SÉRIE HSR NO. 33

Oficina de trabalho
A avaliação de processos e projetos de capacitação nos serviços de saúde

Salvador – Bahia, Brasil
3 a 7 de Junho de 2002

Instituto de Saúde Coletiva
da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA

Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos (HSR)
Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saude (HSP)
Organização Pan-Americana de Saúde
Organização Mundial de Saúde

Série

HSR

33

Oficina de trabalho

A avaliação de processos e projetos de capacitação nos serviços de saúde

Salvador – Bahia, Brasil
3 a 7 de Junho de 2002

Janeiro de 2003

Instituto de Saúde Coletiva
da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA

Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos (HSR)
Divisão de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saude (HSP)
Organização Pan-Americana de Saúde
Organização Mundial de Saúde

© Organização Pan-Americana de Saúde, 2003

O documento presente é uma publicação da Organização Pan-Americana de Saúde; no entanto, a Organização reserva todos os direitos. O conteúdo deste documento pode ser resumido, reproduzido, traduzido, totalmente ou em parte, sem autorização prévia, com condição que a fonte seja especificada e que não seja usada para fins comerciais.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO **1**

2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO **3**

2.1 REFORMAS SETORIAIS E PRÁTICAS EDUCATIVAS 3

2.2 AVALIAÇÃO COMO NECESSIDADE 6

2.3 RELATOS DE EXPERIÊNCIAS DE AVALIAÇÃO DE PROJETOS EDUCATIVOS 9

1º CASO: Avaliação do Impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde *10*

2º CASO: Programa de educação permanente para melhoria da qualidade da Assistência Hospitalar *14*

3º CASO: Sistema Básico de Capacitação em Serviço *17*

4º CASO: Avaliação do Programa Materno Infantil e Nutrição. *18*

5º CASO: 5º CASO: Avaliação do projeto GERUS *20*

6º CASO: Avaliação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família. *22*

7º CASO: Capacitação de Gestores Municipais: Avaliação do Curso de Atualização em Gestão Municipal na Área da Saúde *24*

2.4 DISCUSSÃO SOBRE OS CASOS APRESENTADOS 28

3. ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS **31**

4. PROPOSTA PARA SEMINÁRIOS DE AVALIAÇÃO **35**

ANEXO 1: PROGRAMA DA OFICINA **37**

ANEXO 2: LISTA DE PARTICIPANTES **39**

1. INTRODUÇÃO

O Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan-Americana de Saúde (PDRH-OPAS) vem promovendo uma série de atividades de capacitação de pessoal em diversas áreas relacionadas com o processo de Reforma Setorial em curso em diversos países latino-americanos. O acompanhamento dessas atividades tem revelado deficiências no desenvolvimento dos processos e projetos de avaliação das práticas educativas nos serviços de saúde. A ampliação dessas práticas mediante vultosos investimentos que estão sendo feitos em muitos países torna ainda mais relevante o componente avaliativo como parte do processo de elaboração e execução de projetos.

Nesse sentido, o PDRH-OPAS decidiu investir na análise de experiências em processo visando subsidiar o desenvolvimento teórico-metodológico na área de avaliação de projetos e práticas educativas em saúde[1]. Dando continuidade a essa iniciativa, promoveu a realização de uma Oficina de Trabalho na Cidade do Salvador, Bahia-Brasil, especificamente voltada para o intercâmbio de experiências e conhecimentos entre especialistas convidados de distintos países que vem desenvolvendo projetos nessa área.

Essa Oficina teve como objetivos estabelecer uma agenda para o desenvolvimento de oficinas de trabalho sobre avaliação de projetos e processos de capacitação nos serviços de saúde e identificar mecanismos de articulação mais sistemáticos entre os diversos programas de capacitação. A partir de experiências ocorridas em contextos diferenciados, pretendia-se ampliar a reflexão sobre aspectos teórico-metodológicos nas seguintes perspectivas:

a) identificação de modelos de avaliação passíveis de serem utilizados na avaliação de práticas e projetos educativos nos sistemas de serviços de saúde;

b) estabelecimento de parâmetros e critérios de avaliação dos processos de capacitação de pessoal.

A coordenação da Oficina ficou a cargo dos consultores da OPAS, contando com o apoio do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC-UFBA), responsável pela elaboração deste relatório. Foram convidados para participar das discussões dessa Oficina especialistas vinculados a diferentes instituições de ensino e de serviços de saúde dos seguintes países da América Latina: Argentina, Brasil, Chile e Peru.

O desenvolvimento dos trabalhos da Oficina constou de apresentações introdutórias ao tema e de relatos de experiências em processo, seguidos de debate em torno das questões levantadas pelas exposições. Este Relatório procura sintetizar as principais questões abordadas durante a reunião, trazendo em primeiro lugar a **análise da situação** atual em

---

[1] Ver: OPS-OMS. HSR-HSP *El desafio educativo de las reformas sectoriales: cambios en la capacitación y la evaluación para el trabajo en salud.* Grupo de Trabajo sobre Evaluación de la Capacitación en Salud (Buenos Aires: 30 de Junio – 3 de Julio de 1997). 36p.

Davini, M.C.; Nervi, L.; Roschke, M. A La Capacitación del Personal de los Servicios de Salud en Proyectos Relacionados com los procesos de Reforma Sectorial. *Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud*, OPS-OMS. HSR-HSP. No. 3. Abril de 2002.91p.

termos dos processos educativos no contexto das reformas em saúde, quando são sistematizadas as principais características das experiências apresentadas. Em seguida, destaca as propostas que emergiram do debate no que tange aos **aspectos teórico-metodológicos** dos processos de avaliação. Por último, apresenta a discussão do desenho dos seminários a serem realizados nos países ou sub-regiões e destinados ao pessoal de saúde envolvido em projetos de capacitação nos vários países da Região.

2. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

2.1 REFORMAS SETORIAIS E PRÁTICAS EDUCATIVAS

A importação dos modelos de reforma setorial em países com características diferenciadas tem levado a questionamentos acerca dos componentes de capacitação nos respectivos projetos de apoio. Essa nova conjuntura, que envolve quase todos os países da América Latina, inclui além de uma redefinição das relações econômicas, jurídicas, políticas e administrativas, uma nova arquitetura institucional. Este novo cenário para a capacitação em saúde aponta para o desenvolvimento de processos que se encontram mais avançados em alguns países e incipientes em outros.

Nesse contexto, podem ser identificadas duas grandes categorias de programas de capacitação nas reformas setoriais em curso:

a) Aqueles destinados aos quadros diretivos e gerenciais dos processos de reforma, voltados para apoiar as mudanças institucionais e administrativas;

b) Aqueles orientados para o pessoal vinculado ao serviço visando à organização e ao desenho de estratégias com foco na melhoria da atenção

Diante da diversificação dos programas, reconhece-se a pertinência de identificar as necessidades de cada contexto, definir modelos, estabelecer parâmetros e desenvolver instrumentos capazes de facilitar o processo de avaliação dos programas de capacitação. O debate em torno de experiências desenvolvidas em diferentes países acerca das características dos processos de capacitação abre a possibilidade de levantar pontos positivos e negativos das práticas educativas, bem como de aprofundar a reflexão sobre os seguintes aspectos:

1) Destinatários: a maioria dos projetos de capacitação que vêm sendo desenvolvidos atualmente se destinam a uma grande população, heterogênea e dispersa (como hoje há muitos recursos para capacitar, existem grandes projetos que envolvem muitos atores). A concepção dos projetos não pode ser a mesma para atender a um grande universo e sim desenhada em função dos grupos a que se destinam. Nesse sentido, o desafio atual é aplicar e executar de maneira eficiente os recursos destinados a capacitação tendo em vista o contexto político-institucional complexo produzido pelas reformas.

2) Objetivos: têm sido definidos em função das mudanças que precisariam acontecer nos serviços. Com as reformas em curso, a capacitação vem sendo estruturada em torno de um dado projeto de reorganização dos serviços, desconsiderando-se muitas vezes as demandas locais. Todavia, a experiência tem demonstrado que nem sempre o problema dos serviços se resolve com a capacitação. Muitas vezes os problemas são referentes à organização dos serviços, requerendo outras estratégias. Daí a pertinência de distinguir *avaliação educacional* e *avaliação de programas, projetos e serviços de saúde*.

3) Conteúdos: são utilizados ou adaptados os mesmos conteúdos para contextos diferenciados, sem a avaliação das conseqüências que podem advir do fato de não se fazer uma análise da situação no sentido de detectar a necessidade de usar processos educativos formais. Em geral não se realiza uma boa identificação das necessidades e se formulam projetos em função de temas interessantes mas nem sempre necessários.

4) Enfoques: reconhece-se, presentemente, a necessidade de adoção de novos enfoques em relação às metodologias educacionais que levem em conta as características organizativas do serviço, as especificidades da equipe de saúde enquanto força de trabalho, o processo tecnológico, bem como as relações que regem a vida institucional.

5) Facilitadores: diante do desafio de descentralizar a capacitação, a questão é como preparar as equipes ao nível local para proceder as atividades educativas. É comum a existência de uma relação vertical direta entre a instância que determina a necessidade de capacitar e um grupo determinado, uma vez que a capacitação tem sido definida centralmente. Portanto, caberia examinar os elementos facilitadores que poderiam ser acionados para assegurar a descentralização da capacitação.

6) Intermediários: a existência de intermediários entre planificadores e beneficiários nos processos de licitação em que concorrem projetos diversos torna mais complexa a capacitação. Empresas externas aos setores de educação e saúde muitas vezes competem nas licitações sem critérios suficientes para definir a participação desses intermediários. A existência de capacitadores externos ao setor muitas vezes gera uma resposta de capacitação não oportuna e não ajustada ao contexto local.

7) Gestores: a ênfase na capacitação muitas vezes negligencia a necessidade de incentivo para o investimento na gestão dos projetos. Assim, a preocupação em capacitar para a gerência de processos e de projetos educativos raramente está presente nas diversas iniciativas. Em certas oportunidades tem aparecido a recomendação de se contratar processos e não cursos, bem como verificar a disponibilidade de recursos financeiros para viabilizar a avaliação.

Diante dos aspectos levantados e dos desafios que ora se estabelecem com o processo de descentralização em curso, o grupo reconhece como prioridade a definição de estratégias que possam conduzir a implementação de mudanças das práticas educativas, tomando como objeto de reflexão os seguintes elementos:

1) Gestão e competência: a gestão educacional tem sido realizada por agências, universidades e empresas de consultores. Nesse contexto, a universidade tem sido considerada a melhor parceira, por contar, em geral, com competência na gerência de projetos de capacitação de pessoal dos serviços através de atividades de educação permanente, além de proporcionar certa estabilidade institucional e continuidade administrativa.

