação
ESF 1	Abaixo da Média
SB 1	Abaixo da Média
ESF2	Abaixo da Média

SB2	Abaixo da Média
ESF3	Muito Acima da Média
SB3	Abaixo da Média
ESF 4	Muito Acima da Média
SB4	Acima da Média
ESF 5	Acima da média
SB 5	Abaixo
ESF 6	Acima da Média
SB 6	Abaixo da Média
ESF 7	Abaixo da Média
SB 7	Abaixo da Média

Fonte: DAB(Departamento da Atenção Básica) 2015

Em comparação com o primeiro ciclo que foi realizado em 2012 e a do segundo ciclo realizada em 2013 percebeu-se uma queda de desempenho das equipes. Vale a pena salientar que em 2012 somente três equipes aderiram ao programa, e em 2013 tinham-se 7 equipes, sendo que duas das equipes de 2012 continuaram no programa em 2013, porém uma das equipes foi desclassificada devido a ausência do profissional médico em um período superior a 60 dias. No primeiro ciclo a saúde bucal não foi avaliada separadamente por isso como visto na tabela 28 não há desempenho.

Tabela 28: Comparativo do 1º e 2º ciclo desempenho PMAQ-AB

1º ciclo 2012/ Desempenho		2º ciclo 2013/Desempenho	
ESF1	Acima da Média	ESF1	Abaixo da Média
SB		SB 1	Abaixo da Média
ESF2	Muito Acima da Média	ESF2	Abaixo da Média
SB		SB2	Abaixo da Média

Fonte: DAB 2015

Como observado na revisão de literatura o PMAQ-AB traz inúmeros indicadores a ser alcançado, mas trago para a discussão nesta pesquisa um indicador do COAP que a nosso ver reflete bastante a resolutividade da atenção básica, que são as internações por causa sensíveis a atenção básica. Tal indicador discute a garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de Atenção Básica e da atenção Especializada. O objetivo Nacional é a utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso a Atenção Básica, e tem como condições sensíveis: doenças preveníveis por imunização e outras DIP, gastroenterites infecciosas e complicações, Anemia, Deficiências Nutricionais, Infecções de Ouvido, nariz e garganta, Pneumonias Bacterianas, Asma, Bronquite, Hipertensão, Angina, Insuficiência Cardíaca, Diabetes mellitus, Epilepsias, Infecção do Rim e Trato Urinário, Infecção da Pele e Tecidos Subcutâneos, Doença Inflamatória dos órgãos Pélvicos femininos.

De acordo com a tabela abaixo o município foco da pesquisa ainda continua com internações sensíveis a Atenção Básica bastante alta, apesar de ter havido uma redução. Se o PMAQ-AB trabalha com a melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica.

Quadro XXX: Internações sensíveis da Atenção Básica

Município	Resultado alcançado 2013	Pactuação 2014 (reduzir)	Resultado alcançado 2014	Pactuação 2015
Ubajara	41,79	23,10	34,39	23,00

Fonte: 13ª CRES/2015

Durante Visitas Técnicas realizadas pelo Componente Municipal de Auditoria em Ubajara-CE, observou-se também que em umas das ESF analisadas pela Avaliação Externa no segundo Ciclo, a maioria dos itens identificados em relação a infra-estrutura estão em NÃO CONFORMIDADE. Foi observado que nessa ESF5 não havia sala de Acolhimento adequado, Paredes com Infiltrações, Sala de Imunização em péssimas qualidades, presença de mofo na sala do dentista, Farmácia em condições inadequadas etc. Essa mesma ESF5 recebeu uma certificação de SF ACIMA DA MÉDIA e SB ABAIXO DA MÉDIA (ver Tabela 27).

