

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL

"Gestão e avaliação do desempenho com foco nos resultados: estudo de caso da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco"

Luciana Caroline Albuquerque Bezerra

**DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR EM SAÚDE INTERNACIONAL
ESPECIALIDADE DE POLÍTICAS DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO.**

Julho, 2019

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL

"Gestão e avaliação do desempenho com foco nos resultados: estudo de caso da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco"

Autora: Luciana Caroline Albuquerque Bezerra

Orientadora: Profa. Dra. Zulmira Hartz

Co-orientador: Prof. Dr. Eronildo Felisberto

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Saúde Internacional, especialidade de Políticas de Saúde e Desenvolvimento, de acordo com o Regulamento Geral do 3.º Ciclo de Estudos Superiores Conducentes à Obtenção do Grau de Doutor pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Universidade Nova de Lisboa (n.º 474/2012) publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 223 de 19 de novembro de 2012.

Julho, 2019

“A impermanência é a essência de tudo!
Quando não lutamos contra ela, estamos em harmonia com a realidade.
Lutar pela segurança não traz nada além de alegria momentânea.
A desesperança fornece a motivação para viver com mais discernimento e compaixão”

Pema Chödrön

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para a concretização desta tese, em especial a Zulmira Hartz e Eronildo Felisberto (meus orientadores), ao Instituto de Higiene e Medicina Tropical, da Universidade Nova de Lisboa e à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (as “incubadoras”), a Lúcia Albuquerque, George e Lucca D’Angelo (meus defensores).

RESUMO

O desempenho dos sistemas e das políticas de saúde está intimamente relacionado à produção de conhecimento estratégico e tático dentro de um contexto de claras prioridades de governança. Sabe-se que as práticas de monitoramento e avaliação são elementos chave na produção desse conhecimento, e ainda que tenham o mesmo propósito essencial, subsidiar a melhoria das políticas, é preciso diferenciá-las e buscar estratégias que as institucionalize. Nesta perspectiva, foram realizados três estudos, na Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco, Brasil, compreendendo as gestões do período de 2011 a 2016. No primeiro, realizou-se uma análise lógica da Política de Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde de Pernambuco, comparando-a com a Política de Avaliação canadense, à luz da Gestão do Desempenho, proposta como um conjunto de procedimentos que garantam o alcance dos objetivos e metas da gestão, agregando atributos para além do monitoramento e avaliação, como: liderança, sistema de responsabilidade, orçamento, uso e disseminação do conhecimento. No segundo, com base em um modelo analítico que explora capacidades diádicas fundamentais à Gestão do Conhecimento (mapeamento e aquisição; produção e destruição; integração e compartilhamento; multiplicação e proteção; desempenho e inovação), foi realizada uma análise do conhecimento existente e produzido na epidemia de Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZ), pela Vigilância em Saúde de Pernambuco. E no terceiro, fez-se uma avaliação do uso e aplicação do conhecimento produzido por 10 estudos avaliativos, realizados no serviço por profissionais da Vigilância em Saúde de Pernambuco, utilizando-se o conceito de Translação do Conhecimento, como uma nova forma de abordar o movimento que o conhecimento pode fazer em um contexto organizacional em prol da sua efetiva aplicação. A presente tese conclui que na Vigilância em Saúde de Pernambuco, faz-se a gestão do desempenho, com os elementos necessários à cultura de monitoramento e avaliação, consolidando-as como diretrizes transversais aos programas, embora seja necessário um maior investimento na cultura da avaliação. No campo do conhecimento, a contribuição se deu com a produção de eventos e inscrições característicos da Gestão do Conhecimento, na epidemia de SCZ, tomada como evento sentinela, encontrando lacunas apenas no desempenho do conhecimento/inovação, sobretudo no que se refere à medição dos resultados e consequências alcançadas pela reprodução do conhecimento; e com a translação do conhecimento produzido em oito, dos dez estudos avaliativos analisados.

Palavras chave (5 palavras): Avaliação em Saúde; Gestão do Desempenho; Gestão do Conhecimento; Translação do Conhecimento; Vigilância em Saúde.

ABSTRACT

The performance of health systems and policies is closely related to the production of strategic and tactical knowledge within a context of clear governance priorities. It's known that monitoring and evaluation practices are key elements in the production of this knowledge, and even though they have the same essential purpose, which is to subsidize the improvement of policies, it's necessary to differentiate between them and seek strategies that can institutionalize them. From this perspective, three studies were conducted at the Executive Secretariat for Health Surveillance of Pernambuco, Brazil, including the administrations from 2011 to 2016. In the first study, a logical analysis of the Monitoring and Evaluation Policy of Health Surveillance in Pernambuco was conducted by making a comparison with the Canadian Evaluation Policy. This analysis was done in the light of Performance Management, proposed with a set of procedures that guarantee that objectives and goals are reached by aggregating attributes that go beyond monitoring and evaluation, such as: leadership, liability system, budget, use and dissemination of knowledge. In the second study, based on an analytical model that explore fundamental dyadic skills to the Knowledge Management (mapping and acquisition; production and destruction; integration and sharing; multiplication and protection; performance and innovation), an analysis of the existing and generated knowledged was conducted in the Congenital Syndrome of Zika Virus (SCZ) outbreak by the Health Surveillance of Pernambuco. In the third study, an evaluation of the use and application of the knowledged generated by 10 evaluative studies was conducted. These studies were conducted by Health Surveillance of Pernambuco workers in the field, using the concept of Knowledge Translation as a new way to analyse the movement that knowledge can make in an organizational context for its effective application. This thesis comes to the conclusion that in the Health Surveillance of Pernambuco the performance management is carried out with the necessary elements to the culture of monitoring and evaluation, consolidating them as transversal guidelines to the programs, although a greater investment in the evaluation culture is necessary. In the knowledge field, the contribution occurred with the production of events and inscriptions typical of Knowledge Management in the SCZ outbreak, taken as a sentinel event, finding gaps only in the innovation/knowledge performance, especially with regard to the measure of results and consequences achieved by the reproduction of knowledge; and with the translation of the knowledge that was generated in eight out of ten evaluative studies analyzed.

Keywords (5 words): Evaluation in Health; Performance Management; Knowledge Management; Knowledge Translation; Health Surveillance.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. A Gestão do Desempenho.....	1
1.2. A Gestão do Conhecimento	4
1.3. A Translação do Conhecimento	8
1.4 Referências Bibliográficas.....	13
2. OBJETIVOS.....	15
2.1.Geral.....	15
2.2.Específicos.....	15
3. MATERIAIS E MÉTODO.....	16
3.1. Referências Bibliográficas.....	19
4. RESULTADOS	20
4.1 Estudo 1.....	21
4.2 Estudo 2.....	43
4.3 Estudo 3.....	53
5. DISCUSSÃO	86
5.1 Referências Bibliográficas.....	91
6. CONCLUSÕES.....	93
6.1 Referências Bibliográficas.....	95
MATERIAL SUPLEMENTAR	96

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS OU ACRÔNIMOS

CPqAM - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

GC - Gestão do Conhecimento

GD – Gestão do Desempenho

GERES - Gerências Regionais de Saúde

IDSUS - Índice de Desempenho do SUS

IHMT - Instituto de Higiene e Medicina Tropical

IMIP - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

M&A - Monitoramento e avaliação

ML - Modelo Lógico

MS - Ministério da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PMAQ-AB - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNASH - Política Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar

PNASS - Política Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde

PQAVS – Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde

PROADESS - Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde

PTC - Plataforma de Translação Conhecimento

SES/PE - Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

SEVS/PE - Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco

TC - Translação do Conhecimento

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VS - Vigilância em Saúde

1. INTRODUÇÃO

Para uma organização obter um bom desempenho precisa investir nas práticas de monitoramento e avaliação, garantindo as condições necessárias à produção de valor e cultura organizacional. Isso inclui fazer a gestão do conhecimento existente, adquirido e produzido, preocupando-se com o seu compartilhamento, inclusive no que se refere ao diálogo e à troca de informações entre os produtores e utilizadores do conhecimento.

Os três estudos apresentados nesta tese justificam-se por: 1) necessidade de nortear a implantação e consolidação das políticas de monitoramento e avaliação (M&A), no que se refere aos elementos necessários à institucionalização dessas práticas e à gestão do conhecimento circulante; 2) escassez de estudos que abordem a utilização e aplicação do conhecimento produzido no campo da saúde. Logo, esta tese oferece subsídios às gestões da saúde que se preocupam com a produção de uma cadeia de valor e perenização de uma política de M&A; e com o efetivo uso e aplicação do conhecimento, como formas de aumentar sua eficiência, legitimidade nas decisões políticas e capacidade de resolução dos problemas. A introdução está dividida em 3 sessões, que explicitam o referencial teórico utilizado.

1.1 A Gestão do Desempenho

O desempenho dos sistemas e políticas de saúde tem se constituído um importante desafio para os gestores em todo o mundo, ainda que as organizações tenham objetivos diferentes. A medição do desempenho é multidimensional, podendo se dar em termos de qualidade, eficácia, eficiência, equidade, produtividade e/ou de outros elementos, o que torna o seu conceito complexo¹. Independente do modelo utilizado, as práticas de M&A, e o conhecimento são elementos essenciais para qualquer organização de alto desempenho².

Não é raro as organizações reconhecerem a importância dessas práticas, ainda que o entendimento do que são e a operacionalização divirja sobremaneira em cada uma delas. Muito se fala em avaliação, todavia na prática é a medição do desempenho que é realizada, o monitoramento contínuo e sistemático do progresso dos programas. Uma dificuldade comum encontrada pelos gestores é sobre que estratégias utilizarem para manter o M&A como atividades comuns e rotineiras da gestão, de modo que a institucionalização dessas práticas se torne uma condição para ajustes no desempenho^{3,4}.

Cousins *et al.* (2008)⁵, sugerem elementos para expandir a capacidade organizacional de fazer e usar a avaliação:

1. **Capacidade de aprendizagem organizacional:** clareza e apoio da missão e visão organizacional; liderança de suporte à aprendizagem; cultura organizacional de experimentos; capacidade de transferir conhecimento de forma eficaz; trabalho em equipe e cooperação.
2. **Estruturas organizacionais de apoio:**
 - a. Formalização – organização de estrutura plana; não hierárquica; com poucos controles formais; ao contrário das práticas articuladas e formalizadas com procedimentos documentados, regras articuladas e controles do comportamento organizacional e tomada de decisão tipicamente burocráticos.
 - b. Apoio à formação: importância e relevância do treinamento; incentivo ao desenvolvimento contínuo das competências relacionadas ao trabalho; prestação efetiva de treinamento.
3. **Capacidade de fazer avaliação:** Recursos humanos, financeiros, tempo para refletir sobre sucessos e falhas organizacionais e ferramentas e de apoio organizacional (recompensa por meio de informações de desempenho, patrocínio, processos de planejamento e acompanhamento); conhecimento e habilidades necessárias para realizar a avaliação interna ou supervisionar avaliações externas; planejamento das avaliações; desenvolvimento de instrumentos; coleta de dados, análise e interpretação; elaboração de relatórios; acompanhamento.
4. **Atividades de construção de capacidade avaliativa:** experiências de aprendizagem informal no serviço; oportunidades de construção da capacidade avaliativa formais (cursos, workshop, pós-graduação).

5. **Tipos específicos de atividades de avaliação:** produção de relatórios para os gestores; produção de reportes sobre as atividades do programa; avaliação de programas; monitoramento de resultados, implementação e efetividade dos programas; prestação de contas.
6. **Participação das partes interessadas na avaliação:** nível de participação dos envolvidos; frequência de participação dos envolvidos (equipe responsável; gestores; beneficiários, patrocinadores).
7. **Uso dos resultados da avaliação:** fornecer suporte à tomada de decisões; promover aprendizado sobre a organização ou qualquer um dos seus programas; prestação de contas ou relatório para o gestor; aquisição de novos conhecimentos; novos financiamentos.
8. **Uso do processo de avaliação:** entender melhor o funcionamento do programa; mudanças cognitivas, atitudinais ou comportamentais dos indivíduos; mudanças organizacionais decorrentes do engajamento no processo de avaliação; aprender a pensar valorativamente; aumento da compreensão da lógica da avaliação ou habilidades de pesquisas avançadas; promover o pensamento crítico; aumento do crescimento organizacional.
9. **Condições de mediar a utilização da avaliação:** qualidade da avaliação; credibilidade dos avaliadores; envolvimento dos usuários e oportunidade das avaliações; objetividade dos dados; padrões utilizados para medição.

Mehrotra, em 2013, traçou a diretriz conceitual de que um sistema de M&A exige quatro pilares: um Sistema de Informação de Gestão; a infraestrutura institucional e humana necessária; um sistema de gestão do desempenho dos gastos públicos e um sistema orçamentário de resultado⁶. Na mesma perspectiva, Hunter e Nielsen, em 2013, propõem a Gestão do Desempenho entendida como um conjunto de procedimentos que ajustam taticamente ações delineadas para garantir o alcance dos objetivos e metas. O modelo agrega 4 atributos por meio de processos interligados que buscam assegurar a produção de valor organizacional e de governança pública:

1. **Liderança do desempenho:**

- a. Líderes operacionais: pessoas-chave responsáveis pela produção do valor organizacional, incentivo dos demais envolvidos e na constante melhoria do desempenho;
 - b. Gerentes operacionais: operadores dos processos necessários para alcançar as expectativas de desempenho.
2. **Estrutura de gestão:**
- a. Sistema de responsabilidades: condições necessárias para desenvolver e avaliar suas ações;
 - b. Orçamento necessário para construir e sustentar a capacidade da organização de alcançar o desempenho desejado.
3. **Produção de informações e conhecimento:**
- a. Sistemas de medição e de monitoramento: teoria da mudança continuamente ajustada por meio de uma seleção de indicadores coletados e analisados em um curto intervalo temporal;
 - b. Avaliação: dados internos do monitoramento validados em momentos estratégicos para verificar a eficácia, eficiência.

Diante do exposto, ao se dizer que a avaliação está institucionalizada em um sistema organizacional, admite-se que ela está sendo capaz de influenciar o seu comportamento, ações e a própria gestão, uma vez que esta prática está intimamente relacionada à sua utilização para a tomada de decisão. Em outras palavras, a institucionalização da avaliação exige que seja definida “uma política de avaliação para a avaliação de políticas”^{7,8}, ou seja, é necessário que se desenhe a gestão do desempenho com um mínimo de diretrizes (liderança, estrutura, monitoramento e avaliação)³ para se garantir um bom desempenho da gestão.

1.2 A Gestão do Conhecimento:

Tão importante quanto a operacionalização e institucionalização do M&A na gestão é a identificação, produção e aquisição de conhecimento válido e estratégico para qualificação das intervenções. Assim, o conhecimento tem sido um elemento vital de

relativização da dicotomia entre concepção e execução do trabalho, e de aproximação das organizações com a eficiência e a qualidade⁹. Pode ser definido como “um processo humano dinâmico de justificar a crença pessoal com relação à verdade”¹⁰. Ou ainda como a informação combinada com a experiência, contexto, interpretação e reflexão¹¹.

Conhecimento é o know-how, é a ação aplicada¹². De acordo com Freire (1995)¹³, o “conhecimento emerge apenas através da invenção e reinvenção, através de um questionamento inquieto, impaciente, continuado e esperançoso de homens no mundo, com o mundo e entre si. O conhecimento é um processo que transforma tanto aquilo que se conhece como também o conhecedor”.

O conhecimento pode ser tácito ou explícito. Tácito quando é prático, expresso por palavras, geralmente fruto de uma longa experiência e difícil de ser codificado. E explícito, quando é mais simples de ser formalizado com palavras, números e fórmulas, de rápida transmissão¹⁰. Pode ser subjetivo ou objetivo. Subjetivo é aquele que existe internamente no indivíduo, um pensamento; e objetivo, o que existe no mundo externo do indivíduo, como um objeto ou uma coisa¹⁴.

Faz-se necessário aqui distinguir informação de conhecimento. A informação são "dados organizados em padrões significativos", e torna-se conhecimento somente quando é interpretada no contexto¹². Conhecimento é um conjunto de símbolos que representam pensamentos, que o indivíduo justificadamente acredita que são verdadeiros. Nesta análise, os sistemas de informação, que criam, transmitem, armazenam e manipulam dados, não organizam e nem fazem a gestão do conhecimento¹⁴.

A sociedade da informação, a tem como objeto e foco, insumo e produto em si, enquanto a sociedade do conhecimento se preocupa com a sua utilização como processo, entendendo-a enquanto um agente mediador da produção do saber⁹. A gestão da informação seria, portanto, um componente da gestão do conhecimento. Quando este sai da mente, e é inicialmente registrado, faz-se gestão da informação. Todavia, quando há aprendizado e esse é observado, sem necessariamente ser registrado, faz-se gestão do

conhecimento, possível apenas quando as pessoas interagem intensamente em seu compartilhamento¹⁵.

A gestão do conhecimento, por sua vez, exerce um papel fundamental na criação de um ambiente no qual as pessoas compartilhem, internalizem e apliquem o conhecimento gerado para que seja convertido em novos processos, serviços e produtos⁹. Nonaka e Takeushi (1995)¹⁰, desenvolveram um modelo de gestão do conhecimento baseado em sua conversão, que compreende quatro processos:

1. Internalização: conversão de conhecimento explícito em tácito
2. Externalização: conversão do conhecimento tácito em explícito
3. Combinação: conversão de explícito para explícito
4. Socialização: conversão de tácito para tácito.

A Gestão do Conhecimento (GC) trata da criação, identificação, captura e compartilhamento do conhecimento, seja ele tácito ou explícito. É a obtenção do "conhecimento certo, no lugar certo, no momento certo" para influenciar uma ação ou uma decisão. Uma GC bem sucedida desenvolve uma malha de conhecimentos tácitos e explícitos e deve responder a três questionamentos básicos¹²:

1. **qual o ponto de partida** (que tipo de conhecimento produzimos? que produtos criamos? Como a nossa cultura e sistema influenciam as práticas de GC?);
2. **onde se quer chegar** (no prazo de cinco anos, como uma estratégia de GC muda a nossa organização? Como sabemos quando temos um sistema de GC? Como vamos medir o valor dos nossos esforços?);
3. **como chegar**: um plano de ação que defina os três recursos: pessoas, processos e tecnologia (que ferramentas e práticas específicas vamos usar? Como vamos motivar as pessoas a mudarem suas práticas?). Existem várias abordagens e ferramentas que podem ser empregadas, todavia depende dos recursos (humanos, financeiros, tecnológicos) e do tipo de conhecimento sendo capturado e compartilhado.

Para Denning (2015)¹¹, GC é um conjunto de práticas organizacionais e abordagens relacionadas à geração, captura e difusão de conhecimento. É uma forma mais orgânica

e holística de compreender e explorar o papel do conhecimento nos processos de gestão. São sete os seus princípios básicos:

1. **Estratégia de gestão do conhecimento:** colocar em prática uma estratégia para partilha do conhecimento: tipo e qualidade a ser partilhado; beneficiários; canais de partilha; motivos pelos quais será partilhado.
2. **Organização:** ter uma unidade de coordenação central responsável; liderança do processo de mudança na organização; resolução de problemas; apoio às comunidades de prática.
3. **Orçamento:** destinar orçamento e recursos financeiros para gastos com tecnologias e pessoal. O financiamento é uma demonstração de incorporação definitiva da GC na rotina da organização.
4. **Incentivos:** estabelecer incentivos informais e formais, desde o reconhecimento por parte da organização, até a definição de critérios na avaliação de desempenho dos profissionais, pagamento de bônus e premiação;
5. **Comunidades de práticas:** criar um grupo de profissionais que tenham interesse na GC, dispostos a compartilhar as experiências de sua prática. A base das comunidades de práticas é a afinidade por interesses ou experiência comuns.
6. **Tecnologia para gestão do conhecimento:** estabelecer ferramentas tecnológicas: discussões, correio eletrônico, flip charts, bancos de dados eletrônicos, gravações de áudio e vídeo, ferramentas interativas e apresentações multimídia, para estender as técnicas de captura e difusão de conteúdos.
7. **Medição da gestão do conhecimento:** colocar em prática um sistema para medir o progresso da GC, garantindo a sustentabilidade e a mudança de rumo, quando necessário.

Considerando todos os elementos necessários para a GC, de acordo com Landry et al. (2006)¹⁶, para se garantir a aplicação efetiva do conhecimento e a criação de valor institucional nas organizações, deve ser gerenciado e usado como um recurso que agregue valor às atividades executadas, a partir de capacidades essenciais, interdependentes e diádicas: Mapeamento e aquisição; produção e destruição; integração e compartilhamento; multiplicação e proteção; desempenho e inovação. Em cada

capacidade devem ser definidas estratégias, com foco na aprendizagem e na inovação, para que se obtenha os resultados esperados junto aos beneficiários.

1.3 A Translação do Conhecimento

Diferentes nomenclaturas e conceitos são descritos para retratar a transformação em ação ou uso do conhecimento produzido, ou ainda o seu compartilhamento. Ottoson, em 2009¹⁷, descreve cinco teorias do “conhecimento em ação” que possuem raízes disciplinares, tipo de conhecimento e raízes contextuais distintas, embora seus conceitos, linguagem e cultura as relacionem.

A **utilização do conhecimento** pode ser entendida sob diversas perspectivas a depender do campo (políticas públicas, administração, tecnologia), tipo de usuário final (pesquisador, elaborador de políticas, consumidor) ou contexto (organização, sociedade). Para utilização do conhecimento de forma efetiva, os avaliadores precisam entender os parâmetros de uso no contexto, uma vez que existem diversos modelos de como o conhecimento se dá na prática. Todavia, há um consenso de que a utilização do conhecimento é um processo interativo, iterativo e interpretativo¹⁸.

A **difusão do conhecimento** tem a ver com a comunicação ao longo do tempo e por distintos canais entre os membros da sociedade¹⁹. O conceito de divulgação deve também ser observado ao se avaliar a difusão¹⁷.

A **implementação do conhecimento** é o estágio que se encontra entre o desenvolvimento da política e o seu impacto; o papel do usuário é determinante na implementação¹⁷. Existem modelos e teorias que a explicam, como: bottom up, top down, contingencial, democrático ou em rede²⁰.

A **transferência do conhecimento** relaciona três componentes: o objeto, o contexto e os mecanismos de transferência. Normalmente, a transferência é unidirecional, mas pode ser lateral ou hierárquica implementação¹⁷.

A **translação do conhecimento** (TC) é a mais nova entre as formas de compartilhamento ou utilização do conhecimento e vem sendo amplamente utilizada na área de saúde²¹. Enquanto conhecimento é mais do que evidências de pesquisa, estratégias de translação do conhecimento podem aproveitar o poder do conhecimento científico, as evidências e a liderança para informar e transformar a prática das políticas¹⁹. São as interações entre os geradores e os utilizadores do conhecimento, cuja intensidade, complexidade e grau de compromisso podem variar em função da natureza da pesquisa, resultados e das necessidades particulares de cada utilizador²². O papel dos stakeholders e a adaptação da comunicação ao contexto e audiência são determinantes na translação²³.

A TC pretende sensibilizar os utilizadores do conhecimento sobre a importância de se utilizar conhecimento e facilitar esse uso. É conceituada como um conjunto “*de interações entre os pesquisadores e os utilizadores dos conhecimentos, cuja intensidade, complexidade e grau de compromisso podem variar em função da natureza da investigação, resultados e das necessidades particulares de cada utilizador do conhecimento*”²².

Para Bennet e Jessani (2011)¹², a Translação do Conhecimento (TC) depende de parcerias, colaborações e contato pessoal entre pesquisadores e usuários das pesquisas. Possui 3 princípios básicos: **Conhecimento**: base robusta, acessível e contextualizada em qualquer nível de TC; **Diálogo**: as relações no centro da TC só podem ser sustentadas por meio de diálogo e troca regulares; **Capacidade**: pesquisadores, decisores e usuários do conhecimento precisam de uma habilidade reforçada para criar e responder às oportunidades de TC. São quatro os modelos de translação do conhecimento:

1. **Modelo “push”**: o pesquisador é o principal catalisador da mudança, por meio de ferramentas (sínteses, resumos de políticas, vídeos) que fazem as descobertas ficarem mais acessíveis, considerando os contextos e pressões políticas para os tomadores de decisão, que são os receptores de informação.
2. **Modelo “pull”**: torna os usuários das pesquisas o principal motor da ação. Os tomadores de decisão pedem as informações, as evidências e os pesquisadores com a habilidade adequada à demanda.

3. **Modelo “exchange”**: baseia-se em parcerias entre pesquisadores e utilizadores da pesquisa que colaboram para o benefício mútuo. Tais parcerias podem ser de curto ou longo prazo, podem ocorrer em qualquer ponto do processo da pesquisa, e pode incluir o exercício de definição de prioridades, projetos de pesquisas colaborativas e sistemas de criação de conhecimento. Mediadores do conhecimento podem desempenhar um papel crucial no estabelecimento dessas estratégias.
4. **Modelo “integrated”**: adota a Plataforma de Translação do Conhecimento (PTC), uma ferramenta que promove a ligação e o intercâmbio com uma política de saúde. A PTC é equivalente a um mediador do conhecimento, trabalhando para conectar as necessidades das políticas públicas com as ferramentas de pesquisa, e para gerar diálogo público na compreensão de processos de pesquisas. Uma PTC pode contribuir para a criação de uma base de conhecimento fácil de usar, promover diálogos e encontros, e ofertar cursos de capacitação.