2) Capacidade de captação e gerência de recursos: chama-se a atenção sobre a iniciativa de estabelecer a concorrência entre as agências e instituições que se propõem a desenvolver projetos e atividades de capacitação de pessoal em saúde, criando "fundos concursáveis" o que exige, também, o estabelecimento de mecanismos de coordenação, acompanhamento e controle do processo e dos resultados alcançados. Ou seja, torna-se necessário o estabelecimento de novas relações capazes de resolver

possíveis conflitos entre as agências ou instituições executoras e a unidade coordenadora dos projetos educacionais, decorrentes da intermediação no processo de gestão educacional.

3) Necessidade de dar respostas à "massividade" e à heterogeneidade das demandas por capacitação: considerando-se que a capacitação se orienta em dois níveis - para os dirigentes e para o pessoal vinculado à prestação direta de serviços, caberia proceder a diferenciação dos projetos educacionais.

4) Garantia da continuidade e sustentabilidade dos projetos: argumenta-se sobre a necessidade de realizar continuamente a análise estratégica do desenvolvimento dos projetos, identificando-se os atores envolvidos, seus interesses imediatos e mediatos, além dos obstáculos e oportunidades que condicionam a possibilidade de formulação e execução de projetos nos diversos setores e níveis do sistema de saúde. Além disso, foi discutida a necessidade de assegurar a participação dos funcionários das instituições de saúde que deram origem aos projetos educacionais como forma de garantir a legitimidade dos mesmos, criando mecanismos de sustentabilidade durante o desenvolvimento de cada projeto.

5) Avaliação dos projetos: foi ressaltada a necessidade de avaliar o desenho e a planificação do projeto, sua adequação ao contexto político do país, a disponibilidade de informações que permitam o desenvolvimento de processos de avaliação de cursos e outras atividades de educação permanente (onde estão as informações a serem buscadas, definir os indicadores, buscar recursos, etc.) bem como a necessidade de desenvolver processos de avaliação *ex ante*. Recomenda-se a sistematização de experiências em um mesmo contexto, estudos pilotos e avaliações que possam ajudar a tomar decisões sobre o desenvolvimento de novos projetos. Nesse sentido, a avaliação deveria ser pensada desde o momento da concepção do projeto, examinando os marcos conceituais e os métodos a serem adotados. Foram mencionados os estudos econométricos, os de utilização de serviços e os estudos qualitativos de percepção de trabalhadores e usuários (estudos antropológicos).[2] Os indicadores e metas deveriam ser definidos, assim como os métodos. Do mesmo modo, caberia pensar, no momento da planificação, a avaliação de mérito, de impacto (que não é feita na maioria dos projetos) e de desempenho. Finalmente, sugere-se avaliar as implicações de contratar avaliadores que não participam do projeto.

6) Concepção pedagógica a ser adotada nos processos de capacitação: diante do novo paradigma educativo, alguns elementos da abordagem construtivista passam a fazer parte das discussões em torno das práticas de capacitação. Desse modo, foram enfatizados princípios e métodos tais como: a aprendizagem baseada nas experiências; a educação no trabalho; a educação de adultos (experiência – observação – reflexão – ação); a educação permanente; aprender a aprender; aprendizagem transformadora dos processos e não só das técnicas; o educando como sujeito ativo do aprendizado; autogestão do processo de aprendizagem; competência definida como *aquilo que as pessoas sabem, sabem fazer e sabem porque fazem*; capacidade desenvolvida para adaptação às mudanças; exame de capacidades metacognitivas (pensar nos processos

[2] Ver, por exemplo, momentos e tipos de avaliação de projetos educacionais em: Pracharopoulos, G. Proceedings of the 1994 W.B. Conference on Evaluation and Development.

mentais utilizados para chegar a um dado entendimento e construir "mapas conceituais").

2.2 AVALIAÇÃO COMO NECESSIDADE

A avaliação deve ser considerada como uma necessidade intrínseca dos projetos educacionais. Consiste em uma atividade programada de reflexão sobre a ação baseada em procedimentos sistemáticos de coleta, análise e interpretação de informações que possam subsidiar a tomada de decisão para ajustar a ação presente ou mudar as ações desenvolvidas. Assim, a avaliação de programas e projetos sociais deveria ser entendida como parte do processo de planificação e gestão dos serviços de saúde. Entretanto, as experiências de avaliação têm sido muito limitadas de modo que essa atividade ainda não se encontra instalada enquanto prática.

Entre os **motivos para se avaliar** poderiam ser destacados os seguintes: 1) proporcionar uma base para a tomada de decisões; 2) concluir sobre os logros da aprendizagem; 3) verificar o mérito do *curriculum* ou programa; 4) acreditar escolas e hospitais; 5) monitorar os gastos; 6) influenciar a agenda política; 7) melhorar/alterar processos de trabalho; 8) selecionar entre diferentes estratégias; 9) focalizar recursos, ações, etc.; 10) atender às agências financiadoras em relação à efetividade dos programas implementados; 11) priorizar a utilização dos recursos; 12) determinar o grau de satisfação dos usuários com os serviços oferecidos; 13) cumprir com as normas de classificação, promoção de pessoal/alunos; 14) medir o impacto da capacitação/formação; 15) diagnosticar problemas no processo de intervenção educativa e tomar medidas corretas.

Algumas **orientações gerais** mereceriam ser destacadas para a realização de uma avaliação. Assim, os propósitos devem estar claramente identificados, ou seja, o que se deseja conhecer e que decisões se pretende tomar como resultado da informação a ser coletada. Além do pessoal responsável pelo projeto, devem ser identificadas as pessoas que tomarão decisões a partir das informações proporcionadas de modo que suas preferências pelos tipos e fontes de informação precisam ser consideradas. Do mesmo modo, as perguntas elaboradas em qualquer dos níveis devem ter em conta o critério de efetividade. Finalmente, as medidas empregadas na avaliação devem ser relevantes e aplicáveis aos resultados que se fazem possíveis a partir do processo de capacitação, ou seja, não cabe buscar informação sobre efeitos não decorrentes do processo de capacitação.

No que diz respeito aos juízos valorativos emitidos no processo de avaliação, convém que sejam fundamentados (rigor nos métodos e técnicas utilizados) e comunicáveis, considerando-se as atividades, resultados e impactos. Avaliar implica comparação e emissão de juízos, por isso é necessário definir quem são os atores e a linguagem utilizada. Dessa forma, permite formular recomendações para tomar decisões que considerem justas as ações presentes e melhorem as ações futuras.

No que se refere à **abordagem avaliativa** foram apresentadas algumas das suas características para subsidiar a discussão:[3]

- Ser modular com ênfase em aspectos específicos;

[3] Exposição da Dra. Josette Braverman (Argentina).

- Ser integral, compreensiva (técnicas qualitativas e quantitativas), interdisciplinar;
- Incluir variáveis de estruturas, de processos e de resultados;
- Estar inserida na gestão;
- Ser flexível, adequada a diferentes cenários ou momentos;
- Permitir comparações (contra o mesmo projeto e/ou contra outros projetos);
- Incluir distintos atores;
- Permitir aprendizagem desde a prática, possibilitando correções ao longo do processo;
- Facilitar decisões em distintos níveis.

Entre os **componentes de um modelo avaliativo** podem ser mencionados o marco conceitual, a metodologia, a matriz síntese da avaliação e os instrumentos valorativos dos resultados da avaliação, conforme o esquema do Quadro 1.

QUADRO 1 – COMPONENTES DO MODELO AVALIATIVO

1. Precisões conceituais
   -marco teórico geral
   -dimensões e variáveis: definições conceituais e operativas (principais linhas de ação)

Aspectos metodológicos
   -abordagem metodológica geral
   -técnicas sugeridas/instrumentos
   -fontes
   -atores participantes
   -cronograma de aplicação e foco

Matriz síntese do modelo avaliativo

Instrumento valorativo – formular "perguntas avaliativas" que sejam indutoras para o refinamento das variáveis

Principais técnicas: análise documental, análise de registros (quali/quanti), entrevistas com informantes-chave, reuniões, oficinas, etc.

O processo de avaliação pode ser composto pelos seguintes **momentos**:

a) Primeiro momento - avaliação ex –ante:

- Realiza-se antes de iniciar um programa ou projeto. Tem o foco na formulação, ou seja, verifica o cumprimento das condições requeridas para a implementação do projeto;
- Permite ajustar a formulação do programa ou projeto, produzindo melhorias ainda no desenho;

- Pontos a serem analisados: pertinência (se responde ao que se propõe); coerência interna (entre recursos, objetivos, atividades, etc); factibilidade (se estão dadas as condições no contexto para o desenvolvimento do projeto);

- É realizada, geralmente, por alguém externo ao programa ou projeto.

b) Segundo momento - linha de base:

- Tem caráter diagnóstico;

- É o momento inicial da avaliação ex post;

- É parâmetro comparativo da avaliação concorrente e da avaliação de resultados e impactos;

- Oferece insumos para direcionar processos durante a execução;

- Realizada por atores externos e internos.

c) Terceiro momento - avaliação concorrente ou de seguimento (monitoramento):

- Paralela à gestão do projeto;

- Foco segundo as etapas de gestão, identificando pontos fortes e debilidades quanto a implantação de estruturas, desenvolvimento de processos e obtenção de produtos, efeitos e resultados;

- Ajuda a tomar decisões que permitam reforçar ou reorientar ações e corrigir aspectos da gestão;

- Combina auto avaliação com avaliações externas.

d) Quarto momento - avaliação final ou ex post:

- Ao terminar e depois de terminada a gestão do programa ou projeto;

- Foco em resultados ou impacto;

- Serve para tomar decisões sobre continuidade, "reaplicabilidade" e/ou generalização do projeto em função da efetividade;

- Realizada por atores externos em interação com internos.

Em relação aos tipos de avaliação, podem identificados os referentes aos níveis e às competências. No primeiro tipo, são considerados quatro níveis, a saber: N1) avaliação da reação (opinião/satisfação); N2) avaliação da aprendizagem (conhecimento ou habilidades requeridas); N3) avaliação do desempenho (transferência de aprendizagem no trabaho); e N4) avaliação de resultados. No segundo tipo, trata-se de avaliação da competência de uma pessoa considerando padrões de desempenho. Nesse caso busca-se reunir evidências que permitam inferir uma competência (observação direta de atividade de trabalho, provas de

habilidades para um trabalho, projetos/tarefas, evidência de aprendizagens prévias, "bitácoras", registros de logros/"portafolios", etc.).

Recomenda-se utilizar enfoques integrados[4] para avaliar desempenho, ou seja "avaliação holística". Esta é orientada para problemas, além de interdisciplinar, incorporadora da prática profissional e de grupos de competências, focalizada em circunstâncias comuns, demandante de habilidades analíticas e da combinação de teoria e prática. Os processos avaliativos ainda podem ser classificados segundo o sujeito da avaliação (quem avalia). Desse modo, identificam-se vários tipos de avaliação, quais sejam:

- Avaliação externa;
- Avaliação interna;
- Auto avaliação na qual os próprios atores envolvidos no processo avaliam;
- Avaliação mista - avaliadores internos e externos com momentos conjuntos e independentes;
- Avaliação participativa - envolve os próprios destinatários e/ou outros atores.