Tabela 29 : Constatações da Equipe de Auditoria da ESF 3

Estrutura	Constatação
Identificação da Unidade	Conforme
Sala de Recepção e /ou espera	Não Conforme
Consultório Odontológico	Não Conforme
Farmácia	Não Conforme
Consultório Médico	Não Conforme
Consultório de Enfermagem	Não Conforme
Copa e Cozinha	Não Conforme

Sala de Vacinas	Não Conforme
Estrutura Organizacional	Não Conforme
Outras Estruturas	Não Conforme

Fonte: SNA componente municipal/2015

6 CONCLUSÃO

A institucionalização da avaliação na Atenção Básica foi sendo estruturada a partir da implantação de programas e serviços com o objetivo de conhecer a realidade vivenciada e intervir sobre ela na perspectiva de melhoria do planejamento das ações, processos de trabalho, assistência e racionalização dos recursos. A adoção da Estratégia Saúde da Família como principal estratégia para reestruturação da AB impulsionou ações voltadas para o monitoramento e a avaliação. Nesta perspectiva, o PMAQ-AB foi implantado visando a melhoria da qualidade do cuidado e do acesso dos usuários aos serviços prestados pelas ESF. O programa foi estruturado na lógica de ciclo contínuo em quatro fases: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização.

Neste estudo consideramos que é de extrema importância avaliarmos o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica, que possui em uma de suas fases, a terceira, a Avaliação Externa realizada pelo Ministério da Saúde. Portanto, resolvemos avaliar a avaliação, tratando-se então de uma META-AVALIAÇÃO do Programa. Através das aplicações dos questionários e posterior análise das médias observamos a insatisfação de alguns profissionais como os médicos, dentistas e ASB em relação a algumas categorias dos padrões meta avaliativos como observado nas discussões acima. Os ASB avaliaram o Padrão Utilidade FRACO, sendo que este primeiro padrão fala de atender às necessidades de informação dos envolvidos nela, e não somente os de UTILIDADE como também o de PROPRIEDADE e PRECISÃO, sendo ambos necessários para se manter um Programa. Não somente os ASB, mas os médicos formaram a categoria profissional que mais estão insatisfeitos com o PMAQ-AB. Observamos que todas as categorias meta-avaliativas foram qualificadas como FRACAS, o que nos retoma bastante preocupação, pois estes profissionais também são muito importantes para promover a melhoria do acesso e qualidade da Atenção Básica. Os dentistas, diferente dos médicos, avaliaram os padrões meta-avaliativos como sendo “não muito satisfatórios”. Consideramos que para uma análise mais profunda da insatisfação desses profissionais é importante que se realize um estudo mais detalhado,

pois se pode ter como hipótese a não participação ativa desses profissionais durante a evolução do Programa, pois os Enfermeiros, ACS e Técnicos em Enfermagem que são os que mais participam de discussões dentro da saúde da família avaliaram com notas e médias bem melhores o Programa.

Além disso, observamos também a queda de desempenho em relação ao primeiro e segundo ciclo. Tal característica nos remete a refletir sobre a padronização dos atributos ou como as gestões estão intervindo nesse programa, pois a tendência era que de um ciclo para o outro o desempenho melhorasse. Vale a pena lembrar que a mudança de gestão nas esferas Municipal, Estadual e Federal no Brasil infelizmente provoca mudanças de pensamentos e posturas, o que acarreta desafios para manter a qualidade.

Comparamos uma ESF que recebeu uma nota ACIMA DA MÉDIA como desempenho final, e no item de Estrutura e condições de funcionamento da UBS ficou abaixo da média pela Avaliação externa com os dados da Auditoria componente Municipal do Município, observando coerência na comparação com o programa, pois de acordo com a tabela 29 e com o resultado a maioria dos itens de infraestrutura imprescindíveis para melhoria do acesso e qualidade estão não conformes, o que também pode ser observado com o resultado da Avaliação externa.

De acordo com o resultado final, a maioria dos profissionais (66.6%) consideram o padrão UTILIDADE aceitável, e 33,3% satisfatório. Na visão destes profissionais o programa necessita atender melhor as necessidades dos envolvidos na avaliação. Já a Viabilidade houve profissional que considerou insatisfatório (16.6%), mas 50% considerou que o PMAQ-AB é viável, pois o consideraram satisfatório. 100% dos profissionais consideram a PROPRIEDADE aceitável, o que não é tão bom, pois seria melhor se os 100% considerassem satisfatório, uma vez que o Padrão PROPRIEDADE visa a proteger os direitos dos sujeitos envolvidos e afetados pela avaliação. Por ultimo, 66,6% consideram satisfatório a PRECISÃO do programa o que é muito bom, pois os profissionais então consideram que o PMAQ produziu e revelou informação exata e

confiável, o que pode ser demonstrado quando o presente trabalho trouxe a comparação dos itens de Infra-Estrutura.