A WHO (2006)²³, relaciona alguns fatores que facilitam e dificultam a translação do conhecimento em cada um desses modelos. No **lado da oferta**, a produção de boas e relevantes evidências; mensagens acionáveis baseadas em evidências; a credibilidade dos mediadores de conhecimento, o fácil acesso ao conhecimento e as agências de financiamento, são facilitadores da TC. Já a falta de um quadro comum para a translação do conhecimento; a integração limitada dos métodos quantitativo e qualitativo para a síntese de evidências; o processo caro e lento de produção de conhecimento e a competição distorcida e tendenciosa das fontes de conhecimento, podem ser dificultadores da TC.

No **lado da demanda**, o compromisso político com o conhecimento, a compreensão do ambiente sócio-político, a integração dos atores sociais nas decisões e o fácil acesso à utilização do conhecimento, facilitam a TC. Por outro lado, a baixa demanda por evidência científica pelos decisores políticos, os diferentes paradigmas de evidências entre decisores, profissionais e pesquisadores; e as razões políticas ou financeiras para não agir diante das evidências, podem ser barreiras à TC²³.

No **intercâmbio entre oferta e demanda**, o diálogo entre usuários e mídia sobre histórias de alto impacto sobre o uso de conhecimento, e as formas inovadoras de partilha de conhecimento, permitem a TC; enquanto que a falta de comunicação interativa entre os produtores e usuários de evidência científica e a falta de partilha de conhecimentos, especialmente com os decisores políticos e comunidade, podem prejudicar a TC²³.

Graham et al. (2006)²⁴ desenharam a translação do conhecimento como um ciclo de ações necessárias à sua implementação. As fases são dinâmicas, podem influenciar-se e podem ser influenciadas pelas fases de criação de conhecimento. As fases de ação são derivadas de teorias ou modelos de ação planejada, cujo objetivo é ajudar os agentes de mudanças (planejadores e gestores) a controlar variáveis que influenciam a ocorrência de mudanças nos sistemas sociais, e não apenas nos indivíduos. Oito fases da TC podem ser citadas:

1. **Identificar um problema que precisa ser solucionado:** envolvimento dos interessados na definição do problema que merece atenção e busca de conhecimento ou pesquisa que possa solucioná-lo;
2. **Identificar, analisar e selecionar o conhecimento ou a pesquisa relevante para o problema:** uma vez que a pesquisa relevante é identificada, deve ser avaliada criticamente quanto à sua validade e utilidade para o problema em questão. Podem ser diretrizes de prática ou resultados da pesquisa;
3. **Adaptar o conhecimento ou pesquisa identificados ao contexto local:** são atividades realizadas pelos envolvidos para personalizar o conhecimento em sua situação particular, criando valor, utilidade e adequação do conhecimento à configuração e circunstâncias do contexto em questão;
4. **Avaliar barreiras ao uso do conhecimento:** os agentes de mudança devem avaliar as barreiras e oportunidades potenciais à aceitação do conhecimento. As barreiras devem ser superadas ou diminuídas por estratégias de intervenção;
5. **Selecionar, adaptar e implementar intervenções para promover o uso do conhecimento:** consiste em planejar e executar intervenções para facilitar e promover a conscientização e a implementação do conhecimento. Podem ser estratégias de disseminação, difusão ou transferência do conhecimento, particularizadas às audiências. Quando as barreiras estiverem relacionadas ao

conhecimento, atitudes, habilidades ou hábitos, intervenções educacionais interativas e capacitações em serviço podem ser úteis;

6. **Monitorar o uso do conhecimento:** é necessário para determinar como e em que medida o conhecimento foi utilizado pelos envolvidos. Também pode ser usado para determinar se as intervenções foram suficientes para provocar a mudança desejada ou se podem ser necessárias mais das mesmas intervenções ou novas. Se o grau de uso do conhecimento for menor do que o esperado e desejado, pode ser útil avaliar se a falta de mudança está relacionada à falta de interesse na mudança, outras barreiras fora de seu controle ou novas barreiras que podem surgir após a introdução inicial do conhecimento adaptado
7. **Avaliar os resultados da utilização do conhecimento:** analisar se a aplicação do conhecimento efetivamente faz a diferença em termos de saúde, prática e resultados do sistema. É a única maneira de determinar se os esforços para promover a sua aceitação foram bem sucedidos e valeu a pena
8. **Sustentar o uso contínuo do conhecimento:** deve colocar em movimento um ciclo de feedback que percorre as fases de ação. Como cada fase de ação pode ser influenciada pelas fases que a precedem, também pode haver feedback entre as fases: avaliar barreiras à sustentabilidade do conhecimento, adaptar as intervenções a essas barreiras, monitorar o uso contínuo do conhecimento e avaliar o impacto do uso inicial e o uso sustentado do conhecimento.

Independente do modelo adotado, para que a TC seja o ponto de encontro entre dois processos fundamentalmente diferentes: pesquisa e ação, algumas questões devem ser observadas, durante a produção do conhecimento: a relevância e a oportunidade de incorporação das evidências; a credibilidade dos mediadores; o acesso ao conhecimento; a possibilidade de financiamento; a compreensão do contexto político e organizacional; o diálogo e integração constantes entre usuários e pesquisadores no uso do conhecimento e nas decisões^{23,25}.

Por fim, o pressuposto é que para uma organização obter um bom desempenho precisa investir nas práticas de monitoramento e avaliação, com as condições necessárias à produção de valor e cultura organizacional. Além disso, precisa fazer a gestão do

conhecimento existente, adquirido e produzido, preocupando-se com o seu compartilhamento, inclusive no que se refere ao diálogo e troca entre pesquisadores e utilizadores das pesquisas.

1.4 Referências Bibliográficas

1. Marchal, B. et al. Building on the EGIPPS performance assessment: the multipolar framework as a heuristic to tackle the complexity of performance of public service oriented health care organizations. *BMC Public Health*, 2014. 14:378. (www.biomedcentral.com/1471-2458/14/378)
2. Sicott, C. et al. A Conceptual Framework for the Analysis of Health Care Organizations' Performance. *Health Serv Manage Res* February 1998 11:24-41.
3. Hunter, DEK; Nielsen, SB. Performance Management and Evaluation: Exploring Complementarities. *New Directions for Evaluation* In S. B. Nielsen & D. E. K. Hunter (Eds.), *Performance management and evaluation*, 2013. *New Directions for Evaluation*, 137, 7–17, 2013.
4. Lahey R. *The Canadian M&E System: Lessons Learned from 30 years of Development*. Washington: World Bank ECD Working Paper Series, nº23; 2010.
5. Cousins JB et al. Organizational Capacity to do and use evaluation: Results of a Pan-Canadian survey of evaluators. *The Canadian Journal of Program Evaluation*. Vol. 23 No. 3, 2008 Pages 1–35.
6. Mehrotra S. Monitoring, evaluation and performance management in South Asia: The challenge of building capacity. *Evaluation*, 2013 19: 74-84.
7. Hartz, Z. Do monitoramento do desempenho ao desempenho do monitoramento: novas oportunidades para a Avaliação na gestão da Vigilância em Saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 18(5), mai., 2013.
8. Trochim, WMK. Evaluation policy and evaluation practice. In W.M.K. Trochim, M. M. Mark, & L. J. Cooksy (Eds.), *Evaluation policy and evaluation practice*. *New Direction for Evaluation*, 2009. 123, 13-32.
9. Schlesinger, CCB et al. *Gestão do Conhecimento na Administração Pública*. Curitiba, Instituto Municipal de Administração Pública – IMAP, 2008. 120p.
10. Nonaka, I; Takeuchi, H. *The knowledge-creating company: how Japanese companies create the dynamics of innovation*. New York: Oxford University Press, 1995.
11. Denning, S. What is Knowledge? Definitions of Knowledge. Disponível online em <http://www.stevedenning.com/Knowledge-Management/default.aspx> (acesso em 01 de agosto de 2015).
12. Bennet, G; Jessani, N (2011). The knowledge translation toolkit: bridging the know-do gap: a resource for researchers. Retrieved from: <http://web.idrc.ca/openebooks/508-3/>.
13. Freire, P. *À sombra desta mangueira*. São Paulo: Olho d'Água, 1995.

14. Zins, C. Redefinindo a ciência da informação: a partir de "ciência da informação" para "Ciência do conhecimento". *Journal of Documentation* Vol. 62 No. 4, 2006 pp. 447-461
15. Costa, SMS. *Gestão do Conhecimento em Saúde no Brasil: avanços e perspectivas*. Orgs. José Moya, Eliane Pereira dos Santos, Ana Valéria M. Mendonça – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009. 140 p
16. Landry Réjean, Amara Nabil, Pablos-Mendes Ariel, Shademani Ramesh and Gold Irving. The knowledge-value chain: a conceptual framework for knowledge translation in health. *Bulletin of the World Health Organization*. August 2006, 84 (8).
17. Ottoson, J. M. (2009). Knowledge-for-action theories in evaluation: Knowledge utilization, diffusion, implementation, transfer, and translation. *New Directions for Evaluation*, 124, 7–20.
18. Blake, S. C., & Ottoson, J. M. (2009). Knowledge utilization: Implications for evaluation. *New Directions for Evaluation*, 124, 21–34.
19. Rogers, E. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). New York: Free Press.
20. O’Toole, L. J. (2000). Research on policy implementation: Assessment and prospects. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 10(2), 263–288.
21. Hartz ZMA, Denis JL, Moreira E, Matida A. From knowledge to action: challenges and opportunities for increasing the use of evaluation in health promotion policies and practices. In: McQueen DV, Potvin L, editors. *Health promotion evaluation practices in the Americas: values and research*. New York: Springer; 2008. p. 101-20.
22. CIHR. Canadian Institutes of Health Research. *Guide to Knowledge Translation Planning at CIHR: Integrated and End-of-Grant Approaches*. Canadá, 2012.
23. World Health Organization. (2006). *Bridging the “know-do” gap: Meeting on knowledge translation in global health*. Geneva: World Health Organization.
24. Graham, ID. et al. Lost in Knowledge Translation: Time for a Map? ***The Journal of Continuing Education in the Health Professions***, v.26, p.13–24, 2006.
25. Sudsawad, P. (2007). *Knowledge translation: Introduction to models, strategies, and measures*. Austin, TX: Southwest Educational Development Laboratory, National Center for the Dissemination of Disability Research. [Online]. Available: <http://www.ncddr.org/kt/products/ktintro/>
26. Yin RK. *Estudo de Caso – Planejamento e métodos*. Trad. Daniel Grassi, 2 ed, Porto Alegre: Bookman, 2001, pg 21.
27. Pernambuco.Secretaria Estadual de Saúde. *Plano Estadual de Saúde 2012-2015*. Recife, 2012
28. Yin RK. Validity and generalization in future case study evaluations. *Evaluation*, 2013 19: 321-332.
29. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: Hartz Z. (Org). *Avaliação em Saúde – Dos Modelos conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz. 29-47. 2002.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a gestão do desempenho e do conhecimento da Vigilância em Saúde de Pernambuco, Brasil.

2.2 Específicos

1. Analisar a lógica da Política de Avaliação da Vigilância em Saúde de Pernambuco, comparando-a com a Política de Avaliação canadense;
2. Analisar a gestão do conhecimento na Vigilância em Saúde de Pernambuco, tomando como evento sentinela a epidemia de Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZ);
3. Avaliar a translação do conhecimento das pesquisas avaliativas produzidas por profissionais da Vigilância em Saúde de Pernambuco.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo qualitativo, utilizando-se como estratégia de pesquisa o estudo de caso¹: a Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco, no Brasil, uma das 6 Secretarias Executivas da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, no nível central da gestão. Além delas, existe uma representação descentralizada em 12 gerências regionais de saúde (Geres), que articulam as políticas do nível central com os municípios do estado². O período do estudo compreendeu os anos de 2011 a 2016.

Algumas questões relacionadas à validade e à generalização de um estudo de caso foram observadas, para além da complexidade e especificidade do fenômeno estudado. A utilização do desenho do modelo lógico da intervenção, na análise da GD (estudo 1), e as matrizes de análise com base em modelos conceituais, nos três estudos, fortaleceram a validade, uma vez que houve preocupação com a inferência causal de forma contextualizada, entre os elementos das intervenções e a teoria ou outra intervenção. A generalização, portanto, analítica, e não numérica, esteve vinculada à comparação da teoria previamente desenvolvida como modelo com os resultados empíricos do estudo de caso^{3,4}.

Para atender ao primeiro objetivo específico, foi realizada uma pesquisa avaliativa, do tipo análise lógica⁵, da Política de Avaliação da Secretaria de Vigilância em Saúde de Pernambuco (SEVS), comparando-a com a Política de Avaliação canadense. Utilizou-se o modelo de Gestão do Desempenho, proposto por Hunter e Nielsen (2013)⁶, que agrega atributos para além do monitoramento e avaliação, como: liderança, sistema de responsabilidade, orçamento, uso e disseminação do conhecimento produzido, para garantir o alcance dos objetivos e metas da gestão.

A Gestão do Conhecimento, que compreende os objetivos específicos 2 e 3, foi analisada na sua totalidade, com base no modelo analítico de Landry et al. (2006)⁷, que explora capacidades diádicas fundamentais à Gestão do Conhecimento (mapeamento e aquisição; produção e destruição; integração e compartilhamento; multiplicação e proteção; desempenho e inovação). Para isto, analisou-se o conhecimento existente e produzido

durante a epidemia de Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZ), pela Vigilância em Saúde de Pernambuco, considerando-a um evento sentinela, por ter se constituído um evento inesperado, grave, que ocasionou óbitos e alterações significativas no estado de saúde de centenas de gestantes e recém-nascidos, e que provocou mudanças e adaptações no processo de gestão da vigilância. E, mais especificamente, no que se refere ao uso e aplicação do conhecimento, utilizou-se o conceito de Translação do Conhecimento, de Graham et al. (2006)⁸, como uma nova forma de abordar o movimento que o conhecimento pode fazer em um contexto organizacional em prol da sua efetiva aplicação. A ocorrência da TC foi avaliada em 10 estudos avaliativos realizados no serviço, por profissionais da Vigilância em Saúde de Pernambuco.

Os dados foram coletados em fontes primárias por meio de entrevistas com informantes-chave e em fontes de dados secundários por meio da análise documental. No quadro 1, apresenta-se a síntese da estratégia metodológica articulada nos 3 estudos, de acordo com cada objetivo específico:

Quadro 1: Síntese metodológica dos 3 estudos.

Estudo	Método	Descrição
Desafios à Gestão do Desempenho: análise lógica de uma Política de Avaliação na Vigilância em Saúde	Estudo de caso, qualitativo, pesquisa avaliativa, do tipo análise lógica, da Política de Avaliação da Secretaria de Vigilância em Saúde de Pernambuco (SEVS), na gestão compreendida entre os anos de 2011 a 2014, comparando-a com a Política de Avaliação Canadense.	<p>- estratégia da pesquisa adotou os três passos da análise lógica:</p> <ol style="list-style-type: none"> O desenho do modelo lógico: utilizou-se o referencial teórico de Gestão do Desempenho proposto por Hunter e Nielsen, complementado pela estrutura conceitual proposta por Cousins <i>et al.</i> O modelo lógico explicitou quatro componentes da Gestão do Desempenho: Monitoramento, Avaliação, Capacidade organizacional, e o Compartilhamento e Uso da Informação Desenvolvimento do quadro conceitual: optou-se por utilizar a Política de Avaliação Canadense como uma intervenção comparativa Avaliação da teoria do programa: com base no modelo lógico, foi construída uma matriz de análise contendo os critérios avaliados. <p>- matriz subsidiou a construção de um roteiro semiestruturado para a coleta de dados,</p> <p>- realizadas entrevistas com 10 informantes-chave e analisados os documentos.</p>

3. MATERIAL E MÉTODOS

<p>A gestão do conhecimento no contexto de uma emergência em Saúde Pública: o caso da síndrome congênita do Zika vírus, em Pernambuco, Brasil</p>	<p>Estudo qualitativo, análise da gestão do conhecimento, tomando como objeto uma Emergência em Saúde Pública, a Epidemia de Síndrome Congênita do Zika vírus, nos anos de 2015 e 2016.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - utilizadas duas técnicas de coleta de dados: a entrevista estruturada com informantes-chave e a análise documental; - 4 unidades de análise: o nível central da Secretaria Estadual de Saúde; as Gerências Regionais de Saúde; as unidades de referência para diagnóstico da microcefalia; instituições externas à SES/PE - selecionados os informantes-chave que participaram ativamente do processo de construção do conhecimento; - roteiros das entrevistas e da análise documental construídos a partir de uma matriz de análise elaborada com base nas capacidades diádicas fundamentais à cadeia de valor da gestão do conhecimento propostas por Landry <i>et al.</i> (2006); - definidos critérios, a partir dos quais foram mapeados eventos e inscrições que favoreceram à Gestão do Conhecimento na epidemia; - técnica utilizada para análise dos dados foi a análise de conteúdo
<p>Translação do Conhecimento na qualificação da gestão da Vigilância em Saúde: contribuição dos estudos avaliativos de pós-graduação</p>	<p>Estudo qualitativo do tipo estudo de caso, no qual o caso foi a Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco (SEVS/PE), Brasil, no período de 2011-2015</p>	<ul style="list-style-type: none"> - base do estudo: a produção do conhecimento, a partir do processo de formação (pós-graduação) promovido e fomentado pela gestão da SEVS/PE; - 10 pesquisas avaliativas analisadas, resultado de dissertações do mestrado profissional de Avaliação em Saúde; - dados coletados por meio de entrevistas não estruturadas; - informantes-chave entrevistados: 7 gestores das áreas cujos objetos foram alvo de estudos avaliativos, 3 gerentes; 10 autores (gerentes e técnicos) dos estudos avaliativos - roteiro das entrevistas utilizou como base questões definidas a partir do modelo de Conhecimento para a Ação (Knowledge to action - KTA), elaborado por Graham <i>et al.</i> (2006). - a este modelo sobrepôs-se a estrutura teórica do uso-influência da avaliação proposto por Hartz <i>et al.</i> (2008), - o modelo de TC da SEVS foi classificado de acordo com as categorias sugeridas por Bennet e Jessani (2011): Push, Pull, Exchange e Integrated

Fonte: a autora.

3.1 Referências Bibliográficas

1. Yin RK. Estudo de Caso – Planejamento e métodos. Trad. Daniel Grassi, 2 ed, Porto Alegre: Bookman, 2001, pg 21.
2. Pernambuco.Secretaria Estadual de Saúde. Plano Estadual de Saúde 2012-2015. Recife, 2012
3. Yin RK. Validity and generalization in future case study evaluations. *Evaluation*, 2013 19: 321-332.
4. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A Avaliação na Área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: Hartz Z. (Org). Avaliação em Saúde – Dos Modelos conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas. Rio de Janeiro: Fiocruz. 29-47. 2002.
5. O’Toole, L. J. (2000). Research on policy implementation: Assessment and prospects. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 10(2), 263–288.
6. Hunter, DEK; Nielsen, SB. Performance Management and Evaluation: Exploring Complementarities. *New Directions for Evaluation In S. B. Nielsen & D. E. K. Hunter (Eds.), Performance management and evaluation, 2013. New Directions for Evaluation, 137, 7–17, 2013.*
7. Landry Réjean, Amara Nabil, Pablos-Mendes Ariel, Shademani Ramesh and Gold Irving. The knowledge-value chain: a conceptual framework for knowledge translation in health. *Bulletin of the World Health Organization*. August 2006, 84 (8).
8. Graham, ID. et al. Lost in Knowledge Translation: Time for a Map? **The Journal of Continuing Education in the Health Professions**, v.26, p.13–24, 2006.

4. RESULTADOS

Nesta seção, apresentam-se os trabalhos científicos, que constituem a parte central da tese. Foram 3 artigos: 1 publicado nos Anais do IHMT e 2 publicados em periódicos brasileiros:

- 4.1 Bezerra, L.C.A, Felisberto, E., Costa, J.M.B da, ALVES, C.K.A., Hartz, Z. Desafios à Gestão do Desempenho: Análise lógica de uma Política de Avaliação na Vigilância em Saúde. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2019/Mai). [Citado em 19/07/2019]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/desafios-a-gestao-do-desempenho-analise-logica-de-uma-politica-de-avaliacao-na-vigilancia-em-saude/17204?id=17204&id=17204>
- 4.2 Bezerra LCA, Felisberto E, Costa JMB, Abath MB, Hartz Z. A gestão do conhecimento no contexto de uma emergência em Saúde Pública: o caso da síndrome congênita do Zika vírus, em Pernambuco, Brasil. An Inst Hig Med Trop 2017; 16 (Supl. 2): S47 - S56.
- 4.3 Bezerra Luciana Caroline Albuquerque, Felisberto Eronildo, Costa Juliana Martins Barbosa da Silva, Hartz Zulmira. Translação do Conhecimento na qualificação da gestão da Vigilância em Saúde: contribuição dos estudos avaliativos de pós-graduação. Physis [Internet]. 2019 [citado 2019 Jul 19]; 29(1): e290112. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000100611&lng=pt. Epub 19-Jun-2019. <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312019290112>.

Desafios à Gestão do Desempenho: análise lógica de uma Política de Avaliação na Vigilância em Saúde

Challenges to Performance Management: logic analysis of a Evaluation Policy in Health Surveillance

Luciana Caroline Albuquerque Bezerra (Bezerra LCA)

Graduada em Odontologia; Mestre em Saúde Pública; Doutoranda em Saúde Internacional do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa; Pesquisadora do Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde (GEAS) e Docente do Programa de Pós-Graduação em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP; Secretária Executiva de Vigilância em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife (PE), Brasil.
lua_cad@yahoo.com.br

Eronildo Felisberto (Felisberto E)

Graduado em Medicina; Doutor em Saúde Pública; Pesquisador do Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde (GEAS) e Docente do Programa de Pós-Graduação em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, Recife (PE), Brasil
eronildo.felisberto@gmail.com

Juliana Martins Barbosa da Costa (Costa JMB da)

Graduada em Odontologia; Doutora em Saúde Pública; Pesquisadora do Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde (GEAS) e Docente do Programa de Pós-Graduação em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP; Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Caruaru (PE), Brasil
julimartins.costa@gmail.com

Cíntia Kalyne de Almeida Alves (Alves CKA)

Graduada em Terapia Ocupacional; Doutora em Saúde Pública; Docente da Universidade Federal de Pernambuco
cinthiakalyne@yahoo.com.br

Zulmira Hartz (Hartz Z)

Professora catedrática convidada de Avaliação em Saúde; Global Health and Tropical Medicine, GHTM, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT, Universidade Nova de Lisboa, UNL, Lisboa, Portugal
zhartz@ihmt.unl.pt

Endereço para correspondência:

Luciana C. A. Bezerra

Rua Ribeiro Pessoa, 324. Casa B8. Caxangá- Recife – PE. CEP: 50.980-580.

Fone: (81) 99800-9589

E-mail: lua_cad@yahoo.com.br

Resumo

Reconhecer as contribuições da área de avaliação no suporte à implantação, desempenho e qualificação das políticas de saúde e ao processo decisório, é admiti-la de forma contínua e permanente no contexto da gestão. Isso requer um conjunto de procedimentos, para além das práticas de monitoramento e avaliação, denominado gestão do desempenho por Hunter e Nielsen (2013). O objetivo desse estudo foi analisar a lógica da Política de Avaliação da Vigilância em Saúde (VS) de Pernambuco, comparando-a com a Política canadense correspondente. Para tal, foi realizado um estudo qualitativo, análise lógica da teoria do programa, utilizando-se como ferramenta o desenho do modelo lógico da gestão do desempenho. Na VS, foram entrevistados 9 informantes-chave e analisados documentos; o modelo canadense foi analisado com base em um documento produzido por Lahey (2010). As duas políticas estudadas são convergentes, possuindo os elementos necessários à gestão do desempenho. Porém, enquanto a avaliação teve destaque no modelo canadense, o monitoramento constituiu-se o eixo condutor da institucionalização das práticas avaliativas na VS. Algumas lições aprendidas no modelo canadense podem ser recomendadas, como o desenvolvimento de um plano de avaliação, pautado no nível estratégico e decisor da VS.

Palavras-chaves: Avaliação em Saúde; Gestão do Desempenho; Monitoramento do Desempenho; Vigilância em Saúde.