Finalmente, certas **dimensões do modelo de avaliação e monitoramento** precisam ser levadas em conta pelos responsáveis na condução do projeto, a saber:

- Coordenação e gerenciamento;
- Administração, execução financeira e custos;
- Características do componente educacional;
- Cobertura e troca entre os destinatários;
- Fortalecimento institucional.

2.3 RELATOS DE EXPERIÊNCIAS DE AVALIAÇÃO DE PROJETOS EDUCATIVOS

Foram apresentadas durante a Oficina sete experiências de avaliação de processos e projetos de capacitação nos serviços de saúde, com características diferenciadas em termos da natureza da prática educativa e das finalidades. Assim, foram relatadas experiências sobre avaliação de impacto, avaliação qualitativa do processo educativo, avaliação desenvolvida por agentes externos e avaliação diagnóstica e de processo. Todos os projetos foram comentados, gerando reflexões acerca dos objetivos, metodologias e resultados alcançados e apontando para a diversidade dos modelos de avaliação em curso.

Os programas desenvolvidos no Chile, Peru e Argentina desenvolvem-se em instituições de saúde e partem de uma concepção de educação permanente que se baseia na pedagogia da problematização aplicada ao processo de trabalho, tendo em

[4] Combina conhecimentos, compreensão, resolução de problemas, habilidades técnicas, atitude e ética.

vista um conjunto de mudanças nas práticas que contribuam para a melhoria da qualidade dos serviços prestados.

No Brasil, os casos apresentados referem-se a avaliação de processos de capacitação de pessoal em distintos níveis da gestão do sistema e da prestação de serviços de saúde. Incluem desde a capacitação de gestores e conselheiros envolvidos no processo político-gerencial do SUS no âmbito municipal até a capacitação de pessoal em áreas críticas do modelo de prestação de serviços de saúde, quais sejam, a capacitação em Saúde da Família e a capacitação de pessoal de enfermagem para atuar nos vários níveis do sistema.

De um modo geral, as experiências demonstram que é possível explorar diversos tipos de avaliação com resultados eficientes e efetivos desde que sejam observados os contextos locais e os processos inerentes a cada situação. A seguir encontram-se resumidos os sete casos apresentados durante a Oficina:

1º CASO: Avaliação do Impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde[5]

O Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) representa uma iniciativa do Ministério da Saúde do Brasil que tem a finalidade de promover a qualificação profissional da força de trabalho em enfermagem e a melhoria da qualidade dos serviços de saúde públicos e privados. Deflagrado no ano de 2000, com duração de 4 anos, o projeto conta com recursos financeiros oriundos de empréstimo junto ao Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), do Tesouro Nacional e do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) oferece suporte e cooperação técnica para execução das atividades.

Dentre as metas do projeto destaca-se a profissionalização como Auxiliares de Enfermagem de 225.000 trabalhadores que atuam sem qualificação técnica formal e regular. Este contingente, que representa 30% dos trabalhadores de enfermagem do país, não têm a qualificação necessária para o exercício da profissão na área de enfermagem. Para 18% desses trabalhadores falta concluir o ensino fundamental, que é pré-requisito para o curso de qualificação profissional. Este quadro é agravado ainda mais pelo expressivo número de trabalhadores admitidos para as funções administrativas ou de serviços gerais que são desviados para os serviços de enfermagem, acarretando o exercício ilegal da profissão.

Outros componentes do projeto destinam-se ao fortalecimento dessa política nacional de formação de recursos humanos: (i) formação pedagógica para docentes de educação profissional de nível técnico na área de enfermagem; (ii) sistema de certificação de competências para o egressos dos cursos promovidos pelo PROFAE; (iii) modernização das escolas técnicas do Sistema Único de Saúde (SUS); e (iv) sistema de acompanhamento de sinais dos mercados de trabalho e educacional com foco em pessoal auxiliar de enfermagem.

[5] Apresentado por Marina Peduzzi (Escola de Enfermagem/ USP - Brasil). A Profa. Maria Luiza Anselmi (Escola de Enfermagem de Ribeirao Preto/USP - Brasil) tem respondido pelo projeto como vice-coordenadora.

A pesquisa de avaliação do impacto do PROFAE define *impacto* como os efeitos mais distantes que não se constatam nos resultados imediatos, e identifica diferentes dimensões de impacto da profissionalização, quais sejam:

- impacto no processo ensino-aprendizagem (a qualificação pedagógica dos enfermeiros que ministram aulas nos cursos do PROFAE);
- impacto no mercado de trabalho de enfermagem (aumento da empregabilidade dos trabalhadores de enfermagem);
- impacto na cidadania desses trabalhadores (promoção a uma categoria profissional regulamentada);
- impacto na remuneração (melhoria das condições de acesso à moradia, estudo dos filhos, manutenção da vida, outros);
- impacto na qualidade dos serviços (a positividades dos indicadores de qualidade da assistência de enfermagem com efeitos positivos no tratamento dos problemas de saúde e na assistência de enfermagem).

A pesquisa restringe-se a avaliação desta última dimensão de impacto, ou seja, o impacto na qualidade dos serviços prestados à população. Por se tratar de um projeto de qualificação profissional de trabalhadores de enfermagem, buscou-se definir objetivos, variáveis e indicadores de pesquisa especificamente relacionados à assistência de enfermagem. Vale destacar que o trabalho desenvolvido pela enfermagem tem uma repercussão expressiva na qualidade dos serviços de saúde, dado que, no Brasil, a categoria responde por 49,7% de toda a força de trabalho atuante nos diversos níveis de atenção à saúde: promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

Esta pesquisa está incluída no conjunto de trabalhos desenvolvidos pelo PROFAE desde a concepção do projeto educativo, tendo sido o próprio desenho da pesquisa e particularmente os indicadores discutidos e definidos com a participação da equipe de Gerencia Geral do PROFAE. Assim sendo, foi identificada também a necessidade do desenvolvimento de 2 sub-projetos de investigação articulados à pesquisa de avaliação do impacto, quais sejam:

- Análise do processo de trabalho do auxiliar de enfermagem
- Caracterização do perfil da clientela do PROFAE

Os objetivos da pesquisa de avaliação do impacto do PROFAE são:

1) avaliar o padrão de qualidade da assistência de enfermagem e sua relação com a qualificação técnica dos trabalhadores, com base em 3 indicadores de qualidade: incidência de úlcera de pressão; taxa média de erros de medicação e índice de qualidade do desempenho de técnicas de enfermagem;

2) analisar o contexto da assistência de enfermagem, com base no dimensionamento de pessoal, supervisão, educação continuada e modelo assistencial.

Modalidade de pesquisa:

Trata-se de pesquisa que utiliza metodologia quantitativa e qualitativa, na modalidade pré e pós-teste, ou seja, a investigação é desenvolvida em duas fases, antes e após a profissionalização, com a finalidade de identificar e compreender as mudanças ocorridas, tanto nos indicadores de qualidade quanto no contexto da assistência de enfermagem.

Como referido acima, buscou-se definir variáveis e indicadores especificamente relacionados a assistência de enfermagem. Com base na literatura foram selecionados três indicadores relevantes para a qualidade dos serviços de enfermagem, ou seja, incidência de úlcera de pressão, taxa de erros no preparo e administração de medicamentos, índice de qualidade do desempenho de técnicas de enfermagem. Considerando que os indicadores escolhidos comportam-se diversamente de acordo com o contexto em que o trabalho é desenvolvido, também são analisadas variáveis que se referem ao quadro de pessoal e aspectos da organização do trabalho, tais como – supervisão, educação continuada e modelo assistencial. Partindo da concepção da enfermagem como prática social, entende-se que há uma relação recíproca entre a educação profissional e o exercício do trabalho, isto é, o desempenho do trabalhador está relacionado tanto com a sua formação quanto às condições de trabalho.

Variáveis segundo indicadores pesquisados:

Para o objetivo 1:

- Incidência de úlcera de pressão
  - variável independente = assistência de enfermagem
  - variável dependente = aparecimento de úlcera de pressão
- taxa média de erros de medicação
  - variável independente = assistência de enfermagem
  - variável dependente = ocorrência de erros no preparo e na aplicação de medicamentos
- índice de qualidade no desempenho de técnicas de enfermagem
  - variável independente = assistência de enfermagem
  - variável dependente = ocorrência de erro no desempenho das técnica de enfermagem (inalação; medicação por via intramuscular; e punção venosa para aplicação de medicação)

Para o objetivo 2:

Variáveis estudadas

- Supervisão de enfermagem
- Educação continuada

- Quadro de pessoal de enfermagem
- Modelo assistencial

Amostragem

A amostra de serviços de saúde estudados em cada Estado é definida com base nas seguintes características: natureza jurídica (público, privado); tipo de serviço (internação, não internação); para os serviços do tipo internação é considerado o número de leitos; e distribuição por região do Estado. Para cada serviço amostrado é definida uma amostra de trabalhadores de enfermagem por categoria profissional e unidade de trabalho. Bem como uma amostragem de pacientes para o estudo da incidência de úlcera de pressão.

Técnicas e instrumentos de coleta de dados

Para as variáveis de estudo do contexto da assistência de enfermagem, as informações são coletadas através de entrevista semi-estruturada com os gerentes centrais da instituição e da área de enfermagem, bem como de levantamento de dados secundários sobre a estrutura e a organização do respectivo serviço. Os dados relativos aos indicadores de qualidade da assistência de enfermagem são coletados através de observação direta realizada por vários observadores previamente treinados para homogeneização da coleta. Para cada um dos indicadores foram elaborados instrumentos específicos de levantamento de dados.

No indicador incidência de úlcera de pressão (UP) estuda-se a frequência de casos novos de UP em pacientes internados com risco para este evento (mobilidade física prejudicada, alteração do estado nutricional, nível de consciência alterado e incontinência fecal e/ou urinaria), bem como a associação entre a incidência de UP e a assistência de enfermagem, considerados os seguintes cuidados: mudança de decúbito, cuidados com higiene ou troca sempre que evacuado e/ou molhado, cuidados com alimentação, hidratação oral e hidratação da pele.

No indicador erro de medicação são analisadas a taxa média de erros no preparo e na administração de medicamentos; o número médio de erros em cada dose e a distribuição dos tipos de erros. Consideram-se como unidade de analise as doses preparadas e administradas. Em cada dose pode-se verificar apenas duas situações, mutuamente exclusivas, ou seja, a dose é preparada e administrada de forma correta ou incorreta. Uma dose incorreta significa que houve erro. Em cada dose de medicamento preparada e administrada é possível que ocorram vários tipos de erros, tais como: troca de paciente, troca de droga, dosagem errada, via de aplicação errada, contaminação da agulha, outros. Para a avaliação do impacto do PROFAE é importante a análise estatística sobre a associação entre a qualidade do desempenho e a categoria profissional do executante, que expressa o grau de qualificação técnica do trabalhador.