De um modo geral o Programa atendeu aos critérios de uma avaliação coerente. Apesar de tais resultados é importante que se faça algumas adequações para realmente aumentar a melhoria do acesso e qualidade da AB, pois ainda temos muitas interações que a Atenção Básica poderia estar evitando.

Para tal, observamos a necessidade de realização de outras pesquisas que contemplem aspectos não estudados, já que, apesar dos avanços e desafios identificados para o município, não foi possível identificar o motivo pelos quais os médicos, ASB e dentistas pontuaram insatisfatoriamente, assim como também saber o motivo pelo qual houve uma queda de desempenho de um ciclo para o outro. Para tal, sugerimos a realização de outras pesquisas que busquem explorar os resultados advindos em ciclos posteriores.

Acreditamos que este estudo possa contribuir para a reflexão sobre implantação do PMAQ-AB no município de estudo além de que melhorará os processos avaliativos em ciclos posteriores.

7 REFERÊNCIAS

AGUIAR,N.M.C.B. **Meta Avaliação:** Caminhos para o aperfeiçoamento de práticas avaliativas do Sistema Nava. TESE(DOUTORADO), UFRJ. Rio de Janeiro, 2013.

ALMEIDA, P. F.; FAUSTO, M. C.R.; GIOVANELLA, L.Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista panamericana de salud pública**, Washington, v. 29, n. 2, p. 84-95, fev. 2011.

BILODEAU, H, DUBOIS,C,A, CHAMPAGNE, F: Avaliação, conceitos e métodos. Rio de Janeiro, Fiocruz, 22ª Ed, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão/ Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio a Gestão Descentralizada-Brasília. Ministério da Saúde, 2006. 76p- (Séries A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Informe da Atenção Básica nº 18. O projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família/PROESF. Ano IV Setembro/Outubro/2003

BRASIL-Avaliação na AB em Saúde: Caminhos da Institucionalização/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento da Atenção Básica. Coordenação de acompanhamento e avaliação; Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coeltiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil professor Fernando Figueira-IMIP- Brasília; DF: Ministério da Saúde; 2005 [acesso em junho de 2012] disponível em <http://bvsmis.saude.gov.br/php/level.php?lang=PT&componente=S1&item=7>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção a Saúde. 4ª Ed-Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p-(Série E. Legislação de Saúde) Série Pactos pela Saúde 2006. V4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 mar. 2006. Seção 1, p. 61.

BRASIL. 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 / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 62 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. 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: MS, 2011a. 62 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 jul. 2011b. Seção 1, p. 79.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento síntese para avaliação externa. Brasília: MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota metodológica da certificação das equipes de atenção básica participantes do programa de melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica. Brasília: MS, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório da Avaliação Externa e da Certificação das equipes de Atenção Básica – Três Rios (RJ). Brasília: MS, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica/ Equipes que aderiram ao PMAQ-AB. Brasília: MS, 2015.

CAMPOS. A.Z. **Avaliação da Atenção Básica a Saúde em Campo Grande, MS.** Dissertação de Mestrado. Escola nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Campo Grande, MS. 2010. 103p

CASTRO, A.L.B, MACHADO, C.M. **A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000.** Physis vol.8 no.2 Rio de Janeiro July/Dec. 1998. Disponível em: <www.scielo.com.br> <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73311998000200002>. Acesso em 03.06.2013

CHIANCA, T. Avaliando programas sociais: conceitos, princípios e práticas. *In*: CHIANCA, T; MARINO, E.; SCHIESARI, L.(Orgs). **Desenvolvendo a cultura de Avaliação em Organizações da Sociedade Civil.** São Paulo: Ed. Global, 2001.