Abstract

Recognizing the contributions of the evaluation area in supporting the implementation, performance and qualification of health policies and decision-making process, is to admit it in a continuous and permanent way in the context of management. This requires a set of procedures that goes beyond monitoring and evaluation practices. It's called performance management by Hunter and Nielsen (2013). The goal of this study was to analyse the logic of the Health Surveillance Evaluation Policy (HS) of Pernambuco, comparing it with the corresponding Canadian policy. For this purpose, a qualitative study, logic analysis of the program theory, was carried out, using as a tool the design of the logical model of performance management. In the HS, 9 key informants were interviewed and documents were analyzed; the Canadian model was analyzed based on a paper written by Lahey (2010). Both policies analyzed by this study are convergent, and both have the necessary elements for performance management. But while the evaluation featured largely in the Canadian model, monitoring was the driving force behind the institutionalization of evaluative practices in HS. Some lessons learned in the Canadian model can be recommended, such as the development of an evaluation plan, based on the strategic and decision-making level of HS.

Keywords: Health Evaluation; Performance Management; Performance Monitoring; Health Surveillance.

1. Introdução

O desempenho dos sistemas e políticas de saúde tem se constituído um importante desafio para os gestores em todo o mundo, ainda que as organizações tenham objetivos diferentes. A medição do desempenho é multidimensional, podendo se dar em termos de qualidade, eficácia, eficiência, equidade, produtividade, entre outros. Todavia, independente do modelo utilizado, dos mais fragmentados, aos mais complexos, o monitoramento e a avaliação tornam-se práticas essenciais em qualquer organização de alto desempenho^{1,2,3,4}.

Uma dificuldade comum encontrada pelos gestores é sobre quais estratégias utilizar para ajustar e manter o monitoramento e a avaliação como atividades rotineiras da gestão, de modo que alguns países têm buscado avançar nesta questão¹.

No Canadá, pioneiro na gestão baseada em resultados e na avaliação da governança pública, o monitoramento contínuo do desempenho fornece os dados necessários para subsidiar a realização de avaliações periódicas, todavia precisa-se avançar no estabelecimento claro de propósitos e usos tanto do monitoramento, quanto da avaliação¹. A política de avaliação governamental tem evoluído, com o amadurecimento dos envolvidos e identificação das necessidades ao longo do tempo, conseguindo propor um desenho de complementaridade das duas práticas, embora a operacionalização disso ainda constitua um desafio².

Nos Estados Unidos, a Lei de Desempenho e Resultados do Governo, de 1993, tinha um foco na medição do desempenho, que foi mantida na sua revisão, em 2010. Apesar da medição de desempenho ter sido implementada em diversos níveis das agências governamentais, não há muitas evidências de que os dados gerados por esse processo foram utilizados de forma satisfatória pelos envolvidos. Avaliações são realizadas pontualmente por alguns programas ou são contratadas, de modo que o monitoramento e a avaliação têm caminhado por rumos distintos, embora paralelos³.

No Brasil, são várias as iniciativas de implantação de políticas ou estratégias de monitoramento e avaliação pelo Ministério da Saúde (MS), com focos e objetivos distintos, e vulneráveis às mudanças dos gestores nacionais. Em 1998, a Política Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar – PNASH, reformulada, em 2004, para Política Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS⁵; em 2003, a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica⁶; em 2006, a Política de Avaliação do Desempenho do Setor Saúde; em 2008, o Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde - PROADESS; o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), criado em 2011; o Índice de Desempenho do SUS – IDSUS, criado em 2012 para monitorar o desempenho dos sistemas municipais e estaduais de saúde⁷; o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQA-VS), que vincula o alcance de metas ao repasse de um valor financeiro a estados e municípios, desde 2013⁸.

No estado de Pernambuco, a Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVS), desde 2011, instituiu algumas iniciativas para constituição de uma Política de Monitoramento Avaliação, articulada à gestão, ou seja, ao contexto político e decisório. Vale ressaltar, o Monitoramento do Desempenho da Gestão da Vigilância em Saúde, cuja finalidade é atuar como mecanismo de indução da qualificação e descentralização das ações de vigilância em saúde⁹, os estudos avaliativos realizados por profissionais do serviço, como produto de cursos de pós-graduação ofertados pela Secretaria; e os processos de monitoramento específicos dos programas¹⁰.

Ainda que todas essas iniciativas levem em conta práticas de avaliação guiadas por uma política, considerando o pressuposto de que: *“uma política de avaliação é qualquer regra ou princípio usado por um grupo ou uma organização para guiar suas decisões e ações ao realizar avaliações”*¹¹, o desafio é a institucionalização dessas práticas¹². Políticas de avaliação devem ser sistematizadas, escritas e comunicadas a respeito do que pretendem fazer, que recursos devem ser investidos e quem são os responsáveis, para assim, serem implementadas de forma consciente e consequente^{11,13}.

Nesta perspectiva, Cousins *et al.*¹⁴ sugeriram elementos que expandem a capacidade organizacional de fazer e usar a avaliação como: capacidade de aprendizagem organizacional; estruturas organizacionais de apoio; capacidade de fazer avaliação; atividades de construção de capacidade avaliativa; tipos específicos de atividades de avaliação; participação das partes interessadas na avaliação; uso dos resultados da avaliação; uso do processo de avaliação; condições de mediar a utilização da avaliação.

Hunter e Nielsen, em 2013, sistematizaram esses elementos denominando de Gestão do Desempenho - um conjunto de procedimentos que ajustam taticamente ações delineadas para garantir o alcance dos objetivos e metas. O modelo agrega 4 atributos: liderança; sistemas de responsabilidades e orçamento; sistemas de medição e monitoramento; e avaliação, como processos interligados que buscam assegurar a produção de valor organizacional e de governança pública¹.

Muito se sabe sobre a importância de medir ou avaliar o desempenho das intervenções, como uma estratégia de qualificação contínua do processo de trabalho, com um bom número de teorias e artigos publicados¹⁵⁻¹⁷. Todavia, pouco se conhece ou se sistematiza a respeito da gestão desse desempenho, enquanto estratégia para criar uma cultura de monitoramento e avaliação, com todos os elementos necessários para o sucesso desses esforços^{13,18}.

Ante ao exposto, mesmo diante de algumas estratégias para institucionalização do monitoramento e a avaliação, faz-se necessário saber se os elementos necessários à gestão desses processos estão presentes.

O objetivo desse estudo foi analisar a lógica da política de monitoramento e avaliação constituída na SEVS, em Pernambuco, a partir dos elementos propostos para a Gestão do Desempenho, comparando-a com a Política de Monitoramento e Avaliação do governo canadense.

2. Método:

Estudo de caso, qualitativo¹⁹, optando-se pela realização de uma pesquisa avaliativa, do tipo análise lógica²⁰, da Política de Avaliação da Secretaria de Vigilância em Saúde de Pernambuco (SEVS), na gestão compreendida entre os anos de 2011 a 2014.

A SEVS é uma das seis Secretarias Executivas da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, no Brasil, responsável pelo conhecimento e controle dos determinantes, riscos e danos à saúde da população, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção, prevenção e controle. Esta Secretaria agrega a vigilância de doenças transmissíveis, agravos não transmissíveis, promoção da saúde, saúde do trabalhador, sistemas de informação, além das vigilâncias ambiental e sanitária, e do laboratório de saúde pública. As práticas de monitoramento e avaliação são transversais a todos os programas da SEVS²¹.

A análise lógica é uma avaliação orientada pela teoria, usando conhecimento científico disponível, provas científicas existentes ou conhecimentos especializados. Seu objetivo é identificar as melhores maneiras de se alcançar os efeitos desejados, identificando características importantes das intervenções e as condições críticas necessárias para facilitar sua implementação^{20,22}.

Na estratégia da pesquisa, seguiram-se os três passos da análise lógica²²:

1. **O desenho do modelo lógico:** utilizou-se o referencial teórico de Gestão do Desempenho proposto por Hunter e Nielsen¹, complementado pela estrutura conceitual proposta por Cousins *et al.*¹⁴, que trata dos elementos necessários à expansão da capacidade organizacional de fazer e usar a avaliação.

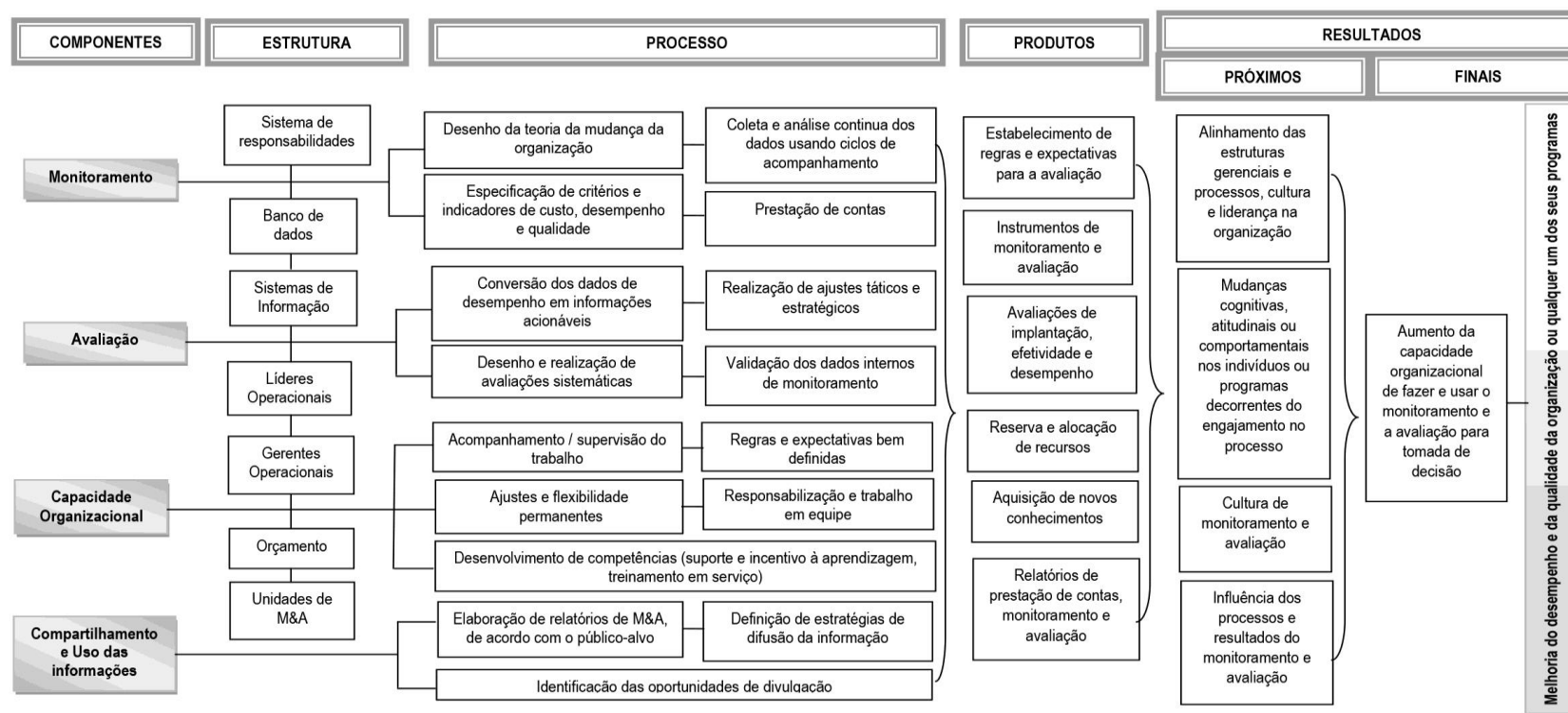
O modelo lógico explicitou quatro componentes da Gestão do Desempenho, estabelecendo uma cadeia plausível entre a estrutura necessária, as atividades e os resultados esperados (curto, médio e longo prazos)¹⁸, sendo: **Monitoramento**, no sentido de realizar os ajustes em tempo real, aprendendo com o trabalho e buscando caminhos para adaptar-se estrategicamente às condições emergentes; **Avaliação** para determinar o

que está sendo feito e está sendo alcançado, como, quão bem, com qual finalidade e se tem se expressado em resultados mensuráveis ou impactos; **Capacidade organizacional**, cujo objetivo é o de desenvolver o conhecimento e as habilidades necessárias à realização da gestão do desempenho e uso adequado das informações; e o **Compartilhamento e Uso da Informação** produzida, para a garantia do uso dos processos e dos resultados do monitoramento e avaliação. A partir desses componentes foram delineados os outros elementos do modelo lógico (Figura 1).

2. **Desenvolvimento do quadro conceitual:** optou-se por utilizar a Política de Avaliação Canadense como uma intervenção comparativa, cuja evolução do desenvolvimento, em 30 anos de existência, foi descrita e analisada por Lahey, em 2010, e publicada pelo *Independent Evaluation Group* (IEG) do Banco Mundial. O documento utilizado fornece uma visão geral do sistema, delineando suas principais características, organização, atores e papéis chaves em todos os níveis, iniciativas de M&A².

3. **Avaliação da teoria do programa:** com base no modelo lógico, foi construída uma matriz de análise contendo os critérios avaliados (Quadro 1). Na análise, extraiu-se da fala dos entrevistados todas as evidências relevantes aos critérios estabelecidos¹⁹. A matriz subsidiou a construção de um roteiro semiestruturado para a coleta de dados, a partir dos quais foram realizadas entrevistas com informantes-chave e analisados os documentos.

Figura 1: MODELO LÓGICO DA GESTÃO DO DESEMPENHO, 2018.



Fonte: a autora

Os informantes-chave foram os 6 integrantes do colegiado gestor da SEVS, diretores e gerentes que detêm a visão estratégica da gestão; além de 4 gerentes de diretorias distintas, mesclando o olhar do grupo entrevistado. Além das entrevistas, foram analisados os seguintes documentos: Monitoramento do Desempenho da Gestão da Vigilância em Saúde, de 2014; Monitoramento do Desempenho da Gestão da Vigilância em Saúde: Pernambuco 2012 a 2015; Oficina de Monitoramento do Desempenho da Gestão Regional da Vigilância em Saúde, de 2012. A coleta de dados foi realizada nos meses de julho e agosto de 2017.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), parecer nº 1.998.710, de 04 de abril de 2017, conforme protocolo 62352616.8.0000.5201.

Quadro 1: Matriz de análise e julgamento da gestão do desempenho, 2018.

ELEMENTOS DO MODELO LÓGICO	CRITÉRIOS	
Estrutura Organizacional de apoio	Existência de líderes operacionais	ESTRUTURA
	Existência de gerentes operacionais	
	Existência de um sistema de responsabilidades	
	Existência de bancos de dados/Sistemas de informação	
	Existência de unidades de monitoramento e avaliação	
	Existência de orçamento	
Monitoramento	Teoria da mudança (desenho da intervenção)	PROCESSO E RESULTADO
	Elaboração de instrumentos	
	Coleta e análise dos dados	
	Definição de critérios e indicadores	
	Prestação de contas	
	Cultura de monitoramento	
	Influência do processo e resultados do monitoramento	
	Tomada de decisão	
Avaliação	Desenho de avaliações internas e externas	
	Validação dos dados internos de monitoramento	
	Realização de ajustes táticos e estratégicos	
	Realização de avaliações sistemáticas, de acordo com as necessidades do serviço	
	Cultura de avaliação	
	Influência do processo e resultados das avaliações	
	Tomada de decisão	
Capacidade organizacional	Comunicação suficiente	
	Acompanhamento do trabalho	
	Incentivo ao uso das informações	
	Definição de papéis	
	Responsabilização	
	Promoção de cursos de formação na área	
	Suporte e incentivo à aprendizagem	
	Trabalho em equipe	
	Aprendizagem em serviço	
Compartilhamento e uso das informações	Relatórios/publicações de desempenho	
	Estratégias de divulgação, difusão e compartilhamento da informação	

Fonte: a autora

Resultados e Discussão:

A princípio, é necessário demarcar as intervenções comparadas nesse estudo, no sentido de aproximar a atuação dos níveis organizacionais para a análise da gestão do desempenho. Da Política de Avaliação Canadense foram utilizados os departamentos federais, aqui denominados departamentos canadenses (DC), por se assemelharem à conformação de uma Secretaria Executiva, neste caso, a SEVS.

Embora o termo “**Gestão do desempenho**” não se expresse nas falas e documentos, tal como abordado por Hunter e Nielsen¹, ele é explicitado, na medida em que a mobilização da estrutura e a condução dos processos na intervenção estudada, seja com base no monitoramento, de “enfoque gerencial e normativo”; ou na avaliação, de “natureza estratégica e investigativa”¹³, promovem as reflexões e ajustes contínuos e necessários ao alcance das metas, contribuindo para a institucionalização dessas práticas, conforme Quadro 2.

Ao comparar os **Objetivos**, as duas intervenções buscam, nas práticas de monitoramento e avaliação, fontes essenciais de informação para a qualificação da gestão e a tomada de decisão, por meio do desenvolvimento da capacidade técnica e valorização do aprendizado²⁴. Ambas prezam pela transparência e “imparcialidade” das informações produzidas, o que é compreensível pela proximidade dos envolvidos com os objetos desses processos, porém revela uma controvérsia com os autores que discorrem sobre a avaliação sobre a isenção de neutralidade no juízo de valor, por estar inserido num contexto organizacional/político, e revestido de intencionalidades e valores²⁴⁻²⁶.

Com relação ao componente **Estrutura Organizacional**, a política de avaliação de ambas está alinhada com uma diretriz maior de governo, embora a SEVS não possua um documento normatizado que explicita o arcabouço geral das suas práticas. Outra questão que as diferencia é o fato dos DC contarem com uma liderança central do governo no fomento e supervisão da política, o que não acontece na SEVS. Líderes e gerentes operacionais; um sistema de responsabilidades, definindo as atribuições dos envolvidos; e uma unidade de M&A, são identificados nas duas propostas. No sistema canadense foi constituído um Comitê de Avaliação, cujas atribuições na SEVS são exercidas no

colegiado gestor: determinar prioridades, acompanhar o desenvolvimento das atividades, revisar e aprovar os planos e relatórios. Ambas destinam orçamento para o M&A. Todas essas questões relacionadas à estruturação e formalização do M&A foram defendidas por Mayne¹⁸, Mehrotra²⁷, Nielsen e Hunter²⁸, e são determinantes para a efetivação da gestão do desempenho.

Quanto ao **Monitoramento**, de forma geral, observam-se similaridades nas duas intervenções, com o desenvolvimento de macro e micro estratégias. Na SEVS, o Monitoramento do Desempenho da Gestão da Vigilância em Saúde é transversal a todos os programas, e foi instituído a partir do desenho do modelo lógico da Gestão da Vigilância em Saúde por atores-chave do serviço e especialistas, com definição de indicadores traçadores dos programas e representativos das ações delineadas nos componentes, etapas importantes para a elucidação e consenso do que vai ser monitorado^{20,29}. Com base nessa construção, um painel foi elaborado para o monitoramento trimestral do desempenho das gestões estadual e municipais, promovendo diálogo entre os programas e traçando encaminhamentos que viabilizassem o alcance das metas⁹. A interação e cooperação entre os atores (Secretário Executivo, assessores, diretores e gerentes dos programas, unidade de avaliação) promoveram uma influência coletiva na institucionalização desse processo^{12,30}, fazendo com que alguns programas, por iniciativa própria e com o apoio da unidade de avaliação, elaborassem seus instrumentos para monitoramento de indicadores mais operacionais.

No sistema canadense, para o monitoramento do desempenho, um “modelo macro lógico” foi desenhado, explicitando como todos os programas estão interligados aos resultados departamentais, com definição de indicadores que representam elementos chave do desempenho. Nos programas, foi realizado o mesmo movimento, com o delineamento dos modelos lógicos individuais^{20,29}. Não há detalhes sobre como esse processo se dá nos departamentos e programas.

O componente **Avaliação** se configurou de forma diferente na SEVS e nos DC, embora os dois precisem, em maior amplitude, tornar as informações do monitoramento acionáveis à avaliação³¹. Houve uma “complementariedade metódica”²⁸ entre as duas

propostas. No Canadá, existem práticas e instrumentos na rotina que contribuem com a sustentabilidade da avaliação²⁹. Um plano quinzenal é elaborado, onde os chefes adjunto e de avaliação definem as prioridades da avaliação para cada ano, que passam pela aprovação do Comitê Sênior. Via de regra, os objetos das avaliações são os programas e são realizadas pelas unidades internas, não configurando avaliações formais. Já na SEVS, os estudos avaliativos estão vinculados a cursos de pós-graduação, o que lhes confere formalidade; e embora não haja planejamento sistemático de prioridades, sugerindo uma característica de pontualidade, elas foram definidas conjuntamente, pelos pesquisadores, que eram gestores ou técnicos do serviço, e pela equipe das áreas técnicas que eles integravam, considerando o contexto e necessidades da gestão^{33,34}. Logo, ao tempo que os profissionais tinham a oportunidade de dar continuidade à sua formação, instrumentalizavam-se para defender, usar e compartilhar a avaliação³⁵.

Quadro 2: A gestão do desempenho na Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco, 2018.

Elementos do Modelo Lógico da GD	Gestão Do Desempenho (GD) na Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVS)
Objetivos do M&A	<ul style="list-style-type: none"> - fortalecer o processo de gestão da vigilância em saúde VS com foco no desempenho e responsabilização, fomentando a cultura de monitoramento e avaliação (M&A) - contribuir para a tomada de decisão oportuna e qualificada, melhorando a qualidade e a transparência da gestão
Estrutura Organizacional de apoio	<ul style="list-style-type: none"> - política de M&A da SEVS alinhada com o Modelo Integrado de Gestão do governo - líderes operacionais integrantes do colegiado gestor da SEVS: secretário executivo, diretores, gerente de M&A - gerentes operacionais integrantes da unidade responsável pelo M&A; gerentes e coordenadores dos programas - Sistema de responsabilidades: <ul style="list-style-type: none"> • colegiado gestor: tomadores de decisão que garantem as condições necessárias, fomentam as ações • responsáveis pelo M&A: organizam a comunicação com os programas; coleta e análise dos dados; atualização das informações; revisão de indicadores e metas • gerentes e coordenadores: coleta e análise dos dados; participação das reuniões; responsáveis pelos encaminhamentos. • avaliadores: técnicos e gestores selecionados no mestrado de avaliação em saúde - unidade de M&A: Gerência de Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde (não é exclusiva de M&A) - sistemas de informação em saúde (SIM, Sinasc e Sinan) são as principais fontes de coleta de dados do monitoramento, assim como relatórios e atas de reuniões. - Parte do orçamento da VS é destinado ao desempenho e às recomendações das avaliações.
Monitoramento	<ul style="list-style-type: none"> - o monitoramento do desempenho da gestão da VS é transversal a todos programas - desenho do modelo lógico, com definição dos objetos prioritários, indicadores e metas estaduais e municipais- elaborado o instrumento de coleta dos dados, o instrutivo para o correto preenchimento e o painel de monitoramento - nas reuniões trimestrais são identificados entraves, traçados encaminhamentos e revisadas as estratégias - participam das reuniões o Secretário Executivo, assessores, diretores, gerentes e a unidade de avaliação - o monitoramento faz parte da rotina dos programas em graus e formatos variáveis - algumas diretorias e gerências monitoram seus programas específicos, com a ajuda da unidade de avaliação na construção dos modelos lógicos e definição de indicadores

Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - os objetos das avaliações foram definidos com base nas necessidades e prioridades do serviço, facilitando o uso e aplicação do conhecimento produzido - as avaliações foram produtos de monografias, dissertações e teses de cursos de pós-graduação promovidos ou incentivados pela SEVS - os pesquisadores foram os profissionais da VS, que continuavam sua formação, na medida em que se instrumentalizavam para a incorporação do M&A na sua rotina e para o uso e aplicação do conhecimento produzido - algumas pesquisas contaram com o apoio dos técnicos das equipes que o pesquisador integrava, tanto no desenho do método, quanto no seu desenvolvimento - o monitoramento subsidiou as necessidades de estudos avaliativos, porém nem sempre foi intencional.
------------------	--

Fonte: a autora

No componente **Capacidade Institucional**, várias questões foram abordadas. As duas políticas valorizam e incentivam o *desenvolvimento contínuo das competências* relacionadas ao M&A, como enfatizam Cousins *et al.*¹⁴ numa estrutura conceitual para fazer e usar a avaliação. Porém, o “foco na aprendizagem” foi divergente: nos DC há distinção no nível de treinamento, sendo mais avançado para os avaliadores, e básico para os gerentes de programas. Tanto o governo, quanto associações de avaliadores e universidades são responsáveis pela construção da capacidade avaliativa. Na SEVS, o investimento feito na formação dos profissionais, tanto a capacitação em serviço, quanto no incentivo e oferta de cursos básicos, especialização e mestrado na área, foi uma diretriz transversal a todos os envolvidos^{18,27}.

A finalidade precípua do *acompanhamento/supervisão do trabalho*, tem sido, tanto na SEVS, quanto nos DC, a busca permanente pela credibilidade e legitimidade dos processos, o que de acordo com Cruz²⁴ demanda grande esforço na escolha dos métodos e abordagens mais adequados. Esse acompanhamento mais amigável, no sentido de garantir a confiabilidade das informações e efetividade do processo, na SEVS é feito no monitoramento do desempenho da gestão; enquanto que nos DC, parece estar mais relacionado às avaliações.