O estudo do indicador índice de qualidade do desempenho de técnicas de enfermagem é realizado com base em dados coletados com a aplicação de instrumentos do tipo *checklist*, que consistem na descrição pormenorizada, passo a passo, das atividades selecionadas, considerando o padrão de excelência para sua execução. Cada instrumento é acompanhado de um definição padronizada do que é considerado correto na execução de cada passo da respectiva técnica. A coleta de dados é realizada através de observação direta individual da execução de técnicas, de uma amostra de trabalhadores de

enfermagem estratificada por categoria profissional (grau de qualificação técnica) e unidade de trabalho. Também neste indicador busca-se a associação entre qualidade do desempenho e categoria profissional de executante

Principais dificuldades enfrentadas na execução da pesquisa:

- a ausência de parâmetros nacionais para os indicadores estudados;
- a definição do universo do estudo, que é constituído, em cada Estado, pelo conjunto de serviços de saúde que conta com trabalhadores de enfermagem sem qualificação técnica regular e formal em seu quadro de pessoal cursando PROFAE, pois não há conhecimento prévio a esse respeito e esta informação precisa ser construída na fase de pesquisa exploratória;
- definição do plano amostral e do tamanho da amostra (amostra de serviços de saúde estudados em cada Estado e definição da amostra de trabalhadores de enfermagem em cada serviço amostrado), esta dificuldade decorre da anterior e da seguinte;
- descentralização e capilaridade alcançada pelo PROFAE (por um lado, esta característica mostra que o PROFAE vem conseguindo atingir os trabalhadores interessados e a quem se destina o projeto nos mais longínquos locais, por outro lado, essa dispersão representa uma dificuldade para a definição da amostra de trabalhadores de enfermagem em cada serviço. Além da descentralização também ocorrem dificuldades dado o modelo de divisão e organização do trabalho da enfermagem que mostra uma forte especialização por tarefas. Ou seja, há, em cada serviço, um pequeno número de trabalhadores desempenhando cada tipo de atividade ou técnica;
- a plasticidade e a dinâmica dos serviços de saúde, ou seja, observam-se diferenças no quadro do pessoal de enfermagem quando comparadas as informações coletadas na fase exploratória da pesquisa e a situação concretamente encontrada ao iniciar a coleta de dados propriamente dita. Ou seja, ocorrem transferências de pessoal, demissões, licenças saúde prolongadas e até mesmo situações em que o informante respondeu aos cadastros como sendo da instituição mas na realidade não consta no quadro de recursos humanos.

2º CASO: Programa de educação permanente para melhoria da qualidade da Assistência Hospitalar[6]

O projeto de avaliação foi desenvolvido no Chile e teve como objetivo analisar processos, decisões, aprendizagens e abordagens metodológica do referido programa, adotando uma metodologia qualitativa. Nesse particular, foram investigados os seguintes aspectos:

a) procedimentos e estratégias que facilitaram a aprendizagem autônoma de nova informação;

[6] Apresentado por Gabriela Charnes (Chile).

b) autonomia nos processos de aprendizagem a partir da prática;

c) desenvolvimento da comunicação e compromisso grupal;

d) desenvolvimento de competências individuais;

e) capacidade de negociar e resolver problemas;

f) ações individuais e grupais para as mudanças.

A experiência relatada enfatiza o **processo de aprendizagem institucional** que parte da análise funcional do processo de trabalho no qual a equipe encontra-se em relação com os usuários internos e externos da organização. É voltado para a melhoria institucional, e requer o trabalho de construção da equipe. Nesse sentido, supõe a realização dos seguintes passos: investigar, identificar e explicar o problema; definir uma proposta de mudança e plano de ação; implementar experiências demonstrativa,: avaliar; e corrigir os problemas identificados. Para tanto tem prestado atenção para os seguintes aspectos:

- mensurar as condições organizacionais favoráveis à aprendizagem;
- avaliar a reação (oficinas metodológicas);
- a percepção de um primeiro nível de aprendizagem cognitiva;
- a história e processo de aprendizagem do grupo;
- a aplicação de conhecimentos, habilidades e competências, os quais irão incidir sobre as condições organizacionais favoráveis à aprendizagem.

O projeto admite que uma instituição ou **organização que aprende** é capaz de apresentar as seguintes características:

- formular estratégias de mudanças como processo de aprendizagem;
- desenvolver construção participativa de estratégias de mudança,
- informar internamente;
- manejar recursos materiais como processo de aprendizagem,
- promover intercâmbios internos;
- ter flexibilidade e satisfação com sistema de recompensas;
- flexibilizar estruturas;
- processo de coleta e integração da informação externa;
- estabelecer a aprendizagem a partir das redes assistenciais;
- ter clima de aprendizagem;

- oferecer/criar oportunidade de auto-formação.

Uma das estratégias educativas que podem ser acionadas nessa perspectiva é a **discussão de grupo** que focaliza os seguintes elementos:

- cada dimensão e caracterização global do âmbito laboral;
- as fortalezas, debilidades e possíveis hipóteses explicativas;
- priorização de dimensões;
- identificação daquelas dimensiones a terem intervenções pelo projeto;
- possíveis mudanças esperadas na segunda aplicação.

Diversas técnicas de trabalho têm sido empregadas nesse projeto de avaliação. Assim, o **mapa conceptual** é uma ferramenta educacional que permite representar o conjunto de significados conceituais que uma pessoa ou um grupo maneja, proporcionando um resumo visual do aprendido, ordenando-o de uma maneira hierárquica. Tem por objetivo representar relações significativas entre conceitos e ajudam aos que aprendem a tornar mais evidentes os conceitos-chave que estão sendo aprendidos ou que vão ser aprendidos, quando surgirem conexões entre os novos conhecimentos e os que já se manejam. Sua demonstração se baseia na aplicação de conhecimentos.

No caso da **história de aprendizagem**, procede-se um relato de experiência coletiva mediante os seguintes passos:

1) Identificação dos primeiros resultados visíveis;
2) Descrição do processo de conformação grupal;
3) Explicitação das mudanças que verificaram como grupo nas distintas etapas do projeto:
   - Como se sentiram no início do projeto como grupo?
   - Como perceberam os outros quanto a atitudes e opiniões com os pares de outras unidades e com os usuários?
4) Identificação das aprendizagens significativas:
   - Que aprendizagens/sucessos grupais podem se identificar nas distintas etapas?
   - Quem gostou de receber este processo?
   - Destes quais gostariam de manter ou continuar desenvolvendo?
   - Tiveram a oportunidade de aplicar aquilo que aprenderam?
5) Que nome ou título dariam a esta experiência?

Finalmente, foi mencionada a análise funcional que é uma técnica de trabalho em grupo através da qual se busca descrever de forma efetiva um trabalho ou ocupação por meio da análise das pessoas que realizam e conhecem a ocupação ou função (árvore de funções). O propósito é identificar as funções-chave, as tarefas e as competências requeridas. Desse modo, ao tempo em que são analisadas as necessdades de capacitação se

realiza a avaliação dos processos de trabalho. Trata-se, portanto, de uma avaliação de *processo*.

3º CASO: Sistema Básico de Capacitação em Serviço[7]

Este projeto teve como objetivo implantar um sistema básico de capacitação em um serviço de saúde de uma zona rural do Peru. Envolve quatro etapas : a primeira (treinamento), tem por objetivo completar as competências da formação básica; a segunda (capacitação), oferecer competências novas exigidas pelos novos modelos; a terceira (desenvolvimento), promover o pessoal que mostra melhores qualidades; e a quarta (outros incentivos) visa ao aperfeiçoamento do pessoal mais qualificado que se quer conservar na instituição.

A implantação do **sub-sistema de monitoramento e avaliação do sistema de capacitacão** é entendida como parte do processo de planificação das intervenções educativas de todo Plano de Capacitação, devendo portanto ser desenhado desde o início do plano, desenvolvendo-se de forma paralela à execução do mesmo. Seu propósito não deve ser concebido unicamente como o de medir os resultados obtidos ao término do desenvolvimento de um plano, mas como um instrumento que permite obter a informação indispensável para identificar problemas e oportunidades ao longo de desenvolvimento do mesmo, possibilitando a correção e melhoria do desenho das estratégias, da metodología e dos processos educativos promovidos. Nesse particular cabe distinguir a **medição de resultados** e a **avaliação de impacto**. A primeira se refere a determinação dos efeitos do plano em curto prazo, em termos de mudanças de atitudes, intenções, crenças e hábitos. A segunda diz respeito aos efeitos de mais longo prazo, como mudanças de comportamento que determinam as mudanças de atitudes e valores

Assim, o Sub-sistema de Monitoramento e Avaliação se define como uma ferramenta que oferece os insumos necessários para a tomada de decisões de maneira oportuna e fundamentada. Comprende dois processos básicos:

1) Monitoramento, entendido como o seguimento da execução das atividades do plano, onde se realiza a coleta sistemática de dados que servem para garantir que o desenvolvimento da intervenção se efetue de acordo com o que foi planejado ou determinar se deve sofrer modificações.

2) Avaliação, entendida como o momento de análise e interpretação da informação coletada com a finalidade de: determinar o desempenho alcançado na execução do plano; determinar o avanço, eficiência, eficácia e impacto alcançados; identificar necessidades do plano; examinar seu desenvolvimento (estrutura e processo) e medir seus resultados.

O monitoramento e a avaliação se realizam em função dos objetivos do sistema de capacitação. Este pretende que o pessoal de saúde das redes e micro-redes melhore o seu desempenho técnico-profissional mediante o desenvolvimento de competências. Portanto, o sub-sistema de monitoramento e avaliação dos planos educativos permite, mediante a produção de informação suficiente e pertinente, tomar decisões adecuadas para o

[7] Apresentado pela Dra. Ariela Luna (Ministerio de Salud - Dirección Regional de Salud del Cusco, Peru)

desenvolvimento e ajuste permanentes do sistema de capacitação, seus componentes e atividades principais.

Para desenhar um sub-sistema de monitoramento e avaliação, deve-se: a) considerar a factibilidade da coleta das informações necessárias e suficientes, orientadas para a tomada de decisões, sendo, portanto, necessário precisar os objetivos do sistema de capacitação; b) formular indicadores em função dos objetivos definidos que devem ser mensuráveis, participativos e pertinentes, qualitativos ou quantitativos, conforme os enfoques chaves do sistema (desenvolvimento de competências, formação flexível, desenvolvimento de recursos humanos); c) definir variáveis para cada indicador, que são aspectos ou produtos específicos e concretos que permitem mostrar a presença do indicador; d) desenvolver os aspectos chave de monitoramento; e) definir as características gerais de cada instrumento requerido (a partir da **matriz de monitoramento,** é necessário comprovar se os instrumentos propostos são os mais apropiados para produzir a informação que se requer de modo que antes de desenhar os instrumentos caberia avaliar sua pertinência e assegurar que os instrumentos combinem distintas técnicas com distintos pontos de vista); f) definir os responsáveis pela aplicação dos instrumentos, bem como o período para sua aplicação; g) establecer os tempos para a avaliação, analisando e valorizando a informação que os instrumentos assinalados proporcionam, definindo-se em uma **matriz de avaliação**, o momento da avaliação, o que se avalia e com que instrumento se avalia.