COMITÊ CONJUNTO SOBRE PADRÕES PARA AVALIAÇÃO EDUCACIONAL. Padrões para a avaliação de programas. *In*: Sanders, J. (org). **Introdução à Avaliação de Programas Sociais,** Coletânea de Textos. São Paulo: Instituto Fonte para o desenvolvimento social, www.fonte.org.br , 2003.

CONIL, E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública vol.24 suppl.1 Rio de Janeiro 2008.**

Disponível em: <www.scielo.com.br> <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300002>. Acesso em 03.06.2013

CONTANDRIOPOULOS, A. et al. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z.M.A.(Org). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

CONTANDRIOPOULOS, A. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 705-711, jul./set. 2006.

DAVOK, F,D: **Modelo de Meta-Avaliação de Processos de Avaliação da Qualidade de Cursos de Graduação, Tese de Doutorado, 2006.**

DEPRESBITERIS, L. Auto-Avaliação das Instituições de Ensino Superior. **Estudos em Avaliação**, v.16, n. 32, jul./dez. 2005.

DOANBEDIAN, A. Basic approaches to assessment: structure, process and outcome. Donabedian , A. In: **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. Michigan: Health Administration Press, 1980. pp. 77-125. vol. I,

DRUMMOND, M.F.Management:tasks, responsibilities, practices.New York: Perennial Library, Harper e Row Publishehes, 1973.

ELLIOT, L. G. Meta-avaliação: das abordagens às possibilidades de aplicação. **Ensaio: avaliação de políticas públicas em avaliação**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 941-964, 2011.

FHI. **FACT- APROGE**: auto-avaliação de processos gerenciais e da capacidade técnica de programas e organizações que atuam no controle, prevenção e assistência às DST e à Aids. FACT. Adaptação de Richard Steen e Silvia Bastos, APROGE de Claudinei do Santos. Brasília. FHI/ MSH, 2000.

FREITAS E.C e PRODANOV C.C: **Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2ª Ed.Novo Amburgo: Feevale, 2013.

GARCIA, R. **Subsídios para organizar avaliações da ação governamental.** Texto para Discussão nº 776, IPEA, Brasília, 2001.

GAZINELLI, M.F.; GAZINELLI A.; REIS D.C.; PENNA C.M.M. Educação em saúde conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública** 2005; 21:200-6.

GIL,C.R.R. **Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro** Cad. Saúde Pública vol.22 no.6 Rio de Janeiro June 2006 Disponível em: <www.scielo.com.br> <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600006>. Acesso em 03.06.2013

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUBA ,E.G. e LINCOLN, Y.S. Effective Evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches. San Francisco : Jossey-Bass Publishers, 1983.

HARTZ,et all. **Meta avaliação da atenção básica a saúde:** teoria e prática. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

HARTZ, Z. Institutionnalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationale over fast food and sur mesure over ready made, debpat, Cadernos de Saúde Pública /Reports in Public Health, 1999.

HARTZ, et al. Avaliação conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

HENRIQUE. F, CALVO M.C.M. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva vol.15 supl.3 Rio de Janeiro Nov. 2010. Disponível em: www.scielo.com.br**

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900020>. Acesso em 03.06.2013

LEMIEUX-CHARLES, L . E CHAMPAGNE, F, Using Knowledge and Evidence in Health Care. Toronto: University of Toronto Press, 2004.

LENTSCK , M.H AT AL. **Avaliação do Programa Saúde da Família*: uma revisão.** Ciênc. saúde coletiva vol.15 supl.3 Rio de Janeiro Nov. 2010. Disponível em:<www.scielo.com.br><http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000900020> Acesso em 03.06.2013

LETICHEVSKY, A. C.; VELLASCO, M. M. B. R.; TANSCHKEIT, R; SOUZA, R. C. La Categoría Precisión en la Meta-evaluación: Aspectos Prácticos y Teóricos en un Nuevo Enfoque. **Ensaio: avaliação e políticas públicas em educação**, Rio de Janeiro, v.13, n.47, p. 255-268, 2005.