Quanto à *responsabilização e trabalho em equipe*, na SEVS há uma multiplicidade de atores e valores envolvidos, com variados níveis de conhecimento e influência, o que para DeGroff & Cargo³⁶ e Hojlund³⁷ propicia níveis de acedência diferentes entre os propulsores da ação. Alguns programas inseriram o M&A no seu processo de trabalho, refletindo sobre como essas práticas podem contribuir para nortear e aperfeiçoar suas ações. Outros, entendem a importância, demonstram interesse em colocar na rotina, mas

não conseguem, seja por dificuldade de diálogo com a equipe sobre o tema, seja por não priorizar essas atividades nas agendas. E por último, poucos envolvidos adotaram as práticas coercitivamente, cumprindo as etapas pela “pressão” organizacional, mas dissociada do seu trabalho cotidiano, por não valorizarem, ou não conseguirem se ver no processo. Nos DC, os gerentes de programas, avaliadores e o comitê sênior são responsáveis pela integração do M&A na tomada de decisão do departamento e no estímulo a uma cultura de resultados. Não há relatos sobre as atitudes dos profissionais, porém foi citado no documento que o fato dos gerentes serem envolvidos no planejamento dos projetos, faz com que eles se sintam responsáveis por implementar as recomendações sugeridas.

As duas políticas possuem *regras e expectativas bem definidas*, com a diferença de que na SEVS, as regras são estabelecidas pelo secretário executivo com o colegiado gestor, enquanto que nos DC, as competências, normas e padrões de M&A são definidos na agência central, e não nos departamentos. As expectativas são distintas, uma vez que na SEVS pretende-se avançar na tecnologia e qualidade da informação, construindo ferramentas que disponibilizem a informação em tempo real para agilizar a tomada de decisão dos gestores; e também, instituir a avaliação como pauta no planejamento e rotina da Secretaria, como já debatido por Hartz¹³. Já nos DC espera-se que o M&A cumpra seu papel de explicitar como os departamentos estão funcionando; e traz uma expectativa não realista de que o produto dessas práticas consiga sempre atender às necessidades políticas, quando na verdade, Cousins *et al.*¹⁴ e Hartz³⁴ defendem que o contexto deve balizar o que, quando e como elas podem ser utilizadas.

A *flexibilidade e ajustes sistemáticos* são imprescindíveis, já que o objetivo do M&A é ser indutor de mudanças e promover melhorias contínuas, conforme destacado por Costa *et al.*⁹, e os dois sistemas parecem estar sensíveis às necessidades de adaptação. É importante destacar na SEVS, o processo de aceitação dos profissionais, no que se refere à utilização de novos conceitos de monitoramento e avaliação, que não fossem apenas voltados para os indicadores epidemiológicos. O monitoramento de indicadores de estrutura e processo possibilitou desvendar as competências da vigilância em saúde no alcance das metas dos indicadores epidemiológicos, que geralmente estão relacionados

aos resultados. Nos DC, a experiência acumulada pela política de M&A desde a sua formalização, tem facilitado a realização dos ajustes, inclusive na estrutura de desempenho dos departamentos.

O **Compartilhamento e uso das informações** são discutidos por vários autores³⁸⁻⁴¹, podendo ser feito de várias formas (compartilhamento, transferência, difusão, disseminação, translação, implementação), a depender do tipo de informação, do conhecimento que se queira transformar em ação, do público e do contexto. Na SEVS, as informações produzidas pelo monitoramento do desempenho foram compartilhadas com os programas; com o nível regional; municípios e instituições de ensino e pesquisa. Houve translação do conhecimento produzido pelas avaliações, os programas relacionados aos objetos dos estudos usaram e aplicaram as informações para realizar mudanças. Já nos DC, a difusão e disseminação das informações alcançam uma maior amplitude, uma vez que os relatórios são enviados para a agência central, parlamento, e são divulgados na mídia. Internamente, os relatórios são transformados em planos de ação, dando concretude às recomendações.

Alguns **Resultados alcançados** foram relatados pelos entrevistados ou citados nos documentos. Na SEVS, as mudanças promovidas pelo M&A estiveram relacionadas a melhorias estruturais (contratação de profissionais, compra de insumos e equipamentos) e do processo de trabalho (qualificação dos profissionais e dos sistemas de informação). Considera-se que haja uma cultura de monitoramento na SEVS, porém a avaliação precisa ser institucionalizada, com definição de fluxos e papéis, independente do interesse dos profissionais em dar continuidade à sua formação. Nos DC, as mudanças promovidas pelo M&A embasam as melhorias nos programas, todavia é a qualificação dos gastos e do financiamento que os diferencia da SEVS. A renovação das contribuições e das doações, também é justificada pelos resultados das avaliações.

Quadro 2: A gestão do desempenho na Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco, 2018. (cont.)

Elementos do Modelo Lógico da GD (cont.)	Gestão Do Desempenho (GD) na Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVS)
Capacidade institucional	Desenvolvimento de competências: - a unidade de avaliação capacita os programas em serviço para instrumentalização no processo

	<ul style="list-style-type: none"> - estímulo aos profissionais à realização de pós-graduações, com o apoio à construção de projetos de pesquisa - oferta de especialização e mestrado de avaliação em saúde para técnicos e gestores da VS - incentivo à participação dos técnicos em eventos científicos para apresentação dos estudos <p>Acompanhamento/supervisão do trabalho:</p> <ul style="list-style-type: none"> - o Secretário Executivo supervisiona a implementação das estratégias para o alcance das metas; - a supervisão da qualidade dos dados repassados pelos programas é feita pelos diretores e gerentes dos programas - nos três meses de intervalo entre as reuniões de monitoramento, os encaminhamentos são acompanhados pela unidade de avaliação, junto aos responsáveis por cada um deles - no que se refere às avaliações, não houve mecanismos institucionais de acompanhamento ou supervisão <p>Responsabilização e trabalho em equipe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - todos os programas participaram da construção do monitoramento e definição dos indicadores prioritários - alguns programas inseriram o M&A no seu processo de trabalho, refletindo sobre como essas práticas podem contribuir para nortear e aperfeiçoar suas ações - outros programas, entendem a importância, mas não conseguem colocar na rotina - em alguns programas, o “rótulo” de monitoramento e avaliação inibe sua aceitação, seja porque não valorizam, seja por não se vêem no processo - a principal dificuldade é a co-responsabilização da assistência à saúde nas estratégias que dependem dela <p>Regras e expectativas bem definidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - as regras são estabelecidas no colegiado gestor (periodicidade do monitoramento, definição dos programas envolvidos, condução das reuniões, aprovação dos encaminhamentos/prazos/ responsáveis); - existe expectativa de implantar um <i>business intelligence</i> (BI) para o monitoramento, agilizando a tomada de decisão; - espera-se que as avaliações sejam instituídas na rotina dos programas, assim como o monitoramento do desempenho <p>Flexibilidade e ajustes sistemáticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - abertura dos profissionais da vigilância para uma nova forma de fazer monitoramento de indicadores de estrutura e processo, e não apenas indicadores epidemiológicos - valorização da cultura de M&A pelos gestores influenciando a flexibilização das práticas e aposta no novo - anualmente, metas são atualizadas, com o objetivo de avançar na implementação das ações - mudança de indicadores é realizada quando extremamente necessária e recomendável, considerando a manutenção da comparabilidade com os anos anteriores.
Compartilhamento e uso das informações	<ul style="list-style-type: none"> - a reunião de monitoramento gera um relatório trimestral com encaminhamentos, enviado para os responsáveis - anualmente, os resultados do monitoramento são divulgados em um caderno impresso e em meio eletrônico - anualmente é elaborado e divulgado entre os programas um instrutivo, com orientações sobre o monitoramento - o conhecimento produzido nos processos de M&A é compartilhado internamente em reuniões dos programas; com o nível regional e municípios; com instituições de ensino e pesquisa - algumas avaliações foram publicadas em periódicos científicos ou como capítulo de livros
Resultados alcançados	<ul style="list-style-type: none"> - as principais finalidades do M&A foram cumpridas: a reflexão sobre o processo de trabalho, o refinamento do olhar estratégico dos gestores influenciando suas equipes, a qualificação da gestão - resultados foram citados: profissionais contratados; insumos e equipamentos comprados; capacitações realizadas nos temas mais problemáticos; descentralização do monitoramento do desempenho para o nível regional; qualificação dos sistemas de informação e a reformulação de instrumentos gerenciais - há consenso de que há uma cultura de monitoramento na SEVS, pela sistematicidade do processo - não há consenso de que há uma cultura de avaliação na SEVS, uma vez que as avaliações estiveram atreladas aos cursos de pós-graduação.

Fonte: a autora

Há evidências de que o contexto político e organizacional (condições, agentes, interações e aprendizagem) foi favorável ao M&A na rotina do serviço³⁴, embora a legitimidade e o espaço ocupado nos mais de trinta anos de política canadense os coloquem em outro patamar. Todos os elementos do modelo lógico desenhado, com base no conceito de Gestão do Desempenho proposto por Hunter e Nielsen¹ e nas contribuições de Cousins *et al.*¹⁴, foram preenchidos. Todavia, enquanto a avaliação teve grande destaque no modelo canadense, o monitoramento constitui-se no principal eixo condutor da institucionalização das práticas avaliativas na SEVS.

Conclusões:

Não é raro as organizações reconhecerem as contribuições da avaliação, enquanto campo de conhecimento, para o desenvolvimento e melhoria das políticas de saúde. Apesar de haver evidências de iniciativas institucionais de monitoramento e avaliação, a gestão do desempenho, agregando a elas os atores, suas características, e o conjunto de recursos necessários, deve ser o foco dos gestores que buscam sedimentar essas práticas.

A realização da análise lógica cumpriu uma etapa importante para a implementação da Política de Avaliação da Vigilância em Saúde, por ser uma intervenção inovadora, e portanto precisar de diretrizes que as norteie. O desenho do modelo lógico com base na Gestão do Desempenho ofereceu esse aparato teórico, deixando claras suas fragilidades e permitindo a identificação de alternativas para o alcance dos efeitos esperados, quando comparada com a Política canadense, considerada modelo²².

O desenvolvimento de uma cultura avaliativa na SEVS tem exigido esforços institucionais, especialmente por parte dos gestores, no encorajamento, implementação e apoio ao M&A. O monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde, numa abordagem mais sistemática, estruturada e orientada para resultados, tem como desafios a qualificação contínua do seu sistema de responsabilização, convencendo mais atores a aumentar a “teia”; e o suporte que deve ser dado à avaliação, apontando as necessidades

de estudos mais aprofundados, a partir das informações produzidas. A avaliação, por sua vez, precisa ser pautada no nível mais estratégico e decisor, não apenas para viabilizar as pesquisas, mas fazendo sua gestão, como parte do desempenho que se persegue.

Algumas lições aprendidas da política de M&A canadense podem ser recomendadas, nesse sentido: a criação de uma unidade de avaliação exclusiva e autônoma; estabelecimento de uma Política de Avaliação institucional; desenvolvimento de um plano de avaliação, estabelecendo prioridades anuais; instituição um comitê de avaliação para supervisionar a condução das avaliações e rever/aprovar o uso os planos de avaliação, relatórios; e acompanhamento das avaliações pelos diretores e gerentes².

Por fim, mesmo que a gestão do desempenho esteja implantada no seu modelo ideal, as práticas de monitoramento e avaliação só serão legitimadas nos processos de gestão, se forem provados, “(meta) avaliando, que efeitos ou impactos podem ser imputados, como contribuição de suas ações ou práticas avaliativas, e a que custo”¹³. Sugere-se tomar a avaliação da contribuição das práticas do sistema de gestão de desempenho da SEVS sobre o desempenho da Vigilância em Saúde, e o custo de tudo isso, como objetos prioritários dos próximos estudos (meta)-avaliativos.

Referências Bibliográficas:

1. Hunter DEK, Nielsen SB. Performance Management and Evaluation: Exploring Complementarities. In: Nielsen SB, Hunter DEK, editors. *Performance management and evaluation*. New Directions for Evaluation, 137, p. 7–17; 2013
2. Lahey R. *The Canadian M&E System: Lessons Learned from 30 years of Development*. Washington: World Bank ECD. Working Paper Series, nº23, 2010.
3. Hatry HP. Sorting the relationships among performance measurement, program evaluation, and performance management. In Nielsen SB, Hunter DEK, editors. *Performance management and evaluation*. New Directions for Evaluation, 137, p. 19–32; 2013
4. Uusikylä P. Transforming silo-steering into a performance governance system: The case of the Finnish central government. In Nielsen SB, Hunter DEK, editors. *Performance management and evaluation*. New Directions for Evaluation, 137, p. 33–43; 2013
5. Brasil. *PNASS Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde: Resultado do processo avaliativo 2004-2006*. Brasília: Ministério da Saúde 2007.
6. Felisberto E, Freese E, Alves CKA, Bezerra LCA, Samico, I. Política de monitoramento e avaliação da atenção básica no Brasil de 2003 a 2006: contextualizando sua implantação e efeitos. *Rev Bras Saude Mater Infant* 2009, 9(3): 339-357.
7. Gragnolati M, Lindelow M, Couttolenc B. *Twenty Years of Health System Reform in Brazil: An Assessment of the Sistema Único de Saúde*. Directions in Development. Washington, DC: World Bank; 2013.
8. Brasil. Portaria Nº 1.708, de 16 de agosto de 2013. Regulamenta o Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde (PQAVS), com a definição de suas diretrizes, financiamento, metodologia de adesão e critérios de avaliação dos Estados, Distrito Federal e Municípios. *Diário Oficial da União* 2013; 16 ago.
9. Costa JMBS, Felisberto E, Bezerra LCA, Cesse EAP, Samico IC. Monitoramento do Desempenho da Gestão da Vigilância em Saúde: Instrumento e Estratégias de uso. *Cien saúde colet* 2013, 18(5): 1201-1216.
10. Pernambuco. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. *Balanço da gestão 2011-2014* [apresentação power point]. Pernambuco, 2014.
11. Trochim WMK. Evaluation policy and evaluation practice. In Trochim WMK, Mark MM, Cooksy LJ, editors. *Evaluation policy and evaluation practice*. New Direction for Evaluation, 123, 13-32; 2009.
12. Felisberto E, Freese E, Natal S, Alves CKA. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. *Cad Saude Publica* [periódico na Internet]. 2008 Sep [acessado em 2018 Aug 24]; 24(9): 2091-2102. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000900015>.
13. Hartz Z. Do monitoramento do desempenho ao desempenho do monitoramento: novas oportunidades para a Avaliação na gestão da Vigilância em Saúde. *Cien saúde colet* 2013a, 18(5): 1221-1222.
14. Cousins JB, Goh SC, Elliott C. Organizational Capacity to do and use evaluation: Results of a Pan-Canadian survey of evaluators. *Can J Program Eval* 2008, 23 (3): 1–35.

15. Battesini M. Método multidimensional para avaliação de desempenho da vigilância sanitária: uma aplicação em nível municipal [Tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
16. Sicotte C, Champagne F, Contandriopoulos AP, Barnsley J, Béland F, Leggat SG, Denis JL, Bilodeau H, Langley A, Brémond M, Baker GR. A conceptual framework for health care organizations Performance. *Health Serv Manage Res* 1998, 11: 24-38.
17. Costa JMBS, Pessoa CEA, Samico IC, Carvalho EMF. Avaliação do desempenho estadual da vigilância em saúde de Pernambuco. *Physis* [periódico na Internet]. 2015 Dec [acessado em 2018 Aug 24]; 25(4): 1141-1163. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000400006>.
18. Mayne J. Building an evaluative culture. The key to effective evaluation and results management. *Can J Program Eva* 2010; 24(2): 1–30.
19. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3 ed., Porto Alegre: Bookman; 2005.
20. Champagne F, Brousselle A, Contandriopoulos A-P., Hartz Z. L'analyse logique. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Hartz Z, organizadores. *Concepts et méthodes d'évaluation des interventions*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 2009. p. 103-12.
21. Pernambuco [Internet]. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde [acessado em 10 de julho de 2018]. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/secretaria-executiva/secretaria-executiva-de-vigilancia-em-saude>
22. Rey L, Brousselle A, Dedobbeleer Q. Logic Analysis: Testing Program Theory to Better Evaluate Complex Interventions. *Can J Program Eval* 2012, 26 (3): 61-89.
23. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos AP. La modélisation des interventions. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. *Concepts et méthodes d'évaluation des interventions*. Montreal: Les Presses de l'Université de Montréal; 2009. p. 57-72.
24. Cruz, MM. Avaliação de Políticas e Programas de Saúde: contribuições para o debate. In: Mattos RA, Baptista TWFaria, organizadores. *Caminhos para análise das políticas de saúde*. 1.ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. 509 p. (Série Interloquções. Práticas, experiências e pesquisas em saúde)
25. Hartz ZMA. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: Hartz ZMA organizadora. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1997. p.19-28.
26. Feliciano KVO. A relação entre o avaliador e o objeto avaliado. *Rev Bras Saude Mater Infant* [periódico na internet]. 2005 [acessado em 2017 set 12] 5(1): [cerca de 9 p]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292005000500009>
27. Mehrotra S. Monitoring, evaluation and performance management in South Asia: The challenge of building capacity. *Evaluation*, 2013 19: 74-84.
28. Nielsen, SB, Hunter DEK. Challenges to and forms of complementarity between performance management and evaluation. In: Nielsen, SB, Hunter DEK, editors. *Performance management and evaluation*. New Directions for Evaluation, 137, p. 115–123; 2013
29. Bezerra LCA, Cazarin G, Alves CKA. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. 1 ed. Rio de

- Janeiro: Medbook, 2010, v.1, p. 65-78.
30. Hartz ZMA, Denis JL, Moreira E, Matida A. From knowledge to action: challenges and opportunities for increasing the use of evaluation in health promotion policies and practices. In: McQueen DV, Potvin L, editors. *Health promotion evaluation practices in the Americas: values and research*. New York: Springer; 2008. p. 101-20.
 31. Lahey R, Nielsen SB. Rethinking the relationship among monitoring, evaluation, and results - based management: observations from Canada. In: Nielsen, SB, Hunter DEK, editors. *Performance management and evaluation*, New Directions for Evaluation, 137, 45-56; 2013.
 32. Felisberto E, Freese E, Bezerra LCA, Alves CKA, Samico I. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. *Cad Saude Publica* 2010, 26(6): 1079-1095.
 33. Hanney SR, Gonzalez-Block M, Buxton MJ and Kogan M. The utilisation of Health research in policy-making: concepts, examples and methods of assessment. *Health Res Policy Syst* 2003, 1(1): 1-28.
 34. Hartz Z. Contextualizando a implantação das intervenções e da avaliação em saúde: um ensaio pragmático. In: Samico I, Felisberto E, Frias PG de, Espírito Santo ACG, Hartz Z. *Formação Profissional e Avaliação em Saúde - Desafios na Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: MedBook; 2013b. p 3-17.
 35. Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, Robinson N. Lost in Knowledge Translation: Time for a Map? *J Contin Educ Health Prof.* 2006;26(1):13-24.
 36. DeGroff A, Cargo M. Policy implementation: Implications for evaluation. In: Ottoson JM, Hawe P, editors. *Knowledge utilization, diffusion, implementation, transfer, and translation: Implications for evaluation*. *New Dir Eval* 2009, 124, 47-60
 37. Hojlund S. Evaluation use in the organizational context - changing focus to improve theory. *Evaluation* 2014, 20(1): 26-4.3
 38. Rogers, E. *Diffusion of innovations* (5th ed.). New York: Free Press; 2003.
 39. O'Toole LJ. Research on policy implementation: Assessment and prospects. *J Public Adm Res Theory* 2000, 10(2): 263-288.
 40. Davison CM (2009). Knowledge translation: Implications for evaluation. In: Ottoson JM, Hawe P, editors. *Knowledge utilization, diffusion, implementation, transfer, and translation: Implications for evaluation*. *New Dir Eval* 2009, 124: 75-87.
 41. Ottoson JM. Knowledge-for-action theories in evaluation: Knowledge utilization, diffusion, implementation, transfer, and translation. In Ottoson JM, Hawe P, editors. *Knowledge utilization, diffusion, implementation, transfer, and translation: Implications for evaluation*. *New Dir Eval* 2009, 124: 7-20.

A gestão do conhecimento no contexto de uma emergência em Saúde Pública: o caso da síndrome congênita do Zika vírus, em Pernambuco, Brasil

The knowledge MANAGEMENT in the context of A public HEALTH emergency: the CASE of ZIKA VIRUS congenITAL syndrome in PERNAMBUCO, BRAZIL

Luciana Caroline Albuquerque Bezerra

Graduada em Odontologia; Mestre em Saúde Pública; Doutoranda em Saúde Internacional do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa; Pesquisadora do Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde (GEAS) e Docente do Programa de Pós-Graduação em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP; Secretária Executiva de Vigilância em Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Recife (PE), Brasil
lua_cad@yahoo.com.br

Eronildo Felisberto

Graduado em Medicina; Doutor em Saúde Pública; Pesquisador do Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde (GEAS) e Docente do Programa de Pós-Graduação em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, Recife (PE), Brasil
eronildo.felisberto@gmail.com

Juliana Martins Barbosa da Costa

Graduada em Odontologia; Doutora em Saúde Pública; Pesquisadora do Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde (GEAS) e Docente do Programa de Pós-Graduação em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP; Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Caruaru (PE), Brasil
julimartins.costa@gmail.com

Resumo

A Gestão do Conhecimento (GC) agrega estratégias de desenvolvimento, aprimoramento, disseminação e uso do conhecimento influenciando ações e decisões no contexto organizacional. Tem a ver com a criação, identificação, captura, compartilhamento e uso do conhecimento, aproximando-se do que se espera na resposta a uma Emergência em Saúde Pública (ESP). O objetivo desse estudo foi analisar a GC da epidemia de Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZ), em Pernambuco, estado do nordeste do Brasil. Com base num modelo analítico que explora capacidades diádicas fundamentais à cadeia de valor da GC: Mapeamento e aquisição do conhecimento; produção e destruição do conhecimento; integração e compartilhamento do conhecimento; multiplicação e proteção do conhecimento; desempenho do conhecimento e inovação, adaptado aos componentes de uma ESP, foi realizado um estudo qualitativo com entrevistas abertas e análise documental. Os resultados apontam para a produção de eventos e inscrições nos critérios definidos para as cinco capacidades diádicas da GC estudadas, na ocasião da epidemia de SCZ, encontrando lacunas apenas no desempenho do conhecimento/inovação, sobretudo no que se refere à medição dos resultados e consequências alcançadas pela reprodução do conhecimento.

Palavras Chave:

Gestão do conhecimento; Políticas de Saúde; Gestão da Saúde; Vigilância Epidemiológica; Síndrome Congênita do Vírus Zika.

Marcella de Brito Abath

Graduada em Fonoaudiologia; Doutora em Saúde Pública; Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE) – Secretária Executiva de Vigilância em Saúde, Recife (PE), Brasil

Zulmira Hartz

Professora catedrática convidada de Avaliação em Saúde; Global Health and Tropical Medicine, GHM, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT, Universidade Nova de Lisboa, UNL, Lisboa, Portugal
zhartz@ihmt.unl.pt

Abstract

The Knowledge Management (GC) aggregates strategies of development, improvement, dissemination and use of knowledge influencing actions and decisions in the organizational context. It has to do with the creation, identification, capture, sharing and use of knowledge, approaching what is expected in response to a Public Health Emergency (ESP). The objective of this study was to analyze the GC of the Zika Virus Congenital Syndrome (SCZ) epidemic, in Pernambuco, state of northeastern Brazil. Based on an analytical model that explores dyadic capabilities fundamental to the value chain of the KM: Mapping and acquisition of knowledge; production and destruction of knowledge; integration and knowledge sharing; multiplication and protection of knowledge; knowledge performance and innovation, adapted to the components of an ESP, a qualitative study was conducted with open interviews and documentary analysis. The results point to the production of events and registrations in the criteria defined for the five dyadic capacities of the KM studied at the time of the SCZ epidemic, finding only knowledge / innovation performance gaps, especially with regard to the measurement of results and consequences achieved by the reproduction of knowledge.

Key Words:

Knowledge management; Health Policies; Health Management; Epidemiological Surveillance; Zika Virus Congenital Syndrome.

1. Introdução

O desenvolvimento de condições que auxiliem os gestores a tomar decisões num ambiente institucional e social complexo, em permanente evolução e de rápidas mudanças, tem demandado a estruturação e implantação de dispositivos que contribuam com a institucionalização de práticas de gestão, de maneira sistemática e articulada, apoiadas na produção, disseminação e apropriação de saberes. Esses dispositivos e práticas ajudam a fortalecer a interação entre gestão, formuladores de políticas, profissionais, rede de assistência, instituições de ensino e pesquisa e organizações de apoio, favorecendo a aplicação do conhecimento na formulação de políticas e na tomada de decisões [1].

O conhecimento tem sido um elemento vital de relativização da dicotomia entre concepção e execução do trabalho, e de aproximação das organizações com a eficiência e a qualidade [2]. Pode ser definido como “um processo humano dinâmico de justificação de crenças pessoais como parte de uma aspiração para a verdade”[3,4], ou ainda como a informação combinada com a experiência, contexto, interpretação e reflexão[5]. É o resultado de três transformações sucessivas: da realidade aos dados; dos dados à informação (*know-what*) e da informação ao conhecimento (*know-how*, ação aplicada)[6,7].