Para a implementação do sistema de capacitação em um ano regular , tendo em conta os ciclos normais de planificação e programação, sugere-se desenvolver as seguintes fases:

a) fase de desenho (3 meses). Inicia-se com a observação de desempenho de todo o personal para estabelecer um adequado diagnóstico de necessidades, a partir do qual se formulam os planos de capacitação de micro-rede e se ajustam os desenhos metodológicos e materiais para realizar a capacitação. Nesta fase procede-se a primera seleção e credenciamento (acreditação) de tutores e docentes.

b) fase operativa (8 meses). Nesta fase executam-se as atividades programadas no plano aprovado e se desenvolvem todas as ações de supervisão e monitoramento, assim como a avaliação de processo.

c) fase de avaliação final (1 mes) Avalia-se toda a intervenção, sistematizam-se os produtos e dificuldades e se formulam as lições aprendidas para o ano seguinte.

Esta experiência apresenta uma combinação de avaliação de processo e de resultado.

4º CASO: Avaliação do Programa Materno Infantil e Nutrição.[8]

O Programa Materno Infantil e Nutrição (PROMIN) tem caráter nacional e está voltado para populações muito pobres da Argentina. Tem características de atenção primária à saúde (APS) com um enfoque preventivo e social. Nesse particular, procura adotar um modelo de atenção que desloque a ênfase da demanda espontânea para a atenção programada, com prioridade para a promoção da saúde e para a prevenção.

[8] Apresentado pela Dra. Josette Braverman e Maria Cristina Davini (Argentina).

A primeira etapa de desenvolvimento da capacitação no Programa adotou uma estratégia de difusão dos propósitos do Programa através de encontros iniciais e posterior repetição em cascata (multiplicadores), com cursos, conferências, oficinas, etc., dentro de um enfoque escolar. Na segunda etapa, houve uma mudança radical na estrategia, levando em conta a ineficacia do processo anterior para transferir mudanças às práticas. O processo posterior de capacitação foi planejado, portanto, em função do processo de trabalho e das práticas, dentro do enfoque de Educação Permanente em Serviço. A nova estrategia está voltada aos contextos da prática e a capacitação é desenvolvida por facilitadores locais ou supervisores participantes com um perfil de qualidade técnica, compromisso com a prática e formação pedagógica no novo enfoque. Sua missão era percorrer os centros de trabalho, acompanhar o trabalho das pessoas, e capacitar construindo equipes. Trata-se, pois, de uma educação mais "protagônica" na qual os facilitadores apoiam o desenvolvimento das equipes.

A avaliação acompanha todo o processo, com informações qualitativas e quantitativas, e tem produzido:

a) uma avaliação diagnóstica inicial

b) guías de acompanhamento do processo

c) questionarios com base em escalas de opinião e valoração dos sujeitos

d) informes pautados de resultados periódicos

e) análise de informações quantitativas (cobertura, captação de populção, históricas clínicas, financiamento, etc.)

A *avaliação diagnóstica* das práticas ao inicio da capacitação visa o reconhecimento do ponto de partida e a identificação de problemas. Para o acompanhamento de processo, adotou-se um *desenho longitudinal* buscando identificar avanços e retrocessos nas práticas ao longo do tempo, com base em *guías de observção dos desempenhos,* de completamento trimestral. A unidade de análise neste caso não ãao as pessoas, mas a equipe de trabalho. Os próprios capacitadores utilizam as guias de acompanhamento para registrar as transformações nas práticas e no trabalho em equipe, detectar avanços, dificuldades e problemas. Com isso, ao mesmo tempo que se avalia, retroalimenta- se ao próprio processo de capacitação, com insumos e informções para análise e reflexão.

Mas a estratégia de capacitação concibe que a mudança nas práticas se acompanhan com mudanças nos modos de pensar e valorar o próprio trabalho, o trabalho da equipe, assim como no modo de entender a missão do servico e o papel da comunidade. Por tanto, a avaliação tem acompanhado este processo aportando instrumentos específicos. Eles adotam a forma de *escalas de crenças, de opinião,* e *de valoração* autoadministradas pelos próprios trabalhadores ou em diálogo com os capacitadores. Estes questionarios – escalas sao preenchidos ao início da capacitação e depois de um ano de atividades, visando avaliar as mudanças nas percepções e nos modos de pensar dos atores.

O projeto desenvolve-se com uma cobertura nacional, incluíndo 17 provincias e mais de 10 mil trabalhadores. As coordenações locais não só coordenam as atividades em terreno, mas também produzem *informes de avaliçãao periódica* que alimentam as

informações da avaliação. Os informes ~são *pautados,* incluindo aspectos de uso dos recursos de financiamento, organização das equipes e desenvolvimento das ações.

Finalmente, outra estratégia utilizada tem sido a elaboração de cadernos de experiencias. Cada ámbito local tem destacado e analizado experiencias valiosas e alternativas desenvolvidas nas práticas dos serviços em trabalho conjunto com os trabalhadores. Essas iniciativas tem sido publicadas em *"Cadernos de Experiencias"* que têm se constituído como insumos para a avaliação das ações e, também, materias úteis para a capacitação, com experiencias produzidas pelos próprios atores.

5º CASO: 5º CASO: Avaliação do projeto GERUS[9]

O projeto GERUS (Gerência em Unidades de Saúde), implantado em municípios brasileiros a partir de meados da década de noventa, tem como propósitos o desenvolvimento institucional e a profissionalização/qualificação de gerentes de unidades básicas de saúde. Foi formulado enquanto parte das atividades de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), sob a responsabilidade do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Representação do Brasil. Foi, ainda, considerado prioritário pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

O componente inicial desse projeto voltou-se para o desenvolvimento da capacidade gerencial em Unidades da Rede Básica de Saúde, sendo implementado mediante as seguintes etapas:

a) desenvolvimento metodológico com a elaboração do currículo de um curso de especialização;

b) teste metodológico com a incorporação do projeto por algumas Secretarias de Saúde, resultando em aperfeiçoamento e revisão do programa do curso e adequação do material instrucional;

c) implantação em vários municípios[10].

A concepção pedagógica adotada pelo GERUS baseia-se ns seguintes aspectos:

a) princípio da ação-reflexão-ação;

b) indivisibilidade método-conteúdo;

c) coerência do método com a natureza do objeto de conhecimento em construção;

---

[9] Apresentado por Débora Bertussi (Ministério da Saúde, Brasil).

[10] O projeto atingiu nas etapas de sensibilização, implantação ou ampliação até julho de 1998, em torno de 120 municípios da Região Sudeste, 50 municípios da Região Centro-Oeste, 30 municípios da Região Nordeste, 30 municípios da Região Norte e 20 municípios da Região Sul do país, totalizando 250 municípios partícipes. Foram capacitados 560 monitores e 1.240 gerentes de UBS, totalizando 1.800 profissionais. Ver: Bertussi, D.C. *Desenvolvimento Gerencial em Saúde: Limites e Possibilidades*. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Londrina. Londrina, 2002.

d) apropriação da estrutura do conhecimento pelo ator da aprendizagem;

e) utilização do próprio trabalho e realidade local como objetos de análise;

f) reflexão sobre o processo de ensino-aprendizagem.

O trabalho apresentado na oficina teve como objetivo analisar a experiência de implantação e desenvolvimento de um projeto de intervenção de recursos humanos para o desenvolvimento gerencial nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Curitiba (Paraná–Pr). Foram examinadas as dimensões política, administrativa e pedagógica do projeto de desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde face ao processo de descentralização na saúde, com a metodologia qualitativa, através de um estudo de caso tipo histórico-organizacional. No caso do município pesquisado, a proposta de desenvolvimento gerencial foi incorporada num momento em que estava sendo estruturada a descentralização, com a implantação dos distritos sanitários e das gerências das UBS.

Como fontes de informação para a análise do desenvolvimento organizacional utilizaram-se documentos e entrevistas semi-estruturadas com atores sociais que representavam o grupo de condução, os monitores responsáveis pela condução do curso e os gerentes de unidades que eram os alunos do curso. Procurou-se investigar a incorporação de conceitos e instrumentos gerenciais no processo de produção em saúde tomando como material entrevistas semi-estruturadas, utilizando a árvore de categorias de análise e recorrendo à análise de conteúdo, com a técnica de análise temática.

A partir da visão e da compreensão dos sujeitos envolvidos na implantação e desenvolvimento do Projeto GERUS em Curitiba, a investigação permitiu analisar as dimensões político-técnica, administrativa e pedagógica do desenvolvimento gerencial. Observou-se uma nova cultura organizacional apesar de atores institucionais negarem, em certos momentos, o desenvolvimento institucional. No entanto, cabe chamar a atenção para o fato de que a proposta do GERUS era no sentido de *"alavancar movimentos institucionais para reorganização da produção de serviços de saúde na perspectiva da eficiência, eficácia e efetividade do setor saúde"11*. Assim, entre os resultados apresentados podem ser visualizados os conflitos entres os gerentes das unidades que passaram pela capacitação e os *gerentes-meios* (burocratas tradicionais) como expressão de disputas entre os poderes técnico e administrativo.

Com base no pressuposto segundo o qual o desenvolvimento institucional é um processo e apesar de terem sido apontadas as diferentes formas de institucionalização, é inegável a mudança de práticas no nível local. Construir uma outra perspectiva de trabalho em saúde e de sua prática, passa, sem dúvida, por este movimento. Portanto, cabe ressaltar que o instrumental proposto pelo GERUS para conduzir o processo de trabalho em UBS tem potencial para construção de um caminho que resulte na garantia da qualidade e resolutividade das ações em saúde.

[11] Ibdem. p.264.

A pesquisa realizada estimulou a formulação de novas perguntas relevantes para a gestão e para a avaliação dos processos educativos, tais como:

a) de que maneira é possível intervir no estabelecimento de formas organizativas, que possam superar a contradição existente nas relações entre UBS e setores-meio?;

b) como estabelecer uma relação mais horizontalizada na organização em saúde, onde a UBS possa efetivamente desenvolver ações em saúde a partir da realidade local?;

c) como efetivar o papel da gerência de UBS enquanto um exercício de compromisso, autonomia e flexibilização organizacional?

d) Como se estabelece as relações usuários/trabalhador de saúde e no processo de trabalho em saúde no micro-espaço (Unidade de Saúde). ?*12*

Trata-se, por conseguinte, de um desenho de estudo de caso centrado na avaliação de processo e *resultados (impacto)*.