Mello G. A, Fontanela B.J.B. Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde- Origens e Diferenças Conceituais. Revista de Atenção Primária a Saúde, 2009: 204-213p

MENDES, A.G. **Programa de Saúde da Família no Brasil- análise da desigualdade no acesso à atenção.** Ciênc. saúde coletiva vol.14 supl.1 Rio de Janeiro Sept./Oct. 2009 Disponível em:<www.scielo.com.br> <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800037>. Acesso em 03.06.2013

Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em:http://dtr2004.saude.gov.br/dab/caadab/documentos/avaliacao_ab_portugues.

Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação para Melhoria da Qualidade – Qualificação da Estratégia Saúde da Família.** Brasília, Ministério da Saúde, 2005

NOVAES, H.M.D. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa. São Paulo: Caderno de Saúde Pública, Cad. Saúde, 1996:12, (Supl. 2):7-12.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Revista de saúde pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Calidad de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Enfermería.** Organización Panamericana de la Salud, 2001. [http:// www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/calidserverp.pdf](http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSO/calidserverp.pdf) Acesso em 02 de Mai. 2013.

PATTON, M. Q. The Challenges of Making Evaluation Useful. **Ensaio:** avaliação de políticas públicas em avaliação, Rio de Janeiro, v.13, n.46, p. 67-78, 2005.

PENNA FIRME, T.; LETICHEVSKY, A. C. O Desenvolvimento da Capacidade de Avaliação no Século XXI: Enfrentando o Desafio Através da Meta-Avaliação. **Ensaio:** avaliação de políticas públicas em avaliação, Rio de Janeiro, v. 10, p. 289-300, 2002.

PINTO, H. A.; SOUZA, A.; FLORÊNCIO, A. R. **O programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação.** Revista eletrônica de comunicação, informação & inovação em saúde, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, ago, 2012. Suplemento. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/624/1096>>. Acesso em: 21 de Nov. 2014.

PISCO, L.A. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p.564-576, jul./set. 2006.

FREITAS, E, C e PRODANOV, C, C: **metodologia do trabalho científico:** métodos e técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico. 2ª Ed, Novo Hamburgo, Feevale, 2013.

REIS, E. J. F. B. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, jan./mar. 1990.

ROJAS, E.M. Marco conceptual para la evaluación de programas de salud. San José: **Población y salud en Mesoamérica Rev electrónica**, v.1, n.2, ene-jun, 2004. Disponível em: <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/volumes/1/1-2/1-2-6/1-2-6.pdf> Acesso em 24 Nov. 2007

ROSS, A. G.; ZEBALLOS, J.L; INFANTE, A. La calidad y la reforma Del sector de la salud en América Latina y el Caribe. **Revista Panamericana de Salud**, 8(1/2), 2000. p. 93-97.

ROSEN, G.A. A Historia de saúde pública. Baltimore: Jonh Hopins, 1993.

SACRISTÁN, J. G. A avaliação do ensino. *In*: SACRISTÁN, J. G.; PÉREZ GÓMES, A I. **Compreender e transformar o ensino**. Trad. Ernani F. da Fonseca Rosa. 4ª ed. Porto Alegre: ArtMed, 1998, p. 295-351.

SALTMAN,R. e FIGUEIRAS,J. European Health Care Reform: analysis of currents strategies. Compenague:WHO, Regional Office for Europe, 1997.

SANCHO, L. G.; DAIN, S. Avaliação em saúde e avaliação econômica em saúde: introdução ao debate sobre seus pontos de interseção. **Ciência esaúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 765-774, mar. 2012.

SANTOS FILHO, S. B.S.; COSTA, S.M.B.. Avaliação e planejamento local: perspectivas gerenciais no âmbito dos distritos sanitários. **Saúde em debate**,Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 43-53, set./dez. 1999.

SAMPAIO J ET AL. **Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes.** Ciênc. saúde coletiva vol.16 no.1 Rio de Janeiro Jan. 2011. Disponível em: <www.scielo.com.br> <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000100030> Acesso em 03.06.2013

SCRIVEN, M. **Evaluation thesaurus.** 4th. ed. Newbury Park, CA: Sage, 1991.

SANTOS FILHO, S. B. S.; COSTA, S. M. B.. Avaliação e planejamento local: perspectivas gerenciais no âmbito dos distritos sanitários. Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 43-53, set./dez. 1999.