A Gestão do Conhecimento (GC), por sua vez, agrega estratégias de desenvolvimento, aprimoramento, disseminação e uso do conhecimento influenciando ações e decisões no contexto organizacional [6,7,8,9,10]. Está relacionada ao desenvolvimento de uma malha de conhecimentos tácitos e explícitos que respondem questionamentos básicos:

1. Ponto de partida: que tipo de conhecimento é produzido? Que produtos são criados? Como a cultura e o sistema influenciam as práticas de GC?

2. Ponto de chegada: como uma estratégia de GC muda a organização? Como saber quando se tem um sistema GC? Como medir o valor dos esforços realizados?

3. Como chegar: que ferramentas e práticas específicas usar? Como motivar as pessoas a mudarem suas práticas[7]?

São várias as abordagens e ferramentas que podem ser empregadas numa estratégia de GC, no entanto todas parecem depender da disponibilidade de recursos (humanos, financeiros, tecnológicos) e do tipo de conhecimento produzido [4,5,7,8]. Torna-se imprescindível, então, a articulação conceitual de GC com as práticas organizacionais de criação, identificação, captura, compartilhamento e uso do conhecimento.

Nesta perspectiva, quando as organizações de Saúde Pública são o foco da gestão do conhecimento, duas características emergem: a primeira tem a ver com o processo de aplicação do conhecimento; e a segunda, com o objetivo desse processo, que é o de criar valor para as organizações. Essas duas características sugerem que o conhecimento deve ser gerenciado e usado como um recurso que agregue valor às atividades executadas nos processos de produção e prestação do serviço pelas organizações, a partir de capacidades diádicas: mapeamento e aquisição do conhecimento; produção e destruição do conhecimento; integração e compartilhamento do conhecimento; multiplicação e proteção do conhecimento; desempenho do conhecimento e inovação [6].

No contexto de uma emergência em Saúde Pública [11,12], é esperado que essas capacidades sejam bastante exploradas. Desde quando constatada a mudança no padrão de ocorrência da microcefalia, após infecção pelo vírus zika na gestação, muito conhecimento tem sido mapeado, buscado, construído, desconstruído, compartilhado e divulgado. A rápida disseminação do vírus zika, estabeleceu novos desafios para as autoridades de saúde e pesquisadores sobre a magnitude e possíveis complicações causadas pela infecção. Hoje, existem mais perguntas do que respostas, e mais estudos serão necessários para resolver questões sobre a competência do vetor, proporção de casos assintomáticos e sintomáticos, duração da imunidade natural, se a relação do zika com a microcefalia e distúrbios neurológicos é causal, e a proporção dos defeitos congênitos de acordo com a idade gestacional da infecção [13,14,15,16,17,18].

A microcefalia, que até outubro de 2015 não era de notificação compulsória, passa a ser registrada em Pernambuco - Brasil, chegando a registrar 1.150 casos de agosto a dezembro de 2015, quando a mediana entre 2005 e 2014 era de 09 casos anuais, o que possibilitou a confirmação da epidemia. Ainda em 2015, o Ministério da Saúde confirma a relação entre os casos de microcefalia ocorridos e o Zika vírus, e chega-se à conclusão de que a microcefalia não era o único sinal decorrente dessa infecção, mas a Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZ)[19,20]. Considerando que o manejo e o desenvolvimento da capacidade de resposta de forma mais eficiente e eficaz, têm como principal subsídio o conhecimento [11,12,21], analisar a Gestão do Conhecimento no contexto da epidemia de SCZ, pode contribuir para alcançar resultados na perspectiva da aprendizagem, inovação, qualificação da tomada de decisão e institucionalização das estratégias adotadas.

2. Materiais e métodos

Foi realizado um estudo qualitativo, analisando-se a Gestão do Conhecimento na Secretaria de Saúde de Pernambuco (SES/PE), estado situado no nordeste do Brasil, e tomando como objeto de análise uma Emergência em Saúde Pública, a Epidemia de SCZ, nos anos de 2015 e 2016. A SES/PE possui seis Secretarias Executivas de: Atenção à Saúde, Vigilância em Saúde, Coordenação Geral, Administrativo-Financeira, Gestão do Trabalho e Regulação em Saúde. Para fins administrativos, esta mesma estrutura gerencial é replicada em 12 Gerências Regionais de Saúde (Geres) que dividem as atribuições referentes ao papel do estado na Saúde dos municípios.

Foram utilizadas duas técnicas de coleta de dados: a entrevista estruturada com informantes-chave (fonte de dados primária) e a análise documental (fonte de dados secundária). As duas técnicas foram escolhidas, pois de forma complementar permitem que conhecimentos, percepções e motivações sejam esclarecidas e confrontadas de forma individual e institucional.

As entrevistas foram realizadas considerando 4 unidades de análise: 1. O nível central da Secretaria Estadual de Saúde (SES/PE); 2. As Gerências Regionais da Secretaria Estadual de Saúde (Geres); 3. As unidades de referência para diagnóstico da microcefalia; 4. Instituições externas à SES/PE. Em cada unidade de análise, foram selecionados os informantes-chave que participaram ativamente do processo de construção e gestão do conhecimento (Quadro 1).

A coleta de dados aconteceu entre julho e agosto de 2017.

Quadro 1: Unidades de análise e respectivos informantes-chave da pesquisa

UNIDADE DE ANÁLISE	INFORMANTE CHAVE
Nível Central da SES	
Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde	Diretores, gerentes envolvidos e o responsável pelo Centro de Informações Estratégicas da Vigilância em Saúde – CIEVS estadual
Secretaria Executiva de Atenção à Saúde	Secretária executiva
Secretaria Executiva de Regulação	Secretária executiva
Secretaria Executiva de Coordenação Geral	Secretária executiva
Superintendência de Comunicação	Superintendente
Nível Regional da SES (Gerências Regionais de Saúde - Geres)*	
I Geres	Gerente da Geres e Técnico responsável pela SCZ
IV Geres	
VIII Geres	
XI Geres	
Unidades de Referência no atendimento	
IMIP	Médico responsável pelo serviço de diagnóstico e acompanhamento dos bebês com microcefalia
HUOC	
Instituições externas à SES/PE	
MS	Profissional que esteve à frente de todo o processo
OPAS	
IAM	

*Das 12 Geres, 4 serão abordadas, pelo facto de terem sido definidas como referências macrorregionais para os municípios, tanto no que se refere ao acesso ao diagnóstico e acompanhamento, quanto à sistematização das informações.

Fonte: a autora.

Dois entrevistadores realizaram as entrevistas e transcrições, após processo de calibração. A análise documental levou em conta os documentos produzidos pela Secretaria de Saúde de Pernambuco, pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde: protocolos, notas técnicas, informes, boletins e relatórios, no período de outubro de 2015 a agosto de 2017.

Os roteiros das entrevistas e da análise documental foram construídos a partir de uma matriz de análise elaborada com base nas capacidades diádicas fundamentais à cadeia de valor da gestão do conhecimento propostas por Landry *et al.* (2006): Mapeamento e aquisição do conhecimento; produção e destruição do conhecimento; integração e compartilhamento do conhecimento; multiplicação e proteção do conhecimento; desempenho do conhecimento e inovação. Para delineamento do modelo de análise (Figura 1), também foram considerados os componentes e ações de uma emergência em Saúde Pública [11, 12, 21]:

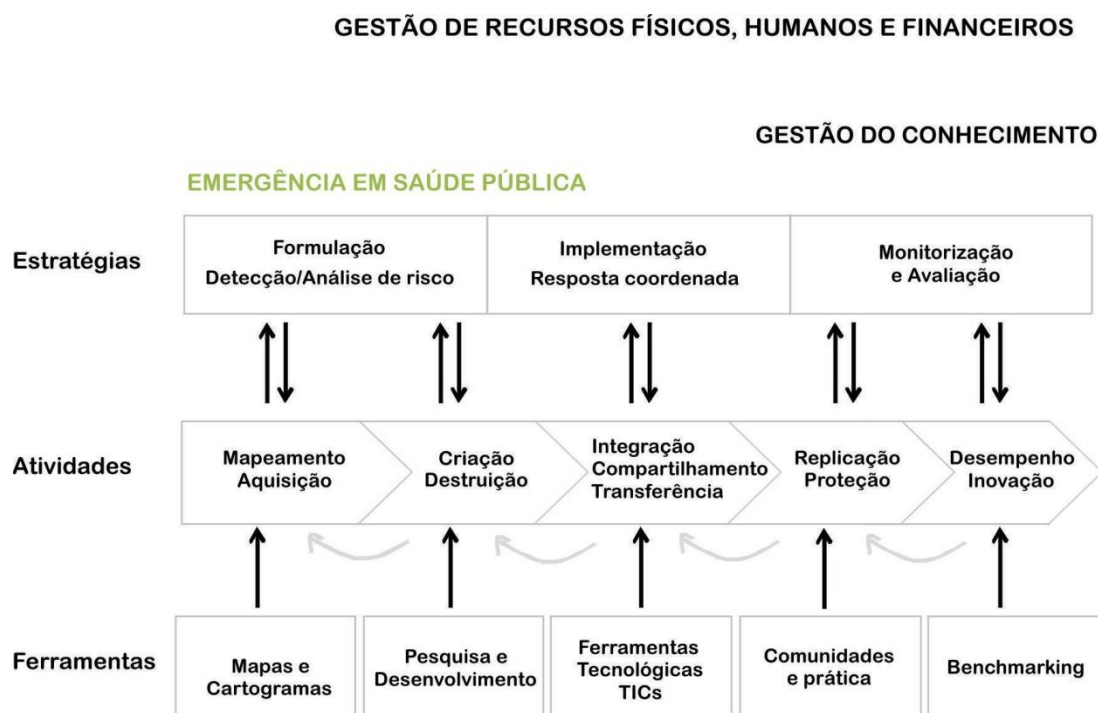
- **Deteção/Análise do risco:** mobilização das unidades de saúde de referência para notificação diária; instituição de Comitê de Emergência; elaboração de plano de resposta; realização de reuniões sistemáticas do Comitê de Emergência.

- **Resposta Coordenada:** ações de resposta à emergência; investigação da emergência; articulação com as áreas técnicas para a elaboração de material (notas técnicas, informes e alertas) e divulgação; registro das atualizações relacionadas à emergência (epidemiológica, laboratorial, controle de doenças, promoção, apoio logístico ou de insumos e orientação técnica); articulação intra/intersetorial e interinstitucional para resposta; elaboração de relatórios semanais; realização de novos estudos epidemiológicos / investigação.

- **Avaliação:** acompanhamento da emergência; elaboração de gráficos para divulgação e interpretação dos indicadores; realização de reuniões semanais para a avaliação da emergência monitorada para tomada de decisão em comitê técnico; avaliação da adequação e da eficácia das medidas de contenção; mudança da política de Saúde Pública, se indicado.

Para cada capacidade diádica foram definidos critérios a serem identificados nas entrevistas e documentos analisados. Para cada critério foram mapeados eventos e inscrições

Fig 1: A cadeia de valor do conhecimento numa emergência em Saúde Pública, 2016



Landry 2006; Trad. Adapt. Hartz, 2015 - *TICs: Tecnologia da Informação e de Comunicação

que favoreceram à Gestão do Conhecimento na epidemia. Eventos são os acontecimentos que trazem consequências para a historicidade da intervenção, são elementos que acontecem, geralmente, em ordem temporal. Inscrições são todos os tipos de transformação que materializam uma entidade num signo, num arquivo, num documento; são consequências dos eventos [22,23]. A descrição dos eventos e inscrições seguiu a lógica das ações de uma ESP. A técnica utilizada para análise dos dados foi a análise de conteúdo, uma vez que articula as informações coletadas com o referencial científico por meio de um processo analítico-sintético [24].

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), conforme protocolo 62352616.8.0000.5201.

3. Resultados

Os eventos e inscrições produzidos a partir dos critérios estabelecidos caracterizaram a interdependência das cinco capacidades diádicas na geração da cadeia de valor da GC, quando adaptadas a uma Emergência em Saúde Pública (ESP), conforme apresentado na figura 1. No geral, a ideia de sequência temporal inerente à cadeia de valor da GC às ESP pode ser observada.

O primeiro componente de uma ESP - formulação da estratégia - em que se detectam e analisam os riscos da

emergência corresponde às capacidades de mapeamento/aquisição e de criação/destruição na cadeia de valor da GC. No evento **Constatação da alteração no padrão de ocorrência da microcefalia**, médicos dos serviços de saúde estadual relataram o atendimento de um número maior de bebês com microcefalia, o que gerou a necessidade de mapear o conhecimento existente para compreender melhor esse aumento. A única fonte de dados interna era o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), onde se registram todos os nascidos vivos do Brasil, cuja mediana era de 9 casos anuais de 2005 a 2014. Além disso, o que se tinha de fonte de informação externa à Secretaria Estadual de Saúde (SES/PE) era a literatura científica internacional que relatava epidemias do vírus zika na Ásia, porém sem relatos de microcefalia (Quadro 2).

A **Conceção de equipas e instrumentos de notificação e acompanhamento** contribuiu com a conceção de um novo conhecimento interno sobre o perfil das crianças com microcefalia e das gestantes com exantema notificados em PE. A construção de uma ferramenta de notificação *on line* e de uma planilha de acompanhamento das crianças e gestantes nas referências foram a base para a instituição, um mês depois, do **Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP – microcefalia)** pelo Ministério da Saúde (MS), que permitiu o conhecimento do panorama nacional, agora não apenas de microcefalia, mas das alterações no sistema nervoso central (Quadro 2).

Ainda na etapa de formulação da estratégia, as capacidades de produção/destruição foram exploradas nessa emergên-

cia, no que diz respeito à combinação dos conhecimentos tácitos/explicitos e internos/externos, à mudança de rotina, à substituição de protocolos e incentivo à pesquisa. O conhecimento tácito existia sobre microcefalia, porém nenhum profissional tinha vivido qualquer experiência com as consequências da infecção pelo vírus zika. O conhecimento foi sendo explicitado, na medida em que foi produzido, e analisado junto com o existente sobre microcefalia por outras causas e epidemias de zika em outros países (Quadro 3). Nos eventos que dizem respeito à **Elaboração/atualização dos protocolos e diretrizes**, houve uma combinação dos conhecimentos tácitos, explícitos, internos, externos, individuais e coletivos, a partir das informações obtidas na vivência dos profissionais

Quadro 2: Matriz de análise da Gestão do Conhecimento no componente Formulação da Estratégia (Detecção e análise de risco) e na capacidade diádica Mapeamento/Aquisição, Pernambuco, 2017.

Estratégia da ESP: Componente Formulação da Estratégia (Detecção e análise de risco)			
Capacidades diádicas (Atividades)	Critérios	Eventos	Inscrições
1. Mapeamento/Aquisição	1. Identificação das fontes de informação internas e externas 2. Localização da informação 3. Contratação/de signação de pessoas para coleta de dados 4. Coleta dos dados internos e externos 5. Compilação dos dados coletados 6. Interpretação dos dados	Constatação da alteração no padrão de ocorrência da microcefalia	- Em outubro de 2015, um número maior de bebês com microcefalia chega aos serviços de saúde (média de 5 atendimentos por semana) - Tomada de decisão imediata de montar um sistema de vigilância. - A única fonte de informação interna existente era o SINASC, cuja mediana era de 09 casos/ano. - Não havia fontes de informações externas ao sistema de saúde pública, além dos estudos sobre epidemias de zika e síndrome de Guillain-Barré na Ásia, porém não relatavam microcefalia relacionada a essas epidemias.
		Concepção de equipes e instrumentos de notificação e acompanhamento	- Construção de uma ferramenta para notificação obrigatória e imediata da microcefalia e das gestantes com exantema (FormSUS) - Elaboração de planilha para coleta de dados sobre o acompanhamento das crianças e gestantes com exantema nas unidades de referência. - Os serviços públicos foram responsáveis por mais de 95% das notificações, quando comparados aos privados. - O CIEVS e técnicos recrutados de outras áreas da vigilância epidemiológica ficaram responsáveis pela coleta e análise dos dados, até a divulgação do conhecimento produzido
		Criação do Registro de Eventos em Saúde Pública (RESP) – microcefalia, pelo MS	- O MS cria o RESP- microcefalia, em novembro de 2015, onde todos os estados iriam notificar os casos, agora não apenas de microcefalia, mas de alterações no sistema nervoso central. - PE foi o último estado do Brasil a aderir ao RESP, pelo fato do FormSUS atender melhor às necessidades locais - Em janeiro de 2016, PE passa a notificar no RESP, de forma a contribuir com a análise do cenário nacional

SINASC: Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos; CIEVS: Centro de Informações Estratégicas da Vigilância em Saúde; MS: Ministério da Saúde; RESP: Registro de Eventos em Saúde Pública; PE: Pernambuco

Fonte: a autora.

da gestão da saúde e dos serviços de referência (Hospital Universitário Oswaldo Cruz - HUOC; Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP); do MS; da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS/OMS) e da bibliografia existente. O primeiro protocolo serviu de base para o nacional. Mudanças eram realizadas nos documentos e na rotina dos serviços, ao passo em que novas descobertas foram sendo feitas, como: definição de novo critério para notificação da microcefalia; orientações para notificação e acompanhamento das gestantes com exantema; redefinição da necessidade de exames laboratoriais. Em julho de 2016, o conhecimento produzido contribuiu com a caracterização da Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZ), a partir da descoberta de outras alterações neurológicas, físicas e funcionais importantes, além da microcefalia (Quadro 3). A instituição de uma **Coordenação de Vigilância da SCZ e outras síndromes neurológicas causadas por arbovírus** com dedicação exclusiva fez com que o conhecimento fosse produzido, divulgado e compartilhado com a agilidade e cuidado necessários. Os **gestores e profissionais de saúde passaram a colocar a microcefalia/SCZ na rotina**, com decisões e discussões

sistemáticas dos documentos produzidos à luz dos novos conhecimentos. No nível da gestão foi instituído um Comitê permanente, com discussões sistemáticas com foco na resposta rápida. A rotina do pré-natal, parto e puericultura foi modificada por orientação dos protocolos/diretrizes a propósito da notificação, acompanhamento e encaminhamento dos casos, com criteriosa atenção à medição do PC (Quadro 3).

A **parceria com instituições de pesquisa** foi imprescindível para o embasamento científico das condutas adotadas ou para mudanças de estratégia. O Instituto Aggeu Magalhães (IAM), unidade da Fundação Oswaldo Cruz, assumiu a linha de frente das pesquisas em Pernambuco, pelo seu reconhecido papel na Saúde Pública do estado. Reuniões sistemáticas entre os pesquisadores, profissionais dos serviços de referência e gestores estaduais eram realizadas para definição e acompanhamento dos estudos (Quadro 3). Na fase de implementação da estratégia nas ESP foram mapeados eventos e inscrições referentes à integração, compartilhamento e transferência na cadeia de valor da GC. A integração das peças de conhecimento bruto (interno e externo), transformando em conhecimento funcional, foi viabilizada com a **elaboração de informes diários/semanais** que

Quadro 3: Matriz de análise da Gestão do Conhecimento no componente Formulação da Estratégia (Detecção e análise de risco) e na capacidade diádica Produção/ Destruição, Pernambuco, 2017.

Estratégia da ESP: Componente Formulação da Estratégia (Detecção e análise de risco)			
Capacidades diádicas (Atividades)	Critérios	Eventos	Inscrições
2. Produção/ Destruição	1. Combinação de conhecimentos tácito, explícito, interno, externo, individual e coletivo 2. Mudança de rotinas organizacionais e comportamentos profissionais 3. Substituição de normas/protocolos antigos por novos 4. Realização/incentivo a pesquisas científicas	Elaboração/atualização dos protocolos e diretrizes	- Em novembro de 2015, elaboração da primeira versão do protocolo clínico e epidemiológico - A primeira versão do protocolo serviu de base para a elaboração do protocolo nacional. - Em dezembro de 2015, atualização do protocolo (2ª versão) com mudanças nos critérios de notificação dos casos de microcefalia e orientações para notificação das gestantes com exantema - Em julho de 2016, encontro internacional promovido pela OPAS/OMS, em Pernambuco, reunindo profissionais e cientistas do Brasil, Colômbia, Argentina, Estados Unidos, OPAS e OMS para caracterização da Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZ)
		Criação de setores responsáveis pela Vigilância da SCZ	- Em janeiro de 2016, foi instituída no nível central da SES/PE a Coordenação de Vigilância da SCZ e outras síndromes neurológicas causadas por arbovírus - Todo o processo de produção do conhecimento fica sob a responsabilidade dessa coordenação
		Gestores e profissionais da Saúde colocam a microcefalia/SCZ na rotina	- Instituição de comitê permanente integrando as áreas de Assistência, Vigilância e Regulação no nível central da SES e nas Geres - Os profissionais das maternidades e puericultura passam a ser mais criteriosos na medição do PC e a notificar os casos com base nos protocolos - Os profissionais dos serviços de referência passam a acompanhar os casos e registrar o acompanhamento.
		Parceria com instituições de pesquisas	- Intensa mobilização da comunidade científica frente ao desconhecido - Parceria com o Instituto Aggeu Magalhães (IAM/Fiocruz-PE) para realização das pesquisas em consonância com as necessidades do sistema de saúde - Reuniões periódicas entre os pesquisadores do IAM, profissionais dos serviços de saúde e gestores da SES/PE para compartilhamento das pesquisas em andamento.

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde; OMS: Organização Mundial da Saúde; SES/PE: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco; Geres: Gerência Regional de Saúde; PC: Perímetro Cefálico

Fonte: a autora.

transformavam os dados da notificação e do acompanhamento em informação acionável para os serviços de referência no atendimento; as Geres e municípios envolvidos. O acesso básico a informações-chave e ao conhecimento é possibilitado pela **divulgação dos documentos** produzidos no site da SES/PE, na plataforma do CIEVS, por e-mail (mala direta) e pelo *whatsapp* (Quadro 4).

Houve uma rápida **adequação dos serviços de saúde e criação de novos** para atendimento da microcefalia/SCZ. O conhecimento contribuiu para qualificação e regionalização dos serviços de referência com a contratação de novos profissionais (pediatras, neurologistas, ginecologistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeuta, profissionais de laboratório); readequação das unidades de especialidades; capacitação dos profissionais em vigilância e atenção à saúde dos bebês com SCZ, a partir das necessidades que foram surgindo; formação de uma rede de apoio às famílias das crianças afetadas. O atendimento que era, inicialmente, centralizado na capital, na medida em que as notificações abrangiam todo o estado, a rede de assistência regionalizada ia se desenhando com neurologistas, exames para diagnós-

tico e reabilitação (Quadro 4).

A **codificação do conhecimento para a população** teve como tônica a transparência e a pronta informação. Em um contexto de pânico social, houve grande um esforço dos gestores para disseminar o conhecimento, reduzir o temor, propor e intensificar as medidas de prevenção. A imprensa se esforçou para decodificar as informações para a população, em coletivas que aconteciam semanalmente com todos os envolvidos, desde os gestores da linha de frente, até os profissionais das unidades de saúde (Quadro 4).

No evento **Compartilhamento do conhecimento com instituições de ensino/pesquisa** houve uma circunstância excepcional na relação serviço x academia, com estreito trabalho colaborativo diário entre pesquisa, instância gestora estadual (SES/PE), instância gestora nacional (MS) e organismos internacionais (OPAS/OMS), visando o compartilhamento do conhecimento e resposta conjunta em um curto espaço de tempo. Foi criado o Grupo de Pesquisas da Epidemia de Microcefalia (MERG) pelo IAM, com a

Quadro 4: Matriz de análise da Gestão do Conhecimento no componente Implementação da Estratégia (Resposta Coordenada) e na capacidade diádica Integração/ Compartilhamento e Transferência, Pernambuco, 2017.