6º CASO: Avaliação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família[13].

Esta pesquisa foi realizada pelo *Núcleo de Estudos de Políticas Públicas* da Universidade Estadual de Campinas (NEPP/UNICAMP), ou seja, um avaliador externo à instituição responsável. Teve como objeto de análise os 10 primeiros Pólos constituídos em 1997 nas regiões Centro Oeste (Cuiabá e Brasília), Nordeste (Fortaleza, Recife, Maceió e Salvador), Sudeste (Minas Gerais, incluindo Juiz de Fora e Belo Horizonte); Rio de Janeiro (incluindo Niterói) e Sul (Curitiba e Florianópolis).

O projeto teve como finalidade avaliar o desempenho dos Pólos de Capacitação a partir do cumprimento dos objetivos contidos no Edital de Convocação, tomando como referência os pressupostos e critérios utilizados pelo Ministério da Saúde para a constituição dos Pólos.

A investigação foi realizada em três etapas sendo que na primeira – *Etapa Preparatória*, foram efetuadas a revisão da literatura, divulgação e formalização do estudo junto aos Pólos de Capacitação, reuniões com a equipe do Departamento de Atenção Básica/Ministério da Saúde, e coleta de documentos e dados secundários para caracterização do universo de estudo. Na segunda etapa – *Caracterização dos Pólos*, procedeu-se a análise da composição/estrutura dos Pólos, das redes de articulação/processo decisório, do projeto institucional de ensino/atividades, além das potencialidades e limites. Na terceira etapa, investigou-se a *Atuação dos Pólos* e as *Equipes do PSF* onde, através de entrevistas com gestores locais, membros das equipes e famílias atendidas, pretendeu-se diagnosticar e sistematizar as necessidades de capacitação de pessoal do PSF para uma atuação alinhada com os objetivos da estratégia de saúde da família; as alternativas concebidas pela instância

[12] Ibdem. p.265

[13] Apresentado por Célia Regina Rodrigues Gil (Ministério da Saúde - Brasil).

local para aproximar o ensino do serviço; os mecanismos adequados para aprimorar o relacionamento do poder local e das equipes com os Pólos, das equipes com o poder local e das equipes com a comunidade.

A apresentação dos resultados da pesquisa foram parciais, abrangendo as duas primeiras etapas uma vez que a terceira e última encontrava-se em fase de conclusão. O *Marco de Referência* para o exame do projeto considerou as Diretrizes do Ministério da Saúde e critérios para seleção dos projetos concorrentes, sendo eles:

Integração Ensino-Serviço e às Instâncias de Representação onde foram considerados:

a) aprovação na Comissão Intergestores Bipartite (CIB);

b) participação da Secretaria de Estado de Saúde (SES) e/ou da Secretaria Municipal de Saúde (SMS);

c) participação de universidades públicas ou comunitárias e/ou Instituições de Ensino Superior com cursos de Medicina e Enfermagem;

d) contrapartida institucional;

e) realização de atividades de capacitação e/ou educação permanente na área de Atenção Básica ou do PSF, nos 12 meses anteriores.

No que diz respeito ao **Perfil Institucional** foram destacados:

a) experiência, nos últimos 12 meses, em atividades de educação permanente;

b) análise do detalhamento do perfil de egressos proposto pelo projeto;

c) descrição das metas de impacto em cursos de graduação nas instituições proponentes;

d) descrição das metas de articulação com o internato em Medicina e/ou estágios curriculares;

e) descrição das metas de participação de programas de Residência.

Quanto aos **Modelos Indutores de Integração Docência-Pesquisa** enfatizava-se a abordagem por solução de problemas e a integração com a supervisão / treinamento em serviço.

Finalmente, no que tange à **Introdução de Inovações Gerenciais,** foram priorizados os seguintes elementos:

a) integração com a administração municipal e gestão local;

b) abordagem de problemas setoriais;

c) remuneração do trabalho em saúde;

d) controle social;

e) avaliação e sistema de informação.

As informações produzidas pela investigação puderam evidenciar pontos importantes para o trabalho dos Pólos, identificando limites e possibilidades que já foram objeto de discussão com os Pólos e com o próprio DAB.

Para futuras pesquisas neste campo, sugeriu-se, durante a discussão que:

a) apesar da importância da avaliação externa nos processos avaliativos,, é fundamental que se desenvolvam metodologias qualitativas que busquem envolver os sujeitos sociais no processo de avaliação;

b) a avaliação interna, desde que bem estruturada, pode contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho dos Pólos, uma vez que os sujeitos/agentes do processo têm mais dificuldade em se localizar no processo de avaliação.

c) a avaliação ficou distante dos Pólos; e

d) os Pólos de Capacitação têm solicitado aporte de conteúdos e metodologias de avaliação que permitam o aperfeiçoamento do trabalho por eles desenvolvido.

7º CASO: Capacitação de Gestores Municipais[14]: Avaliação do Curso de Atualização em Gestão Municipal na Área da Saúde

Este projeto tem como objetivo avaliar o Curso de Atualização em Gestão Municipal na Área de Saúde. Este curso insere-se como um dos componentes do Programa Nacional de Capacitação de Gestores Municipais do Brasil e foi desenvolvido considerando a relevância da participação dos municípios no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi elaborado a partir de uma relação de parceria com instituições afinadas com a proposta: o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Políticas de Saúde; o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS); a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO).

Foi formulado um "Projeto Básico do Curso de Atualização em Gestão Municipal na Área de Saúde", que apontou as diretrizes gerais do processo de capacitação para todo o país via realização de algumas oficinas e encontros para discussão tanto do conteúdo como da forma de operacionalização da proposta. Com metas de cobertura nacional de 80% dos municípios do país (4407 municípios em 26 estados da federação) o projeto do curso desenvolvido com objetivos prioritários de:

- oferta de um elenco básico de informações sobre o SUS;

[14] Apresentado pela Profa.Célia Regina Pierantoni do Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ- Brasil).

- apoio técnico aos gestores municipais na organização dos sistemas municipais de saúde, no sentido de fortalecer a descentralização das ações e serviços de saúde no âmbito do SUS;

- incentivo à troca de experiências entre os municípios;

- discussão das políticas de saúde, a partir do contexto político-normativo do SUS, como base para a organização dos serviços municipais de saúde, priorizando a atenção básica, os programas de saúde da família e de agentes comunitários de saúde;

- discussão do papel do gestor na condução da política municipal de saúde e da otimização dos recursos disponíveis, entre outros.

O processo de seleção e escolha dos temas a serem abordados obedeceu a uma ampla consulta aos diversos setores do Ministério da Saúde envolvidos no processo de capacitação, no sentido de melhor precisar as possíveis e necessárias demandas mais freqüentes no dia-a-dia do gestor municipal de saúde.

À semelhança da coordenação nacional, foram instituídas coordenações estaduais com representantes das Secretarias Estaduais de Saúde, do COSEMS e da(s) Instituição(ões) de Ensino responsável(is) pela titulação do curso, no sentido de não só melhor conduzirem o processo em nível local, como também compatibilizarem a proposta básica nacional às peculiaridades regionais. Essas coordenações estaduais/locais tiveram liberdade e flexibilidade para adequar os conteúdos sugeridos às suas próprias necessidades locais e/ou regionais.

Como parte do projeto, foram publicados dois volumes de textos. O primeiro, reunindo tanto material inédito produzido para subsidiar as discussões nos cursos, como textos publicados em outras iniciativas e o segundo contendo um apanhado das principais leis, normas e portarias necessárias no cotidiano dos gestores de saúde no desempenho de suas funções.

O projeto de avaliação do Curso de Atualização Gestão Municipal na Área de Saúde corresponde a uma investigação em andamento, envolvendo universidade e serviço. O foco da avaliação está dirigido para os condicionantes institucionais e operacionais do desempenho dos cursos de capacitação e para as atividades através das quais são implantados e desenvolvidos, tratando-se de identificar os fatores e situações que facilitam ou dificultam a consecução dos objetivos e metas programáticas. Assim , os cursos são examinados através dos filtros dos indicadores de eficácia, eficiência técnica e eficiência social.

Orienta-se por procedimentos técnico-metodológicos de avaliações formativas e, por isto, busca responder questões afetas ao conteúdo do cursos avaliados e aos fluxos e procedimentos concebidos para sua implementação. Contempla o exame da adequação entre os objetivos definidos para os cursos e o impacto decorrente de sua implantação, buscando a correção de eventuais desvios, tanto no nível do desenho (conteúdo, metas e recursos de implementação), quanto no plano de mecanismos concebidos para atingir seus beneficiários (métodos, recursos e procedimentos operacionais). Nesse sentido, é uma avaliação voltada para decisão e para o decision-maker, formulador de política pública.

É uma avaliação de natureza qualitativa com os seguintes objetivos:

a) Avaliar os condicionantes institucionais e operacionais do desempenho dos cursos de capacitação em gestão municipal na área da saúde, identificando os fatores e situações que facilitam ou dificultam a consecução dos objetivos e metas programáticas.

b) Produzir recomendações de políticas, com intuito de estimular correções de rotas e procedimentos;

c) Aferir a qualidade dos processos de implementação dos cursos e dos fatores que atuam como condicionantes dos resultados ou desempenho dos cursos;

d) Identificar os diferentes tipos e graus de participação dos agentes/instituições envolvidas e o grau de social accountability desenvolvida pelos atores participantes.

No que se refere aos **cursos** o projeto examina os processos e as condições para a sua implementação com destaque para as seguintes aspectos: modelo de atuação das coordenações estaduais; divulgação/informação dos cursos; planejamento; seleção dos municípios contemplados na proposta; projeto institucional de ensino (conteúdos; material didático; forma de avaliação e metodologia desenvolvida); seleção/perfil das instituições de ensino participantes; seleção/perfil dos instrutores; apoio logístico; bases sociais de apoio; sistema de monitoramento e avaliação; e financiamento.

Em relação aos **atores**, foram privilegiados as instituições e os profissionais que operam na ponta dos cursos, realizando a atividade-fim, denominados de agentes implementadores e o grupo de beneficiários - gestores municipais.

O estudo parte da hipótese segundo a qual *as variações no desempenho e impacto dos cursos estão correlacionados à suficiência e à qualidade das operações dos sistemas de atividades através dos quais se processa a implantação dos cursos, assim como o modelo organizacional das instâncias coordenadoras estaduais e o perfil dos agentes implementadores*.