SAVASSI, L.C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Revista brasileira de medicina de família e comunidade**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 23, p. 69-74, abr./jun.2012.

SOUSA, M.F, HAMANN, E. M. **Saúde da Família no Brasil: estratégia de superação da desigualdade na saúde?** Physis vol.19 no.3 Rio de Janeiro 2009. Disponível em: <www.scielo.com.br> <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300009> . Acesso em 03.06.2013

SERAPIONI, M. SILVA, M.G.C **Avaliação da qualidade do programa Saúde da Família em municípios do Ceará: uma abordagem multidimensional.** Ciênc. saúde coletiva vol.16 no.11 Rio de Janeiro Nov. 2011. Disponível em: <www.scielo.com.br> <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001200004>. Acesso em 03.06.2013

STUFFLEBEAM, D.L. The metaevaluation imperative. American journal of Evaluation, Thousand Oaks, v.22,n.2, 2001.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. Avaliação de programas de saúde do adolescente, um modo de fazer. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.

TRIVERS, R.M.W How Research has Changed American Schools. Kalamazoo: Mythos Press, 1983.

UCHOA A.C, ET AL. Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte **Physis vol.21 no.3 Rio de Janeiro 2011 Disponível em:<www.scielo.com.br> <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312011000300016> . Acesso em 03.06.2013**

VENANCIO et, al.Avaliação para a Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família- AMQ: estudo de implantação do estado de São Paulo/organizado por Sônia Ioyama Venâncio [et al]. São Paulo. Instituto de Saúde, 2008.

VIANA, A.L, POZ, M.R. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família.** Physis vol.15 suppl.0 Rio de Janeiro 2005. Disponível em:<www.scielo.com.br> <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312005000300011>. Acesso em 03.06.2013

WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. **Avaliação de Programas: concepções e práticas.** Trad. Dinah de Abreu Azevedo. São Paulo: Gente, 2004.

YARBROUGH, D. B.; SHULHA, L. M., HOPSON, R.K.; CARUTHERS, F.A. **The program evaluation standards: A guide for evaluators and evaluation users.** 3rd ed. Thousand Oaks, Califórnia: Sage Publications, 2011.

APENDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“META-AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ) AB EM UBAJARA-CE: UM ESTUDO DE CASO”**. Neste estudo pretendemos Realizar a meta-avaliação do PMAQ- AB a partir dos padrões de Meta-Avaliação.

O motivo que nos leva a estudar este Tema é porque se considera de extrema relevância discussões para a construção de propostas de avaliação da saúde no Brasil. Além da relevância da discussão sobre o assunto, esta pesquisa tem o intuito de contribuir para a reflexão das instituições de saúde que realizam avaliações sistemáticas em busca da melhoria de seus processos de trabalho.

Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos Elaboração de perguntas através de SURVEYS que ocorre quando envolve a interrogação direta das pessoas cujo comportamento desejou conhecer através de algum tipo de questionário. As perguntas do questionário são perguntas voltadas para os critérios meta-avalativos do JOINT COMMITTEE 2011.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no Centro LOCAL DO ESTUDO e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “**META-AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ) AB EM UBAJARA-CE: UM ESTUDO DE CASO**” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Ubjara-CE, _____ de _____ de 20 .

Nome/ Assinatura participante/ Data

Nome/ Assinatura pesquisador/ Data

Endereço Pesquisador Responsável: Rua Cícera Martins Moura, Nº 264, Centro, Tianguá-CE.

Telefone Comitê de Ética em Pesquisa Universidade Vale do Acaraú: (88) 3677-4227

APENDICE B

Termo de Consentimento do uso do Banco de Dados

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr. (a) _____ Secretária de Saúde de Ubajara-CE, após ter tomado conhecimento da Pesquisa **META-AVALIAÇÃO DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ) AB EM UBAJARA-CE: UM ESTUDO DE CASO**” vem na melhor forma de direito autorizar à Pesquisadora Patrícia Feitoza Santos ter acesso à senha do Banco de Dados do Ministério da Saúde referente ao PMAQ-AB.