Estratégia da ESP: Componente Implementação da Estratégia (Resposta Coordenada)			
Capacidades diádicas (Atividades)	Crítérios	Eventos	Inscrições
3. Integração/ Compartilhamento e Transferência	1. Integração das peças de conhecimento bruto (interno e externo), transformando em conhecimento funcional 2. Acesso básico a informações-chave e expertise 3. Acesso fácil ao conhecimento 4. Desenvolvimento de intervenções e serviços, a partir do conhecimento integrado 5. Codificação do conhecimento (redução da distância cognitiva entre produtores e usuários do conhecimento) 6. Conversão do conhecimento individual e tácito em conhecimento organizacional (compartilhamento) 7. Troca de conhecimento entre organizações (transferência) 8. Criação de valor organizacional, a partir da troca de conhecimento 9. Compatibilidade do conhecimento com as atribuições, contextos históricos, valores, competências, recursos e investimentos anteriores em tecnologia da instituição 10. Criação de comunidades de práticas	Elaboração de informes	- Em novembro de 2015, eram elaborados e divulgados informes contendo o perfil dos casos de microcefalia e das gestantes com exantema - Em janeiro de 2016, os informes passaram a ser semanais - A partir de março de 2016, quinzenalmente, são divulgados informes sobre o perfil da SCZ
		Divulgação do conhecimento	- Os informes, notas técnicas, protocolos e diretrizes ficam disponíveis na plataforma CIEVS e no site da SES/PE, além dos artigos científicos publicados no Brasil e no mundo
		Adequação da rede de saúde e criação de novos serviços	- Conformação e regionalização da rede de saúde para diagnóstico e acompanhamento dos bebês em curto tempo - Novos procedimentos e condutas criados e modificados ao longo desses dois anos, a partir do conhecimento gerado e da vivência nos serviços de saúde.
		Codificação do conhecimento para a população	- Grande esforço dos gestores e da imprensa em decodificar e disseminar o conhecimento, reduzir o temor, propor e intensificar as medidas de prevenção para a população, numa parceria sem conflitos com a imprensa. - Coletivas de imprensa semanais para atualizar a população dos acontecimentos - Participação das médicas dos serviços de saúde, auxiliando na tradução do que na clínica para a população.
		Compartilhamento do conhecimento com instituições de ensino/pesquisa	- Circunstância excepcional de estreito trabalho colaborativo diário entre academia x serviço - Praticado um novo modelo, não apenas de transferência de conhecimento, mas de participação ativa da gestão, profissionais das unidades de saúde e pesquisadores na construção científica. - Envio do banco de dados diariamente de microcefalia/SCZ para os pesquisadores do IAM - Criação de um grupo de pesquisas (MERG) pelo IAM
		Compartilhamento do conhecimento com os profissionais da saúde	- Compartilhamento do conhecimento em rede: do nível central da SES com as unidades estaduais e Geres; das Geres para as unidades regionais e municípios; dos municípios para as unidades municipais - Intercâmbio permanente dos prestadores de serviços com os produtores do conhecimento. - Reuniões sistemáticas sempre que tem algum evento relevante (discussão dos protocolos e dos óbitos).
		Troca de conhecimento com o Ministério da Saúde (MS)	- Envio de uma equipe do EPISUS para investigação dos casos de microcefalia notificados - Alinhamento das informações a serem divulgadas no informe semanal do MS. - Divergências entre as instâncias estadual e nacional - Criação da Renezika, coordenada pelo MS, com a participação de 189 especialistas de 20 instituições de todas as áreas
Troca de conhecimento com a OPAS	- Relação amistosa com a OPAS, de parceria nas decisões. - Possibilitou dar visibilidade ao que estava acontecendo no Brasil, com a promoção de intercâmbio entre países, o que foi determinante nas respostas e na preparação para possíveis epidemias. - Visita da diretora geral da OMS, Margaret Chan, a Pernambuco		

SCZ: Síndrome Congênita do Zika Vírus; CIEVS: Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde; SES/PE: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco; MERG: Grupo de Pesquisa da Epidemia da Microcefalia; IAM: Instituto Aggeu Magalhães; SES: Secretaria Estadual de Saúde; Geres: Gerência Regional de Saúde; MS: Ministério da Saúde; EPISUS: Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS; Renezika: Rede Nacional de Especialistas em Zika e Doenças Correlatas; OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde; OMS: Organização Mundial da Saúde

Fonte: a autora.

participação de profissionais da SES e dos serviços de saúde (Quadro 4).

O **Compartilhamento do conhecimento com os profissionais dos serviços de saúde** se deu em reuniões presenciais e videoconferências para discutir e tirar dúvidas, o que gerava um feedback para todos. As notas técnicas e protocolos divulgados pelo nível central da SES eram discutidos pela instância regional com os profissionais da vigilância em saúde, atenção primária e gestores dos municípios. Os profissionais instituíram um intercâmbio próprio de informações e se reuniam sempre que tinha algum evento relevante (Quadro 4).

A **Troca de conhecimento com o Ministério da Saúde (MS)** foi constante e sistemática. Uma equipe do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (EPISUS) foi disponibilizada para investigação dos casos de microcefalia, cujo conhecimento produzido foi de grande importância naquele momento: conclusão de que 68% das mães de bebês notificados com microcefalia

relataram quadro exantemático durante a gravidez. No meio do processo, a negociação em termos de informação tornou-se difícil, pois havia claras divergências com relação à ferramenta de notificação; aos protocolos; à criação de um setor de vigilância da SCZ pela SES/PE. Um importante legado foi uma comunidade de práticas instituída pelo MS - a Renezika - com a participação de 189 especialistas de 20 instituições, cuja finalidade é produzir e trocar conhecimentos e vivências, além de direcionar as pesquisas (Quadro 4).

A **Troca de conhecimento com a OPAS/OMS** promoveu o intercâmbio entre países, possibilitando dar visibilidade ao que estava acontecendo no Brasil, o que foi determinante nas respostas e na preparação para possíveis epidemias. Vários países vieram aprender com a experiência de PE; e a SES/PE teve a oportunidade de ir a outros países para essa transferência de conhecimento. Uma importante inscrição foi a visita a Pernambuco da diretora geral da OMS, Margaret Chan (Quadro 4). Com relação à fase de monitorização e avaliação da ESP, duas capacidades diádicas da GC são correspondentes: replicação/proteção e desempe-

Quadro 5: Matriz de análise da Gestão do Conhecimento no componente Monitorização e Avaliação e nas capacidades diádicas Replicação/ Proteção e Desempenho do Conhecimento/ Inovação, Pernambuco, 2017.

Estratégia da ESP: Componente Monitorização e Avaliação			
Capacidades diádicas (Atividades)	CrITÉRIOS	Eventos	Inscrições
4. Replicação/ Proteção	1. Replicação de normas e protocolos, considerando os contextos, ações e decisões locais 2. Proteção do conhecimento por meio de patentes, direitos autorais, marcas registradas e acordos de confidencialidade	Utilização e replicação dos documentos produzidos	- Protocolos e diretrizes utilizados pelas Geres, municípios e pela rede de saúde estadual, de acordo com o perfil da rede de referência mobilizada em cada instância. - Utilização dos documentos produzidos pelo MS, Opas e as instituições de pesquisa como referência para as publicações e desenho dos estudos - Instituição do MERG contribuiu no fomento ao compartilhamento e, de certa forma, proteção do conhecimento científico produzido.
5. Desempenho do Conhecimento/ Inovação	1. Medição dos resultados e consequências alcançadas pela reprodução do conhecimento 2. Aferição dos investimentos na produção, compartilhamento e aplicação de conhecimento 3. Contribuição para o desenvolvimento de novos produtos e serviços ou seu aperfeiçoamento	Resultados alcançados com a aplicação do conhecimento produzido	- Publicação de artigos relevantes para tomada de decisão imediata na gestão, no atendimento às crianças e gestantes; na realização de novos estudos - Resultados imediatos observados decorrentes do conhecimento produzido pelas pesquisas e pela vivência nas unidades de referência: - Criação e manutenção de uma coordenação de vigilância da SCZ e das síndromes neurológicas causadas pelas arboviroses em PE. - Empresas estão reinventando produtos e formas de controle do mosquito (utilização de mosquitos transgênicos, bactérias, criação de aplicativos)
		Investimento na produção do conhecimento	Investimento estadual de R\$ 3 milhões na publicação de editais de pesquisas sobre o vírus zika e SCZ, que estão sendo desenvolvidas.

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde; OMS: Organização Mundial da Saúde; SES/PE: Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco; Geres: Gerência Regional de Saúde; PC: Perímetro Cefálico

Fonte: a autora

nhodo conhecimento/inovação. Na replicação/ proteção, o evento **Utilização e replicação dos documentos produzidos** produz inscrições que tratam da divulgação e circulação do conhecimento contido nos protocolos e diretrizes pela OPAS/OMS, MS, instituições de pesquisa, Geres, municípios e pela rede de saúde estadual, sendo utilizado de acordo com o perfil e necessidade de cada um. O MERG contribuiu com a replicação e, de certa forma, proteção do conhecimento produzido (Quadro 5). Na capacidade de desempenho do conhecimento/inovação, a **aplicação do conhecimento** interno trabalhado e do conhecimento científico gerado alcançou resultados imediatos. Alguns artigos científicos foram relevantes para tomada de decisão imediata: descrição dos casos; sensibilidade e especificidade do perímetro cefálico para notificação dos casos; o caso- controle que reforça a associação do vírus zika com a microcefalia; comparação das tomografias dos bebês com e sem microcefalia; presença do vírus zika no líquido amniótico (Quadro 5).

Dentre os principais resultados do conhecimento produzido podem ser citados: ampliação e adequação do perfil de alguns serviços de saúde para atender às demandas que aparecem de forma gradual ao longo do tempo (Ex: compra de novos anticonvulsivantes, contratualização com outros serviços para consultas com gastropediatras e cirurgias gástricas); inclusão da reabilitação nas unidades de especialidades, maior precisão na medição do perímetro cefálico na puericultura, incorporação de técnicas de estimulação precoce, regionalização dos serviços deixando mais pró-

ximo das famílias. Um resultado estruturante foi a criação de uma Coordenação de Vigilância da SCZ e das síndromes neurológicas causadas pelas arboviroses e houve um **investimento** de R\$ 3 milhões pelo governo estadual para realização de pesquisas na área. O próximo passo é ampliar para a vigilância das síndromes congênicas, independente da etiologia infecciosa, para conseguirmos avaliar o impacto delas na vida da população (Quadro 5).

4. Discussão e conclusões

As transformações necessárias à produção do conhecimento, desde o desenvolvimento de instrumentos de notificação e acompanhamento dos casos de microcefalia/SCZ, a partir da realidade captada, passando pelo processamento dos dados que gerou os informes, protocolos e diretrizes; até a interpretação e transformação da informação em ação pelos gestores e serviços de saúde foram observadas em todo o período da epidemia [6,7,25].

Ainda que a Gestão do Conhecimento não tenha sido planejada desde o início da epidemia de SCZ em Pernambuco, eventos e inscrições foram identificados nas cinco capacidades diádicas da sua cadeia de valor [6], conforme o modelo proposto neste estudo. Sob tal perspectiva, duas questões podem ter favorecido: o fato de que a própria gestão da Emergência em Saúde Pública (ESP), em muitos momentos, se confunde com a gestão do conhecimento; e a tese de que o contexto é determinante no seu uso pelos gestores e tomadores de decisão, limitando o valor prescritivo e comprometendo a sua sustentabilidade [6,26,27,28].

É certo que a sustentabilidade de um sistema de gestão do conhecimento exige de toda a organização investimentos significativos e implica grande esforço, bem como mudanças de comportamento por um período de tempo significativo. Princípios básicos como: estratégia, organização, orçamento, comunidade de prática, tecnologia, incentivos e medição - precisam ser postos em prática para que a organização esteja no bom caminho. [5,8,10,29].

Por outro lado, há várias dificuldades relatadas por Schlesinger (2008) e por Gonzales e Martins (2015) para a implantação deste sistema de gestão numa organização, tais como: o pouco conhecimento dos processos básicos de gerenciamento da informação; a falta de recursos humanos e financeiros; e a diferença de linguagens entre os diversos setores organizacionais, numa emergência em Saúde Pública que precisam ser superadas, pela necessidade de resposta rápida.

Tomaram-se facilidades, por exemplo, a Secretaria de Saúde ter um setor que lida com informação e sistemas de informações, rotineiramente - a Vigilância em Saúde - fazendo com que se encontrasse um locus gerencial de imediato; a criação de uma unidade de coordenação de vigilância da SCZ, contribuindo com a aquisição de recursos humanos; o uso da informação, transformando-a em ação, que é sempre o grande desafio do conhecimento, se deu instantaneamente numa via de mão de dupla entre produtores e usuários do conhecimento.

Do ponto de vista gerencial, alguns eventos e inscrições produzidos na epidemia de SCZ pareceram aumentar o valor da GC [6]. Fatos como o de o conhecimento gerado ter promovido a adoção de novas condutas clínicas e epidemiológicas; ter provocado a adequação e ampliação dos serviços de saúde, dando acesso ao cuidado de mais crianças; ter possibilitado, com a descoberta da SCZ, a compreensão de que as malformações congênitas têm a sua importância no sistema de saúde; ter criado oportunidades para implantação de uma vigilância e atenção à saúde das pessoas com malformação congênita, ter sido compartilhado e utilizado por diferentes países, instituições, gestores, profissionais dos serviços de saúde, pesquisadores e imprensa, aumentaram o valor do conhecimento na Secretaria Estadual de Saúde de PE.

No que se refere ao compartilhamento do conhecimento, os quatro modos possíveis, delineados por Nonaka [1994], puderam ser observados. Houve **socialização**, na medida em que os profissionais dos serviços de referência e pesquisadores se apropriavam do entendimento que os gestores e técnicos que gerenciavam a informação tinham da epidemia, ao passo que os gestores e técnicos absorviam as vivências dos profissionais das referências e dos pesquisadores no campo. Essas vivências eram consideradas nas apresentações, coletivas de imprensa e nos documentos elaborados (**externalização**). Os documentos foram divulgados para os diversos públicos, que incorporaram o conhecimento às

suas ações e práticas (**internalização**). O envolvimento de grupos diferentes na produção, sistematização, integração, comunicação e difusão do conhecimento contribuiu com a **combinação**.

Um evento inusitado foi a relação estabelecida entre o serviço e a pesquisa. Foi praticado um novo modelo, não apenas de transferência de conhecimento, mas de participação ativa da gestão e dos profissionais de saúde no delineamento e acompanhamentos das pesquisas. É bem provável que a contingência aliada à escassez de conhecimento tenham contribuído com os esforços alinhados a uma necessidade comum. A instituição do MERG, grupo de pesquisas que reúne pesquisadores e profissionais de saúde, pode ter sido um exemplo de rede de inovação e desenvolvimento, que o tempo irá dizer [29].

Apenas na capacidade de Desempenho do Conhecimento/Inovação, o critério de Medição dos resultados e consequências alcançadas pela reprodução do conhecimento não foram identificados eventos e inscrições nas falas dos entrevistados e documentos analisados. Todavia, uma etapa essencial para saber se os investimentos e esforços bem-sucedidos valeram a pena e terão continuidade, é colocar em prática um sistema para medir o seu progresso. A medição contínua dos retornos e benefícios constitui um dos principais desafios para a GC ser, de fato, implantada além da cultura organizacional, comportamento humano e criação de um contexto de aprendizagem permanente [5,29,30]. Embora os eventos e inscrições produzidos na epidemia de SCZ tenham atendido aos pressupostos da cadeia de valor da GC, é necessário que haja mudanças na gestão, no processo de trabalho e na cultura organizacional para a implantação da GC de forma mais concreta, para não se incorrer no risco de achar que novas tecnologias da informação e um conjunto de ferramentas e métodos gerenciais são suficientes para manter a GC. O primeiro passo é pensar numa estratégia de motivação e facilitação, no sentido dos trabalhadores desenvolverem, aprimorarem e usarem sua capacidade de interpretação de dados e informações utilizando fontes de informação disponíveis, experiência, habilidades, cultura, caráter, personalidade e sentimentos, através de um processo de o que significação da GC [9,10].

Apesar das consonâncias encontradas entre as ações de resposta à epidemia de SCZ e a cadeia de valor da GC, há limitações no estágio do conhecimento atual nas decisões e práticas. Muitas questões serão resolvidas e respondidas com as pesquisas em andamento que tratam: da interrupção da ação do vírus na gestante; da efetividade da vacina contra o vírus zika; dos achados tardios (sequelas auditivas, cognitivas e visuais); da compreensão sobre todo o espectro clínico do vírus zika (síndrome congênita, quadro clínico inaparente, quadros leves e moderados, síndrome adquirida, síndromes neurológicas, óbitos); do desenvolvimento de novas técnicas de diagnóstico do vírus zika e da SCZ; da produção de novas medicações. As pesquisas do ponto de

vista do controle vetorial precisam avançar para contribuir com a inovação tecnológica das ações nessa área. A causalidade ainda é um debate em aberto, principalmente quando pensamos no problema como causa suficiente.

Há limitações também no que diz respeito à perenização da cadeia de valor gerada pelo desenvolvimento interdependente das capacidades diádicas, considerando que se utilizou como objeto de análise uma emergência em Saúde Pública, cujo caráter de transitoriedade limita a gestão do conhecimento enquanto parte dos objetivos e estratégias da gestão, cujos componentes e fases de implantação precisam de tempo. O conhecimento deve ser reconhecido, conforme defendido por Landry (2006), como um dos recursos de mais alto valor estratégico na instituição, e para tal, os que fazem a gestão da saúde precisam estar convencidos e preparados.

A criação de um modelo de enfrentamento a uma Emer-

gência em Saúde Pública pela SES/PE em pouco tempo, remete agora a um momento de avaliação e sistematização desse modelo criado e utilizado ao mesmo tempo. A rede de informação, comunicação e compartilhamento do conhecimento criada em decorrência dessa epidemia precisa sobreviver a ela. Os planos de respostas, mecanismos de gestão, salas de situação, monitoramento de casos, precisam ser mantidos, no formato da rotina.

5. Agradecimentos

Ao Instituto de Higiene e Medicina Tropical - IHMT/ Universidade Nova de Lisboa – UNL; à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE); ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) e ao Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC).

6. Bibliografia

- 1 Felisberto E, Samico I, Bezerra LCA, Hartz Z. Institucionalizando a avaliação nas organizações e agências de pesquisas: um estudo de caso exemplar. *Saúde debate* [Internet]. 2017 Mar [citado 2017 Set 20]; 41(spe): 387-399. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500387&lng=pt.
- 2 Højlund S. Evaluation use in the organizational context - changing focus to improve theory. *Evaluation* 2014 20: 26-43.
- 3 Nonaka I. A dynamic theory of organizational knowledge creation. *Organization Science*, 5, 1 (1994), 14-37.
- 4 Nonaka I, Takeuchi H. *The knowledge-creating company: how Japanese companies create the dynamics of innovation*. New York: Oxford University Press, 1995.
- 5 Denning S. What is Knowledge? Definitions of Knowledge. Disponível online em <http://www.stevedenning.com/Knowledge-Management/default.aspx> (acesso em 01 de agosto de 2015).
- 6 Landry Réjean, Amara Nabil, Pablos-Mendes Ariel, Shademani Ramesh and Gold Irving. The knowledge-value chain: a conceptual framework for knowledge translation in health. *Bulletin of the World Health Organization*. August 2006, 84 (8).
- 7 Bennet G, Jessani N (2011). The knowledge translation toolkit: bridging the know-do gap: a resource for researchers. Retrieved from: <http://web.idrc.ca/openbooks/508-3/>
- 8 Schlesinger CCB *et al*. Gestão do Conhecimento na Administração Pública. Curitiba, Instituto Municipal de Administração Pública – IMAP, 2008. 120p.
- 9 Beijer RP. uit (1999) "Questions in knowledge management: defining and conceptualising a phenomenon", *Journal of Knowledge Management*, Vol. 3 Issue: 2, pp. 94-110. In: <https://doi.org/10.1108/13673279910275512>
- 10 Rowley J (1999). "What is knowledge management?", *Library Management*, Vol. 20 Issue: 8, pp. 416-420, <https://doi.org/10.1108/01435129910291175>
- 11 Hage CE, Penna G, Oliveira WK de. Emergências de saúde pública: conceito, caracterização, preparação e resposta. *Estud. av.* [online]. 2008, vol. 22, n. 64, pp. 19-32. ISSN 0103-4014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142008000300003>.
- 12 World Health Assembly, 2005. *Revision of the International Health Regulations*, WHA 58.3 (May 23, 2005) Disponível em: <<http://www.who.int>>
- 13 Cauchemez Simon *et al*. Association between Zika virus and microcephaly in French Polynesia, 2013-15: a retrospective study. *The Lancet*, mar., 2016. Volume 387, Issue 10033, 2125 - 2132
- 14 European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Rapid risk assessment: Microcephaly in Brazil potentially linked to the Zika virus epidemic – 24 November 2015. Stockholm: ECDC; 2015.
- 15 Oliveira WK de, Cortez-Escalante J, Oliveira WT de, Carmo GM do, Henriques CM and Coelho GE. Increase in reported prevalence of microcephaly in infants born to women living in areas with confirmed Zika virus transmission during the first trimester of pregnancy—Brazil, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016;65:242-7. In: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6509e2>
- 16 Microcephaly Epidemic Research Group (MERG). Microcephaly in Infants, Pernambuco State, Brazil, 2015. *Emerging Infectious Diseases*. www.cdc.gov/eid.

Vol. 22, No. 6, June 2016.

- 17 Miranda-Filho DB, Martelli CM, Ximenes RA, Araújo TV, Rocha MA and Ramos RC. Initial description of the presumed congenital Zika syndrome. *Am J Public Health*. 2016;106:598-600. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2016.303115>
- 18 Souza WV de, Araújo TVB de, Albuquerque MFP, Braga MC, Ximenes RAA, Miranda-Filho DB. Microcefalia no Estado de Pernambuco, Brasil: características epidemiológicas e avaliação da acurácia diagnóstica dos pontos de corte adotados para notificação de caso. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2016. Consultado em 21 de julho de 2016. In: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00017216>.
- 19 Pernambuco. Centro de Informações Estratégicas da Vigilância em Saúde (CIEVS). 2017. Informe Técnico – n° 18/2017. Síndrome congênita relacionada à infecção pelo vírus Zika. Consultado em 16 de setembro de 2017. In: https://docs.wixstatic.com/ugd/3293a8_6df5c877feed41bbb0591a0664f84c19.pdf
- 20 Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Diretrizes de Vigilância Epidemiológica da Síndrome Congênita relacionada à Infecção pelo Vírus Zika em Pernambuco. Pernambuco: Secretaria Estadual de Saúde, 2017. 43p. In: https://docs.wixstatic.com/ugd/3293a8_af73f07e7a4f4e4e89561c4151748102.pdf
- 21 World Health Organization (WHO). *Communicable disease control in emergencies: a field manual*. Edited by M. A. Connolly, 2005.
- 22 Latour B. A esperança de pandora. São Paulo: EDUSC; 2001.
- 23 Pluye P, Potvin L, Denis J-L, Pelletier J, Mannoni C. Programs sustainability begins with the first events. *Evaluation and Program Planning* (28) 123-137, 2005.
- 24 Minayo MCS. (2004). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde, 8ª ed. São Paulo: Hucitec.
- 25 Chaim Z. (2006). Redefining information science: from "information science" to "knowledge science", *Journal of Documentation*, Vol. 62 Issue: 4, pp. 447-461.
- 26 Champagne F. O uso de evidências científicas e de conhecimento por gestores. Pa- per apresentado na "Fechando o Loop: 3ª Conferência sobre Base Científica de Saúde" Toronto, 1 a 3 de outubro de 1999. Universidade de Montreal N99 01.
- 27 Becerra-Fernandez I, Sabherwal R (2001). Organizational Knowledge Management: A Contingency Perspective. *Journal of Management Information Systems*. Volume 18, p. 23-55.
- 28 Gonzalez RVD, Martins M.F (2015). Gestão do conhecimento: uma análise baseada em fatores contextuais da organização. *Production*, v.25, n. 4, p. 834-850
- 29 Craveiro I, Hartz Z. Investigaçao do papel das redes de investigaçao na translaçao do conhecimento. *Suplemento dos Anais do IHMT*. *An Inst Hig Med Trop* 2016; 15 (Supl. 2): S35- S40.
- 30 Batista FF. Governo que aprende: gestão do conhecimento em organizações do executivo federal. Texto para discussão Nº 1022, Brasília, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 108 p., junho, 2004.

7. Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Translação do Conhecimento na qualificação da gestão da Vigilância em Saúde: contribuição dos estudos avaliativos de pós-graduação

I¹ Luciana Caroline Albuquerque Bezerra, ² Eronildo Felisberto,
³ Juliana Martins Barbosa da Silva Costa, ⁴ Zulmira Hartz I

Resumo: São muitos os desafios no sentido de minimizar as lacunas existentes entre evidências científicas e melhores resultados de saúde. A translação do conhecimento (TC) é o movimento que o conhecimento faz em um contexto organizacional em prol da sua efetiva aplicação. O objetivo deste estudo foi analisar a ocorrência da TC na Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco (SEVS/PE), tomando como objeto dez pesquisas avaliativas sobre programas da Vigilância em Saúde, produzidas no Mestrado de Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, de 2011 a 2015. Para tanto, utilizou-se um roteiro de entrevista semiestruturada, abordando sete gestores e dez técnicos da SEVS-PE. Na análise deste estudo de caso, qualitativo, foi utilizado um modelo de TC, e sobrepondo-se a ele, uma estrutura teórica de uso-influência da avaliação. Em oito pesquisas analisadas, foram categorizadas evidências em cinco fases da TC. Apenas a etapa de avaliação do uso do conhecimento não foi evidenciada. Diferentes tipos de uso, dimensões e níveis de influência das avaliações foram relatados. Dentre as mudanças ocorridas, foram relatadas: criação de novas agendas, elaboração de protocolos, mudança do processo de trabalho, instituição de novos fluxos, contratação de novos profissionais.

► **Palavras-chave:** translação do conhecimento; gestão do conhecimento; políticas de saúde; gestão da saúde; vigilância em saúde.