O universo em estudo envolve 2 711 municípios (municípios que finalizaram os cursos em dezembro de 2001) e 2795 alunos, 16 coordenações estaduais, 25 instituições de ensino e 655 instrutores. O desenho metodológico contempla duas grandes etapas:

O primeira envolveu a caracterização e identificação de padrões no universo de municípios estudados (*cluster*) segundo variáveis sócio-econômicas, de oferta e produção hospitalar, produção ambulatorial, condições de saúde e tamanho do município, utilizando-se dados secundários de fontes oficiais referentes ao ano 2000.

Foram relacionadas 13 variáveis consideradas para o estudo: população do município, renda média do responsável da família, % de responsáveis pela família com renda insuficiente, % da população com abastecimento de água adequada, % da população com ligações de esgoto urbana e rural, número médio de moradores, taxa de alfabetização número de leitos, internações hospitalares, consultas médicas (geral e especializada), taxa de mortalidade infantil e taxa de mortalidade de 15 a 39 anos.

Essas variáveis foram submetidas a análise fatorial - uma técnica de análise estatística multivariada, permite a identificação de fatores que apontem objetivamente para a agregação de uma conjunto de medidas. Ao contrário de um indicador criado por uma composição de variáveis arbitrada pelo pesquisador, os fatores derivados da análise fatorial são dimensões abstratas, ocultas sob um determinado conjunto de medidas. Portanto, cabe ao pesquisador verificar se tais fatores podem ser interpretados de forma coerente com a natureza dos fenômenos ou processos estudados. Esta técnica é freqüentemente utilizada na resolução de problemas envolvendo um grande número de variáveis, onde deseja-se a redução deste número com a finalidade de facilitar o entendimento analítico dos dados.

Assim, a partir de uma análise da matriz de correlação das diversas variáveis, foi possível obter indicadores sintéticos, ou utilizando o termo técnico, escores fatoriais - uma combinação linear das variáveis originais que as sintetizam e explicam. Desta forma, foram identificados 4 fatores: fator socioeconômico (fator 1), oferta e produção hospitalar (fator 2), condições de saúde da população (fator 3) e tamanho da população (fator 4).

Com a finalidade de identificar grupos homogêneos de municípios segundo os 4 fatores gerados pela análise fatorial, utilizou-se a técnica de análise de grupamentos que identificou 5 grupamentos de municípios que se caracterizam por:

- **Grupo 1** - Os municípios apresentam baixa oferta e produção hospitalar, boas condições de saúde e possuem condições socio-econômicas médias;

- **Grupo 2** – Os municípios apresentam, em média, as piores condições de saúde, apesar de apresentarem condições socio-ecômicas médias e em municípios pequenos; possuem baixa e média oferta e produção hospitalar;

- **Grupo 3** – Os municípios apresentam, em média, a maior média do fator 2, e portanto a melhor oferta e produção hospitalar, com boas condições de saúde, são de porte médio e baixo e possuem condições socio-ecômicas médias;

- **Grupo 4** – Os municípios apresentam, em média, a menor média do fator 1, e portanto as piores condições socio-econômicas, com médias condições de saúde. A oferta e a produção hospitalar em todos os níveis (média é próxima de zero); são municípios de portes médio e baixo;

- **Grupo 5** – Os municípios apresentam a maior média do fator 1, e portanto melhores condições socio-ecômicas, porém condições de saúde ruins. A oferta e produção hospitalar está acima da média. Somente nesse grupo encontram-se os municípios maiores além de outros de todos os portes.

A segunda etapa da pesquisa consiste em um *survey (*em andamento*)* com coordenadores estaduais, instrutores e egressos via questionário postado para o universo em estudo.

No caso dos **coordenadores**, procura-se descrever o seu perfil a partir das seguintes características: distribuição por gênero e por faixa etária; nível de formação na área da saúde ou não; nível de especialização; sistema de contratação; representatividade institucional; inserção na instituição; atuação em outras áreas; acesso a tecnologia; utilização de tecnologia para atualização/divulgação; dificuldades/pontos críticos de acesso a tecnologia. Esta caracterização do coordenador é seguida por mais 12 blocos de questões

referentes à coordenação estadual contemplando os seguintes tópicos: composição da coordenação e apoios institucionais recebidos; papel do coordenador; informação e divulgação; motivação; público-alvo; desempenho; avaliação; auto-avaliação; recursos financeiros; sistema de monitoramento/avaliação dos cursos; impacto; recomendações.

No caso dos **instrutores**, além da caracterização do perfil, são ordenados mais dez blocos de questões relativas aos seguintes itens: informação e divulgação; motivação; participação do instrutor; temas; freqüência/apoio institucional; avaliação; recursos financeiros; avaliação da disciplina/aluno; impacto e recomendações.

Com referência aos **egressos,** além do perfil, são utilizados nove blocos de questões com tópicos semelhantes ao dos instrutores.

O desenho desta avaliação é de natureza qualitativa, voltada para avaliação de processo.

2.4 DISCUSSÃO SOBRE OS CASOS APRESENTADOS

Inicialmente cabe destacar a importância de ter discutido processos de avaliação em torno de diferentes projetos, com atores diversos e distintos objetivos, num ambiente tal que foi possível a construção de um espaço agregado de discussão de idéias, metodologias e modalidades de avaliação.

A partir do debate acerca das experiências apresentadas, três questões foram aprofundadas: a importância da avaliação, suas dimensões e as estratégias que devem ser desenvolvidas para sua institucionalização no âmbito do setor saúde.

Foi enfatizada a possibilidade de se considerar a avaliação como instrumento de transformação das práticas, superando o caráter punitivo que tem apresentado tradicionalmente (avaliação vista como auditoria e controle). Nessa perspectiva, é necessário definir o que é avaliação para a área de recursos humanos, quais as finalidades e usos da avaliação e que modelos devem ser adotados para diferentes contextos.

*Além disso, foi destacada a dupla dimensão da avaliação - a **dimensão político-cultural** e a **dimensão técnica** - e a importância de refletir sobre os desdobramentos dessas dimensões em tecnologias para avaliações de projetos de capacitação. Acerca da primeira, discutiu-se que o caráter político e cultural antecede a própria técnica, bem como aos métodos, processos ou clientelas. O que significa definir avaliação como processo educativo em si mesmo, como processo que configura espaços de atores, identifica e diagnostica competências ou modos de atuação e modifica práticas.*

A segunda dimensão é a **técnica**, relativa às metodologias, aportes, instrumentos que estão sendo utilizados nas diversas experiências. Sugere-se que as oficinas a serem realizadas tenham um espaço para discussão de experiências em torno de projetos de avaliação. Considera-se importante diagnosticar o que está sendo feito nesta área incluindo projetos em diferentes estágios de desenvolvimento, tendo em vista que correções de processo poderão ser feitas na medida em que a troca de experiências permitirá identificar os limites e possibilidades dos diferentes métodos e técnicas utilizados.

Outro aspecto levantado pelo grupo diz respeito as estratégias para o desenvolvimento dos processos de avaliação. Nesse sentido é importante identificar o que é possível fazer em saúde, que ações devem ser implementadas para mudar políticas e o que significa implementar inovações e metodologias em estruturas antigas.

Ademais, considerou-se a participação dos níveis decisórios nesse processo como fundamental. Para isso sugere-se um seminário com o objetivo de sensibilizar as autoridades para os usos da avaliação e o potencial técnico e político que ela tem. Em relação aos atores envolvidos no processo de educação permanente, foi colocada a necessidade de estabelecer um fórum de reflexão sobre avaliação, no sentido de aprofundar a discussão, ampliando as possibilidades de desenvolver ações em conjunto com a Universidade. Ou seja, criar *expertise* na área de RH junto com as instituições formadoras que impulsionem o desenvolvimento de pesquisas nos serviços.

3. ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

Tendo o grupo discutido as práticas avaliativas em diferentes contextos, o segundo momento da oficina foi destinado a reflexão acerca dos paradigmas e seus desdobramentos metodológicos.[15]

Inicialmente chamou-se a atenção para os vários entendimentos acerca da noção de paradigma (modelo, matriz disciplinar) lembrando que os paradigmas podem contribuir para a identificação de novos problemas e soluções modelares. Reconhecendo-se que os paradigmas nascem, desenvolvem-se e morrem, foram apontados como pilares do paradigma da modernidade **a regulação** (que estaria centrado na idéia de mais mercado, mais Estado ou mais comunidade) e **a emancipação** (racionalidades weberianas). Nesse sentido a condição sócio-cultural do final do século XX estaria caracterizada pela absorção do pilar da emancipação pelo da regulação.[16]

Os campos da Saúde Pública e da Educação não parecem imunes nem à crise dos paradigmas nem à transição paradigmática de modo que ao integrarem as dimensões social e política da pós-modernidade ensejam lutas teóricas e políticas diante de paradigmas distintos.17 Daí a necessidade de contextualização procurando descrever, analisar e interpretar o período e a episteme em que os sujeitos se encontram inseridos.

Tais campos estariam reféns do pilar da regulação, ou seja, mais mercado, mais Estado ou mais comunidade? Quais as possibilidades da aposta no trabalho como *categoria sociológica chave*, atividade transformadora e princípio educativo em contextos de desvalorização do trabalho e do seu agente? O reforço ao pilar da emancipação poderia ser feito através das racionalidades weberianas (estético-expressiva, cognitivo-instrumental e moral-prática) ou do *agir estratégico* e *comunicativo* ,descolonizando o mundo da vida?

Na oportunidade destacou-se que romper com paradigmas vigentes não significa recusa pura e simples. Além do trabalho teórico e da reflexão epistemológica impõe-se a mobilização de vontades no âmbito da *práxis* para alimentar o pensamento e a ação bem como a realização de investigação e *"análise concreta de situações concretas"* (pesquisa avaliativa e avaliação como ferramenta da gestão).

Nessa perspectiva, as necessidades educativas e de saúde poderiam ser entendidas não apenas como carências mas como projetos, assumindo-se o trabalho como princípio educativo e oportunidade de os sujeitos participarem de processos permeáveis à emancipação. Para tanto se faz necessário pensar o processo de trabalho para além da produção investindo na sua dimensão comunicativa (interação) e no agir

---

[15] Exposição efetuada pelo Prof. Jairnilson Paim (ISC/UFBA).

[16] Ver: Santos, B.de S. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortêz, 2000.

[17] Ver: Paim, J.S. & Almeida Filho. *A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000.

estratégico. A avaliação representaria uma importante ferramenta de gestão, capaz de possibilitar um conjunto de análises, desde que o tipo de estudo seja adequado à pergunta formulada.