Fica claro que o pesquisador responsável utilizará o referido material apenas para fins deste estudo e que todas as informações prestadas torna-se-ão confidenciais por força de sigilo ético, segundo a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

_____, de _____, de _____.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura do Fiel Depositário



**APENDICE C (QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PROFISSIONAIS)
(PADRÕES DE UTILIDADE)**

U1-Preencheu algum instrumento ou participou de algum grupo que identificasse suas necessidades enquanto equipes de PMAQ-AB?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

U2-Os Avaliadores do PMAQ-AB se identificaram para a equipe mostrando-se confiáveis e competentes para desenvolver a Avaliação?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

U3-As perguntas trazidas pelos avaliadores do PMAQ-AB respondem às necessidades e interesses dos clientes e da Equipe?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

U4-As perspectivas, procedimentos e justificativas usados para interpretar os resultados da Avaliação do PMAQ-AB foram descritos para a equipe?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

U5-Os relatórios do PMAQ-AB foram facilmente entendidos?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

U6-A equipe recebeu o relatório do PMAQ-AB?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

U7- Considera a Avaliação Externa do PMAQ-AB planejada, conduzida e divulgada de forma a estimular seu acompanhamento pelas equipes que aderiram ao programa?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

(PADROES DE FACTIBILIDADE)

V1-Observou facilidade no momento da coleta de informações do PMAQ-AB?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

V2-A Avaliação foi planejada de modo a convencer sobre sua extrema importância impedindo contraposições e dificuldade de operacionalização pela equipe do PMAQ-AB?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

V3-Considera que a Avaliação externa do PMAQ-AB foi eficiente e produziu valores significativos que justifiquem os recursos utilizados?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

(PADRÕES DE PROPRIEDADE)

P1-O PMAQ-AB atendeu e respondeu com eficácia as necessidades de todas as pessoas e instituições que aderiram ao Programa?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

P2-Foi firmado algum acordo de modo que as equipes que aderiram ao PMAQ-AB se sintam na obrigação de honrar compromissos assumidos ou renegociá-los formalmente?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

P3-Considera que o PMAQ-AB foi planejado de modo a respeitar e zelar pelos direitos individuais das pessoas envolvidas ou afetadas por seus resultados.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

P4-Sentiu-se ameaçado ou prejudicado pelos avaliadores do PMAQ-AB?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

P5-Recebeu algum documento para registrar os principais pontos positivos e limitações do PMAQ-AB?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

P6-O resultado do PMAQ-AB em sua totalidade é de fácil acesso para todos?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

P8-Se houve algum conflito de interesse este foi tratado de forma aberta e honesta entre Avaliador e Avaliado?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

P9-Considera que os recursos destinados ao PMAQ-AB foram utilizados de forma adequada, prudente e eticamente responsável para que se possa prestar conta dos gastos de maneira transparente?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

(PADRÕES DE PRECISÃO)

PR1-O PMAQ-AB foi descrito e documentado de forma clara e precisa?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

PR2-O contexto no qual o PMAQ-AB está inserido foi descrito com o detalhamento necessário?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

PR3-Os propósitos e procedimentos dos resultados do PMAQ-AB foram descritos de maneira clara e monitorados?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

PR4-As fontes de Informação dos resultados do PMAQ-AB foram descritas em detalhe, de forma a permitir a análise da adequação da informação coletada.

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

PR5-Considera que os procedimentos para a coleta de informações do PMAQ-AB foram escolhidos e aplicados de forma a assegurar que a interpretação seja útil?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

PR6- Considera útil e válida a interpretação dos resultados realizados pela coleta de informações do PMAQ-AB?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

PR7-Considera confiáveis os procedimentos para a coleta de informações do PMAQ-AB?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

PR8-Acredita que a informação coletada, processada e escrita nos relatórios do PMAQ-AB foram revisadas?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

PR9-As perguntas avaliativas foram apropriadas com os resultados numéricos?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

PR10 As conclusões do Relatório do PMAQ-AB foram explicitamente justificadas para as equipes?

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

PR11 Os relatórios do PMAQ-AB refletem de forma justa os resultados da Avaliação?

(1)

(2) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)