¹ Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife-PE, Brasil (lua_cad@yahoo.com.br). ORCID: 0000-0001-6074-6072

² Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, Recife-PE, Brasil (eronildo.felisberto@gmail.com). ORCID: 0000-0002-2316-2251

³ Núcleo de Ciências da Vida, Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE, Brasil (julmartins.costa@gmail.com). ORCID: 0000-0002-5809-4156

⁴ Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal (zhartz@ihmt.uni.pt). ORCID: 0000-0001-9780-9428

Recebido em: 14/09/2018
Revisado em: 16/01/2019
Aprovado em: 22/01/2019

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312019290112>

Introdução

A utilização dos resultados de pesquisas e estudos avaliativos na prestação dos serviços de saúde, em especial aqueles desenvolvidos nas instâncias de gestão, enfrenta barreiras frequentemente identificadas entre os pesquisadores e os usuários do conhecimento produzido (BENNET et al., 2003; DAVIS, 2005; MELINE; PARADISO, 2003). Não obstante os esforços despendidos no sentido de minimizar as lacunas existentes entre evidências científicas, formulação de políticas, implantação de programas e melhores resultados de saúde, fatores como: a falta de tempo, de acesso a recursos de informática e à literatura de pesquisa, e reduzidos níveis de aplicabilidade, habilidades e motivação, são obstáculos muito comumente citados em estudos realizados no Brasil e em outros países (BENNET et al., 2003; GRAHAM et al., 2006; GRAVEL; LÉGARÉ; GRAHAM, 2006; OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015; WHO, 2005).

Colocar novos conhecimentos em prática é um processo complexo e apenas o fato de serem criados frequentemente não é suficiente para mudar atitudes e comportamentos dos decisores políticos. Isto depende do preparo técnico e da habilidade de quem vai usá-lo, de fatores organizacionais de suporte, do envolvimento contínuo dos potenciais usuários do conhecimento, das parcerias estabelecidas, do contexto institucional e da existência de mediadores do conhecimento (JACOBSON; BUTTERILL; GOERING, 2003; GAGLIARD et al., 2016; TRICCO et al., 2016; VINGILIS et al., 2003; WHO, 2005).

Diferentes nomenclaturas e conceitos descrevem a transformação do conhecimento em ação ou o uso do conhecimento produzido ou, ainda, o compartilhamento desse conhecimento. Ottoson, em 2009, descreveu cinco teorias do “conhecimento em ação” que possuem tipologias e raízes disciplinares e contextuais distintas, embora guardem relação entre seus conceitos, linguagem e cultura:

1. A **utilização do conhecimento** entendida sob diversas perspectivas a depender do campo (políticas públicas, administração, tecnologia), tipo de usuário final (pesquisador, elaborador de políticas, consumidor) ou contexto (organização, sociedade) (BLAKE; OTTOSON, 2009).
2. A **difusão do conhecimento**, que tem a ver com a comunicação ao longo do tempo e por distintos canais entre os membros da sociedade (OTTOSON, 2009; ROGERS, 2003).

3. A **implementação do conhecimento** – estágio que se encontra entre o desenvolvimento das políticas e o seu impacto; o papel do usuário é determinante na implementação (O'TOOLE, 2000; OTTOSON, 2009).
4. A **transferência do conhecimento**, que relaciona o objeto, o contexto e os mecanismos de transferência, tendo a utilização do conhecimento em seu núcleo de forma unidirecional, lateral ou hierárquica (BLAKE; OTTOSON, 2009; OTTOSON, 2009).
5. A **translação do conhecimento** (TC), que engloba os conceitos acima e surge como uma crítica à falta de interação entre o saber científico, os demais saberes e a produção de um conhecimento capaz de ser aplicado e utilizado na tomada de decisão. Aborda o movimento que o conhecimento pode fazer em um contexto organizacional em prol da sua efetiva aplicação (GRAHAM et al., 2006; CIHR, 2012; BARBOSA; PEREIRA NETO, 2017).

Estratégias de TC aproveitam o conhecimento produzido, as evidências e a liderança para informar e transformar a prática das políticas (DAVISON, 2009). São as interações entre os produtores e os utilizadores do conhecimento, cuja intensidade, complexidade e grau de compromisso podem variar em função da natureza da pesquisa, resultados e das necessidades particulares de cada utilizador (CIHR, 2012).

Três fatores devem ser levados em conta na TC, ao tentar distingui-la das outras teorias. O primeiro é que a translação tem como objeto o conhecimento científico, particularmente na área da saúde, e o seu processo de transformação em resultados e ganhos para o sistema de saúde. O segundo é que seu foco é voltado à interação entre os vários atores (*stakeholders* e público-alvo) e à adequada aplicação em vários contextos. Por último, é o fato de ser um processo iterativo e multidirecional, podendo ocorrer em múltiplos estágios do ciclo do conhecimento (DAVISON, 2009).

São vários os modelos de TC (CRAVEIRO; HARTZ, 2016; SUDSAWAD, 2007), a depender do foco que se queira dar: no ciclo de pesquisa, a partir das etapas de uma pesquisa (CIHR, 2005); na interação entre pesquisador e usuário (; JACOBSON; BUTTERILL; GOERING, 2003; LAVIS et al., 2006; PHAC, 2012); no contexto (GRAHAM; LOGAN, 2004; GRAHAM et al., 2006); no uso do conhecimento (BRETT, 1987; ESTABROOKS, 1999; HARTZ et al., 2008; MICHEL; SNEED, 1995).

Independente do modelo adotado, alguns fatores podem influenciar a TC facilitando ou dificultando esse processo. Entre os facilitadores, pode-se citar: a produção de evidências relevantes e acionáveis; a credibilidade dos mediadores; o fácil acesso ao conhecimento e às agências de financiamento; o compromisso político; a compreensão do ambiente sociopolítico; o diálogo e integração entre usuários e pesquisadores no uso do conhecimento e nas decisões; e as formas inovadoras de partilhar o conhecimento. Em contraposição, seriam dificultadores: a falta de um quadro comum para a TC; o processo caro e lento de produção de conhecimento; a competição distorcida e tendenciosa das fontes de conhecimento; a baixa demanda por evidência científica pelos decisores políticos; e as razões políticas ou financeiras para não agir diante das evidências (WHO, 2006).

Logo, apesar dos 40 anos de pesquisa em políticas baseadas em evidências (OLIVER; LORENC; INNVAER, 2014), muitos são os desafios para os formuladores de políticas e pesquisadores aumentarem o uso do conhecimento produzido, ainda que se observe um foco crescente na governança de pesquisa e na prestação de contas dos benefícios do investimento feito pelos governos (CIHR, 2005).

Nessa perspectiva, Graham et al., em 2006, propuseram um modelo baseado em teorias de ação planejada, com o objetivo de auxiliar gestores a controlar variáveis que influenciam a ocorrência de mudanças desejadas. O modelo era composto de seis “fases ideais”, dinâmicas e interdependentes, que levavam à aplicação do conhecimento: identificar um problema que precisa ser abordado; identificar, analisar e selecionar o conhecimento ou a pesquisa relevante para o problema; adaptar o conhecimento ou pesquisa identificados ao contexto local; avaliar barreiras ao uso do conhecimento; selecionar, adaptar e implementar intervenções para promover o uso do conhecimento (ou seja, implementar a mudança); monitorar o uso do conhecimento; avaliar os resultados da utilização do conhecimento; sustentar o uso contínuo do conhecimento.

Entre as políticas de saúde do Estado de Pernambuco, aquelas vinculadas à Vigilância em Saúde têm recebido investimentos contínuos desde 2011, visando à qualificação e construção de capacidade de gestores e técnicos dos três níveis de atuação (central, regional e municipal). Os incentivos acontecem, seja por meio de parcerias com instituições de ensino e pesquisa, seja por iniciativa dos interessados e apoio institucional para formação. Como contrapartida, espera-se que os profissionais

desenvolvam projetos de estudo e pesquisa orientados para necessidades e problemas de saúde locais em busca de novos conhecimentos e soluções.

A necessidade de responder a perguntas relacionadas ao uso do conhecimento produzido por esses estudos, aliada à importância de se aplicarem modelos teóricos de TC no contexto brasileiro, demarca o objetivo deste estudo, que foi o de analisar a ocorrência da TC na Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco (SEVS/PE), tomando como base as pesquisas avaliativas – produtos dos cursos de pós-graduação de seus profissionais.

Método

Trata-se de estudo qualitativo do tipo estudo de caso, no qual o caso foi a Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco (SEVS/PE), no período de 2011-2015. A SEVS/PE é uma das seis Secretarias Executivas da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Brasil, responsável pelo conhecimento e controle dos determinantes, riscos e danos à saúde da população, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de promoção, prevenção e controle. Esta Secretaria agrega a vigilância de doenças transmissíveis, agravos não transmissíveis, promoção da saúde, saúde do trabalhador, sistemas de informação, além das vigilâncias ambiental e sanitária, e do laboratório de saúde pública. O estudo tem como base a produção do conhecimento, a partir do processo de formação (pós-graduação) promovido e fomentado pela gestão da SEVS/PE.

As pesquisas avaliativas analisadas foram resultado de dez dissertações do mestrado profissional de Avaliação em Saúde. Os pesquisadores eram gestores ou técnicos da SEVS/PE, das áreas de: Centro de Informações Estratégicas da Vigilância em Saúde – CIEVS (P1); Gestão do Serviço de Verificação de Óbito – SVO (P2); Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM (P3); Sistema de Informação sobre Natalidade – Sinasc, em Pernambuco (P4), e em âmbito municipal (P5); Vigilância Epidemiológica, em Pernambuco (P6), e nas Gerências Regionais de Saúde – Geres (P7); Emergências em Saúde Pública (P8); Vigilância das Arboviroses (P9); Vigilância dos Acidentes de Transporte Terrestre (P10).

Os dados foram coletados de maio a julho de 2017 por meio de entrevistas semiestruturadas, gravadas e, posteriormente, transcritas pelos próprios entrevistadores. Foram entrevistados 17 informantes-chave: quatro diretores (D1, D2, D3, D4)

e três gerentes (Ger.1, Ger.2, Ger.3) das áreas cujos objetos foram alvo de estudos avaliativos; e dez profissionais – autores desses estudos avaliativos. Nos resultados, foram feitas citações diretas das falas dos gestores, enquanto que o conteúdo das falas dos pesquisadores foi categorizado na matriz de análise.

O roteiro das entrevistas foi elaborado a partir do modelo de Conhecimento para a Ação (Knowledge to action – KTA) desenhado por Graham et al. (2006), contemplando seis fases ideais que o conhecimento percorre, transformando-se em ação. Para cada fase do KTA, foram elaboradas questões, complementadas pelo modelo global de oportunidades de TC durante a investigação, do *Canadian Institute of Health Research* – CIHR (2005); pela Ferramenta para Elaboração de um Plano de Translação do Conhecimento, da Public Health Agency of Canada, de 2012; e pelo Guia de planejamento da aplicação dos conhecimentos nos IPSC: abordagens integradas e de fim de subvenção, dos institutos de pesquisa em saúde do Canada (IPSC), de 2012 (Tabela 1).

Tabela 1. Questões para planejamento e avaliação da translação do conhecimento, 2017

Graham et al. (2006) [#]	CIHR (2005) [#]	CIHR (2012) [#]	Public Health Agency of Canada (2012) [#]	QUESTÕES
Identificação do problema, rever e selecionar conhecimento	Definição de questões de pesquisa e metodologias Realização de pesquisas	Questão e método de pesquisa	O quê?	- O que se pretende compartilhar, a partir da pesquisa realizada - Questão de pesquisa em consonância com as necessidades de informação estabelecidas pelos utilizadores dos conhecimentos - Métodos propostos adequados à questão de pesquisa
Adaptação ao contexto local	Colocar os resultados da investigação no contexto			- Necessidade de conhecimento atendida pelas pesquisas - Participação e contribuição dos utilizadores do conhecimento no plano de pesquisa - Personalização do conhecimento em sua situação particular - Tomada de decisões dos utilizadores sobre a adequação do conhecimento à sua configuração e circunstâncias
Avaliar barreiras para utilização de conhecimento	Publicação dos resultados em linguagem simples e formatos acessíveis	Exequibilidade	Quem? Como?	- Responsível pela disseminação da mensagem - Formato e meio mais apropriados para divulgação e circulação do conhecimento com o seu público - Oportunidades para compartilhar o conhecimento - Barreiras limitantes da efetividade do compartilhamento do conhecimento
Selecionar, adaptar, implementar intervenções	Decisões e ações com base nos resultados da investigação		Por quê?	- Prioridades das intervenções levam em conta o conhecimento gerado nas pesquisas - Utilizadores preparados para utilizar os resultados das pesquisas - Influência dos pesquisadores na rotina dos utilizadores

continua...

Graham et al. (2006) [#]	CIHR (2005) [#]	CIHR (2012) [#]	Public Health Agency of Canada (2012) [#]	QUESTÕES
Monitorar a utilização do conhecimento	Influência em pesquisa posterior com base nos impactos da utilização de conhecimento	Resultados	Impacto	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégias criadas para incentivar o uso rotineiro do conhecimento produzido - Mudanças de curto, médio e longo prazo nas práticas, nos programas ou nas políticas em matéria de saúde decorrentes da TC
Avaliar resultados Sustentar o uso do conhecimento				<ul style="list-style-type: none"> - Transferência do conhecimento a outros contextos de práticas, de programas ou de políticas - Avaliação do impacto e uso do conhecimento produzido pelas pesquisas - Revisão do conhecimento, a partir das novas necessidades e respostas dos utilizadores - Ativação do ciclo de feedback entre as fases de ação

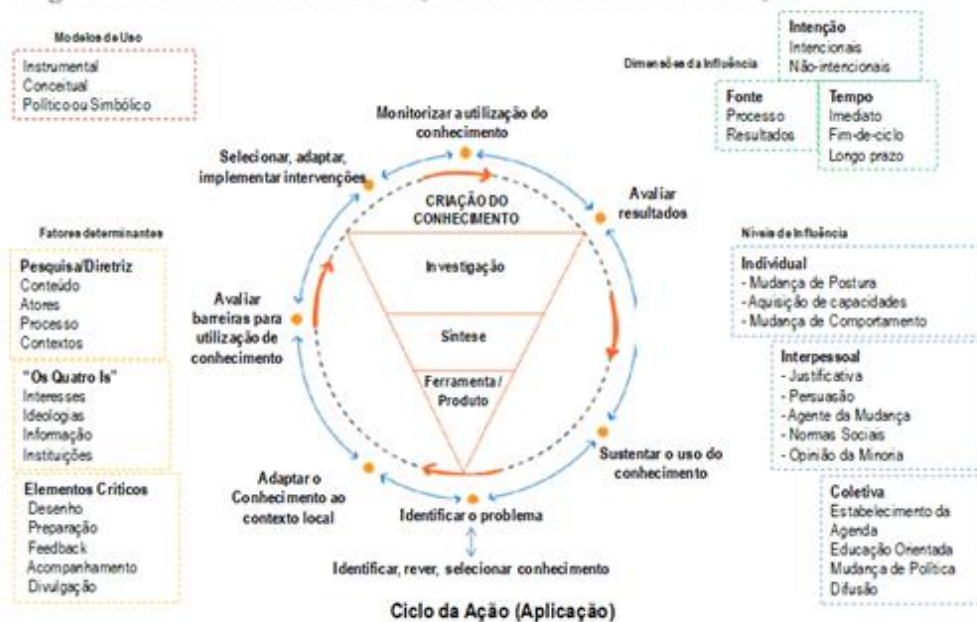
Fonte: elaboração própria.

Para observar como o conhecimento produzido é realmente usado na prática, ou tentar encontrar provas documentais de TC, também foram analisados documentos produzidos nesse período, resultantes dos processos de formação: monografias, dissertações e teses; apresentações dos resultados das avaliações, produção técnica e científica.

Para a análise da ocorrência da TC nas pesquisas avaliativas realizadas por gestores e técnicos da SEVS/PE, adaptou-se o modelo KTA proposto por Graham et al. (2006), começando pela criação de conhecimento nas pesquisas, desde a investigação, passando pela síntese, até se tornar ferramentas ou produtos. Depois, detalhando o “Ciclo de Ação” com as fases necessárias à aplicação do conhecimento produzido. As fases podem ocorrer sequencial ou simultaneamente, e ser realizadas por diferentes atores (criadores e utilizadores). Por se tratarem de estudos avaliativos, a esse modelo sobrepôs-se a estrutura teórica do uso-influência da avaliação, proposto por Hartz et al. (2008), que analisa tanto a influência da avaliação em diferentes dimensões e níveis, quanto o tipo de uso da avaliação, captando as mudanças provocadas pelo processo e/ou resultados da avaliação, a depender do contexto da intervenção. A figura 1 explicita a relação entre a teoria do uso-influência com as fases do Ciclo de Ação do KTA.

Na matriz de análise, o conteúdo das falas dos entrevistados foi categorizado em cada fase do ciclo do conhecimento-ação e classificado no que se refere aos níveis e dimensões da influência e ao tipo de uso observado.

Figura 1. Ciclo do conhecimento-ação, usos e influência da avaliação, 2018



Adaptado de Graham et al. (2006)

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), parecer nº 1.998.710, de 4 de abril de 2017, conforme protocolo 62352616.8.0000.5201.

Resultados

Os resultados são apresentados numa matriz de análise da translação do conhecimento, na qual o conteúdo das entrevistas e da apreciação dos documentos foi organizado com base nas fases ideais do modelo conhecimento para ação (KTA), e categorizado nas dimensões e níveis do modelo de uso e influência da avaliação. Além do conteúdo da matriz de análise, falas de alguns entrevistados foram citadas, a fim de ilustrar os achados.

Na primeira fase, *Identificar o problema, rever e solucionar o conhecimento* relevante para o problema existente, constatou-se que os objetos de todas as avaliações foram definidos conjuntamente, pelos pesquisadores, que eram gestores ou técnicos da Vigilância em Saúde, e pela equipe das áreas técnicas que eles integravam. Esse processo considerou os problemas prioritários discutidos entre eles e, portanto, a necessidade de conhecimento para solucioná-los no serviço, que foi atendida pelas pesquisas, com exceção da P8, que considerou os resultados encontrados contraditórios à realidade observada nas Gerências Regionais de Saúde, no que se refere à resposta às emergências em Saúde Pública (Tabela 2).

[...] O produto das pesquisas do mestrado foi pensado em conjunto com a equipe da área técnica do objeto de avaliação para seu resultado ser utilizado no serviço (D1).

Na fase de *Adaptação do conhecimento ao contexto local*, foram estabelecidas conexões com os níveis de influência da avaliação (individual, interpessoal e coletiva). A contribuição dos utilizadores do conhecimento no desenho dos estudos e/ou dos modelos lógicos das intervenções estudadas foi o evento mais frequente que evidenciou a influência individual e interpessoal das pesquisas nesta etapa. A mudança de postura e disponibilidade das equipes para mudanças no processo de trabalho, a aceitação das recomendações propostas pela pesquisa e a possibilidade de críticas mais refinadas aos objetos estudados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005) foram também exemplos da influência individual e interpessoal na adaptação do conhecimento ao contexto. A viabilização de recursos financeiros e pessoal, e

as mudanças nos formatos de reuniões foram resultados da influência coletiva do conhecimento produzido (Tabela 2).

Os estudos não são meramente acadêmicos, porque são feitos por pessoas do serviço, que trazem além do conhecimento tácito a possibilidade de ter incorporado com uma metodologia validada, qualificada. Outra vantagem é a clareza com que eles são apresentados, que é para tentar fazer a mudança da realidade (D2).

Quando o estudo é feito por profissionais de dentro do setor tem mais chance de incorporar seus resultados (D3).

Na *avaliação das barreiras pra utilização do conhecimento*, a maior parte das pesquisas foi compartilhada com as respectivas áreas técnicas do nível central, porém apenas uma parte delas teve o compartilhamento ampliado para o nível regional. Sete das pesquisas foram apresentadas para turmas de especialização e mestrado, três foram apresentadas no maior evento nacional de vigilância em saúde (ExpoEpi) e quatro foram publicadas em revistas científicas ou como capítulo de livro. A principal barreira citada foi a falta de tempo, pela rotina exaustiva do serviço. Outros entraves estiveram relacionados à mudança do gestor do serviço, à desmotivação pela divergência entre os resultados da pesquisa e a realidade observada ou pela complexidade do modelo de análise utilizado (Tabela 2). A visão dos outros entrevistados integrantes das equipes com relação às barreiras para utilização do conhecimento foi mais abrangente, ao abordarem as parcerias e as emergências em saúde pública:

[...] é uma barreira ter que fazer muita coisa em pouco tempo e com pouca gente. Outra barreira é a dificuldade de ter parceria com outras áreas necessárias, como a atenção à saúde (D1).

[...] o que move a gestão mais que qualquer estudo avaliativo é o que surge como problema grande (ex. as epidemias). Usar de forma sistemática os estudos era meu desejo, mas não conseguimos. As meninas fizeram os estudos, mas quando voltaram tivemos outras coisas importantes para resolver (...) estamos sempre sem conseguir dar conta do importante, porque tem que dar conta do urgente (Ger. 1).

[...] outra fragilidade é que nem tudo pode ser aplicado, porque está fora da governabilidade ou porque temos muitas prioridades a serem atendidas (Ger. 3).

Na *seleção, adaptação e implementação de intervenções*, a interface foi feita com as dimensões da influência (intenção, fonte e tempo). A reformatação ou instituição de reuniões; o estabelecimento de agendas de educação permanente; a alteração de fluxos; a ampliação/adequação de ações; e a elaboração/publicação de

manuais, instrumentos e informes foram evidências que caracterizaram a influência intencional, a partir dos resultados, no fim do ciclo das avaliações. A contratação de uma das pesquisadoras pelo Ministério da Saúde foi classificada na dimensão não intencional da influência. O reforço/remanejamento no quadro de profissionais e o estabelecimento de parceria com universidade se enquadraram na influência de longo prazo (Tabela 2). As falas dos outros integrantes das equipes tiveram um foco no nível interpessoal da influência:

[...] influenciar outros profissionais depende de quem fez a avaliação, há uma subjetividade, não é uma rotina institucional como deveria ser (D3).

[...] as pessoas tentam influenciar outras e é isso que ajuda a cultura de avaliação se manter na SEVS (D2).

[...] os pesquisadores tentam influenciar, já que levam os resultados para dentro da sua área técnica e nesta, nem todos tinham participado da construção do estudo (D4).

Na P8 não houve aplicação do conhecimento que resultasse na seleção, adaptação ou implementação de intervenções. Problemas metodológicos podem ter gerado resultados divergentes do esperado e do que é observado na prática das Geres, o que desmotivou o compartilhamento e o uso do estudo, conforme relato da pesquisadora.

Tabela 2. Matriz de análise da translação, uso e influência do conhecimento produzido por dez pesquisas da Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. Pernambuco, 2018

Pesquisa Avaliativa	Identificar o problema, rever e selecionar conhecimento	Adaptar o conhecimento ao contexto local (Níveis da influência)	Avaliar barreiras para utilização de conhecimento	Selecionar, adaptar, implementar intervenções (Dimensões da influência)	Monitorar e avaliar o uso ou aplicação do conhecimento (uso conceitual, instrumental, político/simbólico)	Sustentar o uso e aplicação do conhecimento
P1 Análise de Implantação do Centro de Informações Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS)	<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de aprimoramento dos processos relacionados ao Monitoramento dos Eventos de Saúde Pública - Pesquisa foi determinante na identificação das fragilidades para a implantação do CIEVS, mesmo com o contexto político favorável - Metodologia replicável em avaliações dos demais componentes da rede Cievs 	<ul style="list-style-type: none"> - Desenho do modelo lógico foi consensado com os usuários do conhecimento: secretário executivo, diretor, gerente, coordenador e técnicos que atuam no centro (Influência individual e interpessoal) - Compreensão do papel do centro pelas áreas técnicas, facilitando o reconhecimento e entendimento do processo de trabalho (influência coletiva) 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudo apresentado na "Mostra nacional de experiências bem-sucedidas em epidemiologia, prevenção e controle de doenças" (Expoepi), e nos eventos de emergências em saúde pública - Resultados discutidos nas reuniões técnicas da Secretaria Executiva - Divulgação em meio eletrônico para os envolvidos - Artigo científico não publicado 	<ul style="list-style-type: none"> - Instituição de reuniões mensais para adequação do processo de trabalho - Reformulação das reuniões do CAME, envolvendo mais áreas técnicas - Estabelecimento de uma agenda de educação permanente em serviço (Influência dos resultados, no fim do ciclo) 	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporação do conhecimento na rotina de trabalho, a partir do modelo lógico desenhado (uso conceitual) - Feedback sistemático dos encaminhamentos do CAME às áreas técnicas para providências (uso instrumental) - Melhoria dos protocolos internos (uso político ou simbólico) 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso e aplicação do conhecimento sustentados pela aceitação do modelo lógico como ferramenta de trabalho e pela manutenção do formato das reuniões do CAME

continua...