No debate que se seguiu à exposição foram levantados os seguintes pontos:

a) necessidade dos programas desenvolverem uma "âncora teórica" que possa sustentar a análise do objeto da pesquisa;

b) importância da utilização de categorias da Teoria da Ação Comunicativa (Habermas) e exemplo da interação entre o núcleo formador e o serviço (como produzir interação com o serviço e com o docente?);

c) a dificuldade de identificar os momentos onde trabalhar a dimensão emancipatória ou regulatória e, ainda, identificar estratégias capazes de potencializar o pilar da emancipação, construindo processos capazes de viabilizar a prática emancipatória;

d) apropriação das tecnologias pelos sujeitos como atores;

e) viabilizar a formação de grupos autônomos capazes de identificar suas ferramentas (transmitir uma dada visão de mundo mas, ao mesmo tempo, abrir um leque de situações em uma realidade concreta para cada um fazer suas escolhas);

f) papel do docente/pesquisador na construção das práticas educativas (garantir a participação dos sujeitos envolvidos na concepção do projeto);

g) ter claro o que é da dimensão das estruturas e o que é da dimensão dos sujeitos; h) sistematizar consensos e pontos para negociação;

h) considerar as tensões entre trabalho e subjetividade, entre a produção de valores de uso/troca e o prazer das pessoas.

Outras questões importantes para pensar o desenvolvimento do seminário ou oficina foram ressaltadas, tais como: a) o objetivo final do encontro seria construir um referencial de uma reunião com atores de processos educacionais que estão se desenvolvendo em contextos de saúde na América Latina; b) não deve conter postulações que beirem o dogmático, ou seja, ser desenhado com base em receitas de como fazer avaliação em serviço; c) trazer para discussão o caráter polissëmico da avaliação; d) eleger conceitos-chave para os seminários/oficinas de avaliação.

Concluindo o debate, foram sistematizados os seguintes comentários:

a) Os pilares (regulação e emancipação) podem ser admitidos como contraditórios mas não são questões de opção, não são excludentes. O exercício a ser buscado no processo educativo é a síntese dialética entre os mesmos.

b) O "sujeito oculto" subjacente na discussão dos paradigmas é o poder enquanto categoria de análise. A avaliação é um dispositivo de produção de informações que geram poder e podem ser controláveis ou não;

c) Avaliação como juízo de valor e como fonte de poder para atores que a controlam e apara aqueles que pretendem participar do seu controle e da sua utilização.

d) Avaliação como espaço para redistribuição de poder técnico, administrativo e político, requerendo consequentemente um pensamento e um agir estratégico.

e) a reflexão sobre os paradigmas sócio-culturais da modernidade pode sugerir novas perguntas (avaliar a favor de quem?) além das vigentes (o que, como, com quem, pra que e por que avaliar?).

4. PROPOSTA PARA SEMINÁRIOS DE AVALIAÇÃO

Com o objetivo de apoiar tecnicamente o pessoal responsável pelos processos e projetos de avaliação de capacitação nos serviços de saúde, foi proposta a realização de seminários que possam desencadear o debate em torno das práticas de avaliação.

Os participantes desses eventos seriam os gestores, coordenadores e responsáveis por programas e projetos de capacitação na área de saúde (pessoal de ensino e de serviços), além de técnicos capazes de influenciar nos processos de avaliação. A configuração dos seminários regionais é diferenciada de país para país e teria os seguintes objetivos:

1) intercambiar experiências;

2) articular com as universidades (exceto o grupo do Brasil, os demais participantes da oficina não referem articulação com a universidade, os atores da capacitação são pessoas do serviço);

3) reunir atores de diferentes realidades para análise sob diferentes perspectivas.

Haveria então um seminário inter-países para discussão ao nível conceitual e os seminários regionais que teriam um caráter mais operativo, mais interno (o que, porque, para que). Tais seminários teriam níveis de aprofundamento diferenciados. Um estaria mais voltado para sensibilização e envolveria o grupo que decide, enquanto o outro, de aprofundamento (conceitual e metodológico), seria dirigido para a equipe técnica.

Quanto ao conteúdo programático dos seminários, seria semelhante nos seus tópicos mas diferenciado no tipo de abordagem. No primeiro modelo de seminário, o conteúdo estaria centrado especialmente nos problemas e necessidades da avaliação. Já no segundo, a ênfase seria nos aspectos metodológicos e operativos.

Em um primeiro momento seria feito o diagnóstico, a identificação de problemas, percepção de avaliação dos atores e recursos metodológicos e financeiros para avaliar. A metodologia a ser utilizada seria a discussão de casos (um caso hipotético sistematizado para ajudar a estabelecer a crítica). Seria recomendável a elaboração de um texto de referência sobre os paradigmas, problematizando o controle/produtividade (regulação) e o desenvolvimento/"empoderamento" (emancipação).

Em um segundo momento seriam ressaltados os conceitos importantes para trabalhar com avaliação (processo de trabalho, interação, poder, conflito, controle, desenvolvimento, etc.). E finalmente, os desdobramentos ou propostas a serem formuladas, constituem o terceiro momento (Quadro 2).

O segundo seminário terá o Bloco I igual ao primeiro, mas mais curto. As pessoas trariam projetos ou programas de avaliação em que estivessem engajadas. Não se apresentariam experiências, nem se fariam simulações. Seriam 6 a 8 experiências organizadas por perguntas motivadoras.

O Bloco II seria, também, igual e mais curto. Experiências seriam analisadas com enfoque mais técnico, aprofundando a consistência, coerência, métodos, alianças etc.

Maior ênfase recairia, consequentemente, sobre as técnicas: como montar indicadores, definir limites e usos das técnicas, etc.

QUADRO 2. FORMATO DAS SEMINÁRIOS

	OBJETIVOS	CONTEÜDOS	ATIVIDADES
BLOCO I (um dia e meio) Metodologia: simulações, dramatizações	a) Levantar e discutir as concepções de avaliação b) Identificar problemas e necessidades nos processos de avaliação em diferentes contextos.	a) Genealogia da avaliação; b) Cenários, atores, intenções sobre avaliação c) Conceitualização	a) Análise: experiências em torno da avaliação (o que, para que, como, por que, com quem, dificuldades) b) Trabalho sobre 2 experiências que apresentem concepções diferentes (uma centrada na regulação/controle e outra na emancipação); c) Conceitualização como síntese (recuperar e apresentar aportes)
BLOCO II Natureza do Projeto (tipos de projetos e o que avaliam) (dois dias) Metodologia: Técnicas de simulação	a) reconhecer as diversas abordagens e estilos de avaliação; b) identificar a adequação entre os propósitos do programa e o enfoque adotado na avaliação	a) Paradigmas globais de avaliação/poder b) distintos tipos de avaliação mesmo dentro de um mesmo paradigma; c) fases da avaliação, coerência dos objetivos; consistência d) atores envolvidos; e) problemas e limites da avaliação; f) construção de viabilidade de projetos de avaliação.	Apresentar os paradigmas. Analisar 2 casos simulados de natureza de projetos/programas diferentes (um com ênfase na gestão e outro no processo).
BLOCO III	a) desenvolvimento de metodologias de avaliação	a) Métodos b) Técnicas c) Estratégias d) Indicadores e) Processos	a) a partir dos casos produzir um inventário de estratégias. Uma lista de possibilidades

ANEXO 1: PROGRAMA DA OFICINA

Segunda feira 3/6/02	9.00 a.m.	Inauguraçâo Maria Alice Roschke (OPAS-OMS) Paranaguá Santana (OPAS Brasil) Jairnilson Silva Paim (ISC/BA)
	9:30 a.m.	Apresentação da Agenda e dos participantes Introdução ao tema: Avaliação Maria Alice Roschke
	10:30 a.m.	Café
	11:00 a.m.	Avaliação: Revisitando o tema: uma perspectiva integral. María Cristina Davini e Josette Braverman
	12:30 p.m.	Almoço
	14:30 hrs.	Apresentação de projetos e processos de avaliação de capacitação nos serviços de saúde: experiências de Brasil (PROFAE), Chile e Perú. Marina Peduzzi, Gabriela Charnes, Ariela Luna.
	16:30 hrs	Café
	17:00 hrs	Discussão plenária sobre as experiencias apresentadas e síntese de temas e questões a considerar no planejamento dos seminários de avaliação.
	18.00 hrs	Encerramento.
Terça feira 4/6/02	8:30 a.m.	Apresentação de projetos e processos de avaliação de capacitação nos serviços de saúde: experiências de Argentina (Promín) e Brasil (GERUS, PSF CGM) Davini/Braverman, , Débora Bertussi, Regina Gil e Célia Pierantoni.
	10:30 a.m.	Café
	11:00 a.m.	Discussão plenária sobre as experiencias apresentadas e síntese de temas e questões a considerar no planejamento dos seminários de avaliação.
	12:30 a.m.	Almoço
	14:30 hrs	Discussão plenária: Revisão dos temas e questões identificados. Análise das dimensões da avaliação e questões relacionadas à avaliação de processos, resultados e impacto.
	16:30 hrs.	Café
	17:00 hrs. 18.00 hrs.	Continuação da sessão plenaria Encerramento

Quarta feira 5/6/02	8:30 hrs	Avaliação: revisando paradigmas e seus desdobramentos metodológicos. Jairnilson Silva Paim
	10:00 a.m.	Café
	10:30 a.m.	Discussão Plenaria
	12:30 a.m.	Almoço
	14:30 hrs	Processo da avaliacão: selecão de indicadores, identificação de fontes de dados, elaboração de instrumentos e desenho de operações.
	16:30 hrs.	Café
	17:00 hrs. 18.00 hrs.	Continuação trabalho anterior Encerramento
Quinta feira 6/6/02	8:30 hrs	Planejamento dos seminários de avaliação: - atores/participantes, cenários e problemas a serem considerados.
	10:30 a.m.	Café
	11:00 a.m.	Planejamento dos seminários de avaliação: objetivos e produtos esperados conteúdos, metodologías e instrumentos (inclusive bibliografia, exercícios, estudos de caso etc) estratégia geral
	12:30 a.m.	Almoço
	14:30 hrs	Continução do trabalho anterior
	16:30 hrs.	Café
	17:00 hrs. 18.00 hrs.	Continução do trabalho anterior Encerramento
Sexta feira 7/6/02	8:30 hrs	Aprensentação e revisão das propostas elaboradaa
	10:30 a.m.	Café
	11:00 a.m. 12:00 a m	Apresentação do relatorio Encerramento da reunião

ANEXO 2: LISTA DE PARTICIPANTES

Ariela Luna (MS -Peru)

Célia Pierantoni (IMS-UERJ – Brasil)

Débora Bertussi (CGPRH- MS – Brasil)

Gabriela Charnes (Chile)

Isabela C. M. Pinto (ISC/UFBA – Brasil)

Jairnilson Silva Paim (ISC/UFBA – Brasil)

José Paranaguá Santana (OPAS/OMS)

Josette Braverman (Argentina)

Maria Cristina Davini (Argentina)

Maria Alice Roschke (OPAS-OMS)

Maria Ligia Rangel (ISC/UFBA - Brasil)

Marina Peduzzi (Escola Enfermagem/USP – Brasil)

Regina Gil (SPS/ Ministério da Saúde – Brasil)

Rita Sório (PROFAE/SIS – Brasil)

Victória Brant (NUTES/UFRJ, Brasil).