Pesquisa Avaliativa	Identificar o problema, rever e selecionar conhecimento	Adaptar o conhecimento ao contexto local (Níveis da influência)	Avaliar barreiras para utilização de conhecimento	Selecionar, adaptar, implementar intervenções (Dimensões da influência)	Monitorar e avaliar o uso ou aplicação do conhecimento (uso conceitual, instrumental, político/simbólico)	Sustentar o uso e aplicação do conhecimento
P2 Avaliação da implantação dos Serviços de Verificação de Óbito (SVO)	<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de fortalecimento organizacional da gestão; de implantação de um sistema de informações; de instituição de uma política de formação - Fragilidades encontradas no processo de trabalho classificaram os serviços em um nível parcial de implantação 	<ul style="list-style-type: none"> - Profissionais do serviço (médicos) e da gestão (diretores e técnicos) colaboraram na construção do modelo lógico (influência individual e interpessoal) - Convencimento da equipe de informática da importância da criação de um sistema informatizado (influência interpessoal) - Viabilização de recursos, por parte da gestão, para contratação e treinamento dos profissionais (influência coletiva) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa apresentada em reuniões técnicas das equipes dos serviços - Artigo científico publicado - Relação com o novo gestor do serviço foi uma barreira para a utilização da avaliação 	<ul style="list-style-type: none"> - Instituição de cursos básicos de vigilância epidemiológica para os profissionais dos serviços (influência dos resultados, no fim do ciclo) - Reforço no quadro de recursos humanos - Implantação de sistema informatizado - Estabelecimento de parceria com universidade para utilização do serviço como campo de ensino (Influência dos resultados, em longo prazo) - Contratação pelo MS da coordenadora como consultora (influência não intencional) 	<ul style="list-style-type: none"> - Reorganização das atividades do serviço, a partir do modelo lógico, valorizando atividades não realizadas antes (uso conceitual) - Elaboração de instrutivos e POP (uso político ou simbólico) - Conhecimento utilizado em orientação de alunos de graduação e pós-graduação para a elaboração de trabalhos de conclusão de curso (uso político ou simbólico) 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso e aplicação do conhecimento sustentados pela elaboração do protocolo e pela inclusão de novas atividades na rotina

continua...

Pesquisa Avaliativa	Identificar o problema, rever e selecionar conhecimento	Adaptar o conhecimento ao contexto local (Níveis da influência)	Avaliar barreiras para utilização de conhecimento	Selecionar, adaptar, implementar intervenções (Dimensões da influência)	Monitorar e avaliar o uso ou aplicação do conhecimento (uso conceitual, instrumental, político/simbólico)	Sustentar o uso e aplicação do conhecimento
P3 Avaliação da cobertura do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)	<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de conhecer a cobertura do SIM em um município de grande porte, considerando os fatores que podem prejudicar a qualidade dos dados (falta de informação ou mal preenchimento das DO, falhas na transmissão dos dados) - A cobertura correspondeu a 94,8% e o sub-registro de óbitos ao SIM foi de 5,2% - Nos cartórios de registro civil foram identificados 93% dos óbitos sub-registrados - Os óbitos localizados no IML foram os menos identificados pelo cartório 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidade das equipes para mudança do processo de trabalho, intensificando algumas ações (influência individual e interpessoal) - Pesquisador foi agente de mudança no fluxo da declaração de óbito (DO) do IML e dos óbitos domiciliares (influência interpessoal) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa divulgada no seminário realizado na SES e na Expoepi - Artigo científico publicado - Pesquisa utilizada na formação de profissionais dos serviços de saúde estadual - Rotina do serviço é a barreira para utilização do conhecimento 	<ul style="list-style-type: none"> - Alteração do fluxo das DO emitidas pelo IML para que não ocorram atrasos na coleta e digitação ou extravios - Ampliação da busca ativa de DO nos cartórios de registro civil, cemitérios e serviços de saúde - Reestabelecimento dos mecanismos de controle e distribuição da DO, para evitar o desvio de fluxo 	<ul style="list-style-type: none"> - Instituições envolvidas cumprindo o fluxo da informação reestabelecido (uso instrumental) - Manutenção da regularidade no envio do banco de dados dos óbitos das fontes de registro às Secretarias de Saúde (uso instrumental) 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso sustentado pela manutenção das estratégias de busca ativa de DO e da mudança no fluxo da informação

continua...

Pesquisa Avaliativa	Identificar o problema, rever e selecionar conhecimento	Adaptar o conhecimento ao contexto local (Níveis da influência)	Avaliar barreiras para utilização de conhecimento	Selecionar, adaptar, implementar intervenções (Dimensões da influência)	Monitorar e avaliar o uso ou aplicação do conhecimento (uso conceitual, instrumental, político/simbólico)	Sustentar o uso e aplicação do conhecimento
P4 Análise da implantação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos	<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de explicitação do modelo operacional do sistema de informações sobre natalidade - Importância da análise e divulgação das informações sobre natalidade de forma sistematizada, com periodicidade definida, agilidade, oportunidade e acessível aos usuários do sistema - Fragilidades relacionadas ao módulo de distribuição e controle dos formulários de DN - Insuficiente número de profissionais no manejo do sistema 	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento apreendido com o desenho conjunto do modelo lógico possibilitou uma crítica mais refinada das inconsistências e duplicidades do sistema (influência individual e interpessoal) - Priorização do monitoramento do sistema e dos indicadores operacionais pela equipe justificada pela pesquisa (influência interpessoal) 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação para os técnicos da SES (nível central e Geres) em aulas de pós-graduação - Publicado capítulo de livro - Descontinuidade do incentivo ao uso, diante das demandas do serviço 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração do manual de Normas e Rotinas do sistema - Adequação de indicadores de cobertura para monitoramento estadual - Módulo de distribuição e controle do sistema utilizado de forma mais efetiva pelas Geres (Influência dos resultados, no fim do ciclo) - Remanejamento de um profissional para trabalhar o sistema (Influência dos resultados, em longo prazo) 	<ul style="list-style-type: none"> - Olhar ampliado para o sistema, a partir do desenho do modelo lógico (ML), identificando particularidades não percebidas antes (uso conceitual) - Desenho do ML da vigilância do óbito, com base no ML deste estudo (uso político ou simbólico) - Maior controle da distribuição de DN pelas Geres (uso instrumental) 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso e aplicação sustentados com a elaboração e utilização do manual - Revisão do conhecimento realizada por duas técnicas do serviço durante a pós-graduação

continua...

Pesquisa Avaliativa	Identificar o problema, rever e selecionar conhecimento	Adaptar o conhecimento ao contexto local (Níveis da influência)	Avaliar barreiras para utilização de conhecimento	Selecionar, adaptar, implementar intervenções (Dimensões da influência)	Monitorar e avaliar o uso ou aplicação do conhecimento (uso conceitual, instrumental, político/simbólico)	Sustentar o uso e aplicação do conhecimento
P5 Avaliação do Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (Sinasc)	- Necessidade de um modelo de avaliação de sistemas de informações que explicitasse o encadeamento das suas atividades, estrutura e resultados esperados, no âmbito municipal - A não utilização do perfil epidemiológico para subsidiar a gestão, insuficiente monitoramento de indicadores e a carência de recursos físicos para os sistemas de informações foram entraves do contexto organizacional para a implantação do sistema	- Adaptação do modelo lógico do sistema em âmbito estadual para o nível municipal (influência individual) - Apoio de gestores do sistema, desde a elaboração do projeto até a defesa e submissão às revistas científicas (influência interpessoal)	- Apresentação à equipe da área técnica e para turmas de residência e mestrado; - Disponibilização de recortes da pesquisa em meio digital para os municípios que apresentavam alguma distorção na realização de atividades - Artigo submetido três vezes em revistas científicas e não aceito	- Elaboração de um instrumento para avaliação normativa, em âmbito municipal, com base no questionário de coleta de dados da pesquisa (influência dos resultados, no fim do ciclo)	- Utilização do modelo lógico para nortear as ações e monitorar periodicamente os indicadores do sistema (uso conceitual) - Utilização do instrumento na rotina de supervisão dos municípios pelas Geres e nível central da vigilância em saúde (uso instrumental)	- Uso sustentado pelo perfil da equipe que possui profissionais formados em avaliação e que reconhecem a importância dos resultados da pesquisa - Realização de uma pesquisa-ação financiada pelo Ministério da Saúde, a partir do conhecimento gerado pela pesquisa

continua...

Pesquisa Avaliativa	Identificar o problema, rever e selecionar conhecimento	Adaptar o conhecimento ao contexto local (Níveis da influência)	Avaliar barreiras para utilização de conhecimento	Selecionar, adaptar, implementar intervenções (Dimensões da influência)	Monitorar e avaliar o uso ou aplicação do conhecimento (uso conceitual, instrumental, político/simbólico)	Sustentar o uso e aplicação do conhecimento
P6 Avaliação de Desempenho da vigilância epidemiológica em uma regional de saúde	- Necessidade de identificar as lacunas que travam o bom desempenho da vigilância epidemiológica em 4 funções (adaptação, alcance de metas, produção e manutenção de valores) - As funções que apresentaram o menor desempenho foram adaptação (produção de informação) e manutenção de valores (clima e cultura organizacional)	- Aceitação do modelo de desempenho proposto pela pesquisadora/gerente, como modelo de gestão da regional, pela equipe (influência individual e interpessoal) - Disponibilidade da comissão intergestores regional (CIR) para mudança nos formatos das reuniões (Influência coletiva)	- Publicação de capítulo de livro - Falta de organização do tempo para compartilhar o conhecimento.	- Implantação do modelo de gestão da Geres, com base no modelo de desempenho - Produção de informes, boletins e artigos científicos - Instituição do colegiado integrado (VS, AB e programas afins) e do Comitê de mortalidade materna (Influência dos resultados, no fim do ciclo)	- Valorização dos aspectos relacionados à cultura e ao clima organizacional na rotina (uso simbólico ou político) - Contínuo direcionamento das ações de forma organizada e articulada com o modelo de desempenho (uso instrumental)	- Uso sustentado pela utilização do modelo de desempenho como norte na gestão da Geres, porém a continuidade depende da nova gestora

continua...

Pesquisa Avaliativa	Identificar o problema, rever e selecionar conhecimento	Adaptar o conhecimento ao contexto local (Níveis da influência)	Avaliar barreiras para utilização de conhecimento	Selecionar, adaptar, implementar intervenções (Dimensões da influência)	Monitorar e avaliar o uso ou aplicação do conhecimento (uso conceitual, instrumental, político/simbólico)	Sustentar o uso e aplicação do conhecimento
P7 Avaliação do desempenho da vigilância epidemiológica em 12 regiões de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de conhecer o desempenho da vigilância epidemiológica nas 12 Geres, a partir de um modelo multidimensional - Desempenho global regular, permitindo a compreensão das potencialidades e fragilidades, e de como essas podem influenciar nas relações funcionais das organizações - O contexto organizacional e ações como: notificação, investigação, processamento, análise de dados e disseminação da informação não fazem parte da rotina dos serviços, comprometendo a "informação para a ação" 	<ul style="list-style-type: none"> - Aquisição de capacidade para trabalhar estratégias de avaliação contínua, de acordo com o perfil de cada Geres (influência individual) - Parte dos usuários do conhecimento contribuiu na elaboração do modelo lógico regional (influência interpessoal) 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação em turmas de pós-graduação e em um congresso - Não publicou artigo científico 	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de um instrumento para avaliação normativa das Geres, com base no modelo de desempenho multidimensional (influência dos resultados, no fim do ciclo) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ainda não houve uso e aplicação do instrumento elaborado 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso não sustentado e não avaliado

continua...

Pesquisa Avaliativa	Identificar o problema, rever e selecionar conhecimento	Adaptar o conhecimento ao contexto local (Níveis da influência)	Avaliar barreiras para utilização de conhecimento	Selecionar, adaptar, implementar intervenções (Dimensões da influência)	Monitorar e avaliar o uso ou aplicação do conhecimento (uso conceitual, instrumental, político/simbólico)	Sustentar o uso e aplicação do conhecimento
P8 Avaliação de desempenho da Vigilância Epidemiológica das doenças transmissíveis com potencial risco para Emergência em Saúde Pública	- Necessidade de conhecer as fragilidades e potencialidades das Geres para o alcance de um bom desempenho na resposta às emergências em saúde pública - Foram analisadas 4 funções do desempenho. O conjunto de indicadores relacionados às funções de adaptação e valores foi classificado como "aceitável" e "satisfatório", enquanto que os relacionados ao alcance de metas e produção foram considerados "pouco aceitáveis"	- Realização de novas atividades e revisão das atividades realizadas proporcionadas pelo aporte teórico do estudo (influência individual) - Profissionais da equipe contribuíram com a elaboração da estratégia metodológica do estudo (influência interpessoal)	- O número de indicadores elencados nas funções adaptação e valores foi maior do que nas de alcance de metas e produção, o que pode ter causado uma melhor classificação naquelas funções - Os resultados divergentes do esperado e do que é observado na prática das Geres desmotivou o compartilhamento e o uso do estudo - A complexidade do modelo de avaliação do desempenho dificultou o uso	Não houve aplicação do conhecimento que resultasse na seleção, adaptação ou implementação de intervenções	Não houve uso do conhecimento pelos principais usuários do conhecimento, as Geres	Uso não sustentado e não avaliado

continua...

Pesquisa Avaliativa	Identificar o problema, rever e selecionar conhecimento	Adaptar o conhecimento ao contexto local (Níveis da influência)	Avaliar barreiras para utilização de conhecimento	Selecionar, adaptar, implementar intervenções (Dimensões da influência)	Monitorar e avaliar o uso ou aplicação do conhecimento (uso conceitual, instrumental, político/simbólico)	Sustentar o uso e aplicação do conhecimento
P9 Avaliação do Sistema de Vigilância Epidemiológica da Dengue	<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de conhecer a qualidade da informação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação e do Sistema Gerenciamento Laboratorial, em período de epidemia de dengue - Um dos sistemas foi considerado oportuno, porém pouco sensível para detectar casos na epidemia - 38% dos casos cadastrados em um sistema não estavam inseridos no outro - O outro sistema classificado como inadequado, quando avaliadas as amostras com resultados negativos transportadas em tempo inoportuno ao laboratório 	<ul style="list-style-type: none"> - Mudança de postura com relação ao processo de trabalho dos municípios e Geres (influência individual e interpessoal) - Agente da adequação do envio das amostras ao Lacen, orientando sobre o período adequado (influência interpessoal) 	<ul style="list-style-type: none"> - Resultados apresentados para as Geres e municípios do estado - Resultados utilizados nas capacitações e nos informes epidemiológicos divulgados - A rotina da gestão contribuiu para a não priorização do compartilhamento com a comunidade científica 	<ul style="list-style-type: none"> - Adequação do período de envio das amostras ao Lacen (24h) ou não envio, evitando resultados falso-negativos - Capacitação dos profissionais das Geres e municípios, abordando qualidade da informação, adequação de amostras e consulta ao GAL - Utilização do GAL pela área técnica e Geres como mais uma fonte de notificação de casos suspeitos de dengue (Influência dos resultados, no fim do ciclo) 	<ul style="list-style-type: none"> - Redução do envio de amostras pela sabida inoportuna no tempo de transporte (uso instrumental) - Qualificação dos resultados das amostras enviadas em tempo oportuno (uso instrumental) - Consulta contínua ao GAL como ferramenta de captação de casos suspeitos (uso instrumental) 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso e aplicação sustentados pela contínua qualificação das informações divulgadas, com o cruzamento dos dados do SINAN e do GAL

continua...

Pesquisa Avaliativa	<p>Identificar o problema, rever e selecionar conhecimento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de entender a operacionalização da vigilância dos ATT na sua integralidade - Capacidade operacional das unidades sentinelas para produção de informações úteis ainda inadequadamente explorada como subsídio às intervenções no nível regional - Falta de formalização de área técnica nas Geres - Confusão entre os papéis do Comitê Regional de Prevenção aos acidentes de moto e a vigilância de ATT 	Adaptar o conhecimento ao contexto local (Níveis da influência)	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicos e gestores da vigilância contribuíram com a elaboração/validação do modelo lógico da Vigilância Sentinela de ATT (influência individual e interpessoal) - Compreensão do papel da vigilância sentinela de ATT, desfazendo a sobreposição de papéis nos níveis de execução (influência coletiva) 	Avaliar barreiras para utilização de conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação em turmas de especialização/mestrado e compartilhada com os estudantes - Artigo científico não publicado - Contexto dinâmico do serviço e dificuldades pessoais do autor dificultaram o compartilhamento e uso 	Selecionar, adaptar, implementar intervenções (Dimensões da influência)	<ul style="list-style-type: none"> - Publicação de portaria normatizando a Vigilância de ATT, com base no modelo lógico - Definição de um técnico de referência em cada Geres responsável pela vigilância de ATT 	Monitorar e avaliar o uso ou aplicação do conhecimento (uso conceitual, instrumental, político/simbólico)	<ul style="list-style-type: none"> - Vinculação de profissionais das Geres na vigilância de ATT (uso instrumental) - Utilização do ML pela equipe para subsidiar um Projeto de Qualificação das Unidades Sentinelas de Informação sobre Acidentes de Transporte Terrestre - USIATT (uso conceitual) 	Sustentar o uso e aplicação do conhecimento	<ul style="list-style-type: none"> - Uso sustentado pela aplicação do Projeto de Qualificação em 21 USIATT - Vinculação das referências técnicas nas Geres
---------------------	---	---	---	---	---	---	--	---	--	---	--

Fonte: elaboração própria.

Nas etapas de *Monitoramento e avaliação do uso ou aplicação do conhecimento*, foram analisadas as mudanças ocorridas com base nas intervenções implementadas, a partir dos três tipos de uso (instrumental, político/simbólico e conceitual). Em cinco das pesquisas (P1, P2, P4, P5 e P10), o uso conceitual da teoria da intervenção representada pelos modelos lógicos desenhados pelos pesquisadores e suas equipes possibilitou a ampliação do olhar de todos sobre seus componentes e a reorganização/orientação das ações e do monitoramento. A evidência da avaliação foi utilizada instrumentalmente para tomar algumas decisões, por exemplo, a equipe do CIEVS envia sistematicamente os encaminhamentos do CAME às áreas técnicas envolvidas para providências; no SIM, as fontes de registro atualizam as Secretarias de Saúde rotineiramente com seu banco de dados dos óbitos; no Sinasc, houve um maior controle da distribuição de declaração de nascidos vivos pelas Geres, dentre outras. Simbolicamente, as avaliações foram utilizadas para legitimar posições e formular diretrizes, como na melhoria de protocolos, elaboração de instrutivos; orientação de alunos de graduação e pós; valorização de aspectos antes não valorizados na gestão regional, como cultura e clima organizacional (Tabela 2). Os entrevistados integrantes das áreas tiveram percepções distintas a respeito das mudanças ocorridas:

[...] como a maioria dos estudos era de implantação, viram as lacunas que tínhamos no sistema, muito mais do que imaginávamos, e hoje temos cursos que tentam capacitar as pessoas para que elas fechem essas lacunas. (D1).

[...] a partir de 2 estudos aqui da nossa área, foram feitas mudanças de curto prazo. As mestrandas ajudaram a reestruturar o processo de trabalho dos programas avaliados [...] (D2).

[...] acho que poucas mudanças, principalmente de médio e longo prazo, até porque pouco conhecemos os estudos produzidos, a devolutiva ou até que ponto usou foi pouco divulgado na SEVS em geral, não sei dentro de cada área técnica (Ger. 2).

Na última fase, *Sustentar o uso do conhecimento*, de certa forma, a manutenção das intervenções implementadas pelo conhecimento utilizado e aplicado, a partir das pesquisas, sustentou o seu uso; seja pelo perfil dos profissionais da equipe formados na área de avaliação, seja pelo envolvimento da equipe no desenho dos modelos lógicos ou, ainda, pela necessidade das mudanças constatadas pelas pesquisas realizadas. No que se refere ao ciclo de feedback entre as fases, colocado em movimento nesta etapa, a barreira citada por um dos pesquisadores, a não aceitação do artigo pelo periódico científico, fez com que ele fosse reformulado e submetido a mais dois periódicos, no sentido de promover a aceitação do conhecimento (Tabela 2).

[...] geralmente, esses estudos de avaliação do uso ficam restritos ao âmbito acadêmico, na gestão não se tem conseguido nem dar conta do processo de monitoramento (Ger. 2).

[...] ter um fórum maior para apresentar os estudos (por exemplo, no ciclo de debates da SEVS), além de entregar os resultados por escrito, seriam ótimas estratégias. Também, cada diretoria pegar o resultado e sistematizar de forma que se incorporasse no monitoramento da gestão como problema e na linha de prioridade de ação de cada programa (Ger. 3).

Discussão

Muitos são os estudos que evidenciam as barreiras do acesso ao conhecimento produzido pelas pesquisas no campo das políticas de saúde, e mais outros tantos sugerindo estratégias para potencializar sua utilização, porém os desafios descritos na literatura parecem persistir (OLIVER; LORENC; INNVAER, 2014). Se a produção científica, via de regra, pouco reverbera para além do meio acadêmico, o processo de translação de novos conhecimentos gerados por avaliações é ainda mais complexo, no que se refere à tríade: atitude dos avaliadores; envolvimento/habilidade dos utilizadores; e os mecanismos organizacionais de suporte (BENNET et al., 2003; FIGUEIRÓ et al., 2012; GAGLIARD et al., 2016; HARTZ et al., 2008; HENRY; MARK, 2003; JOHNSON, 2005).

No caso das pesquisas avaliativas realizadas por profissionais da Secretaria Executiva de Vigilância do Estado de Pernambuco (SEVS/PE), a posição dos avaliadores (líderes de opinião e decisores) na equipe influenciou a percepção e a atitude dos usuários do conhecimento frente aos seus objetos de trabalho, que foram alvos das pesquisas, fazendo-os reconhecer as utilidades da avaliação. Influências intencionais (ex. compreensão dos modelos lógicos das intervenções) e não intencionais (ex. contratação da pesquisadora como consultora do MS); coletivas, interpessoais ou individuais, ocorreram, ainda que em intensidades e periodicidades diferentes (FIGUEIRÓ et al., 2012; HARTZ et al., 2008; HENRY; MARK, 2003). A cadeia de TC ativada pelas pesquisas avaliativas envolveu os utilizadores, em especial os que já tinham alguma familiaridade com a área de avaliação, constatando-se, mais uma vez, o que é unânime entre os autores: a importância do engajamento dos mesmos para o êxito da TC, ainda na fase de planejamento das pesquisas (GAGLIARD et al., 2016; CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH, 2012; GRAHAM et al., 2006; JACOBSON; BUTTERILL; GOERING, 2003; VINGILIS et al., 2003).

Além da definição conjunta dos problemas prioritários, as equipes participaram e contribuíram na elaboração dos modelos lógicos das intervenções existentes para resolvê-los, gerando um conhecimento que, antes mesmo do julgamento de valor, tão esperado pelo avaliador, permitiu que o grupo compreendesse as intervenções na sua dimensão unitária (objetivos, componentes, atividades, resultados esperados) e na interação entre suas partes (BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010; CHAMPAGNE et al., 2011). Essa abordagem contextualizada, ou seja, alinhada com a expectativa do serviço, buscou superar a arbitrariedade semântica da avaliação, tanto no que diz respeito à reconstrução da teoria do objeto a ser avaliado, quanto ao próprio julgamento de valor. Mesmo nas pesquisas pouco ou não utilizadas e aplicadas, a proposição (semântica) esteve atrelada à interpretação, no contexto e com as partes interessadas (pragmática da avaliação), o que contribuiu para uma maior compreensão, aceitação e disposição para mudanças (ABREU et al., 2017; BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010; FIGUEIRÓ et al., 2016; GAGLIARD et al., 2016; HARTZ, 2013; WEISS; MURPHY-GRAHAM; BIRKELAND, 2005).

O grau da translação (utilização e aplicação) do conhecimento alcançado principalmente pelos resultados, no fim do ciclo das avaliações, após essa “influência inicial”, dependeu, portanto, da identificação das oportunidades e superação das barreiras que se apresentaram; além da capacidade de compor as prioridades das áreas envolvidas para seleção, adaptação ou implementação de intervenções (HARTZ et al., 2008).

Como descrito na literatura, a principal barreira relatada para a TC foi a falta de tempo, conseqüente da rotina exaustiva do serviço que, anterior à utilização do conhecimento, dificultou a sua disseminação, difusão e compartilhamento (BENNET et al., 2003; DAVIS, 2005; GAGLIARD, 2016; MELINE; PARADISO, 2003). A falta de evidência relevante foi citada por uma das pesquisadoras como principal barreira (BENNET et al., 2003). O poder de persuasão do pesquisador traduzido pela sua disposição em reproduzir a mensagem em espaços distintos – serviço, academia, meio científico – reverberou na adaptação e implementação de intervenções, a partir do conhecimento gerado (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Mudanças relacionadas ao conhecimento, atitudes, habilidades e hábitos foram proporcionadas.

Analisando-se a TC à luz das três premissas propostas por Oliver, Lorenc e Innvaer (2014) para o uso de evidências nas políticas de saúde, a estratégia utilizada

pela Secretaria de Vigilância parece ser um dos caminhos para o sucesso da TC: (1) a ligação entre a evidência política e a adequada produção de conhecimento foi feita pelo pesquisador/decisor, de modo que atendeu às necessidades dos serviços; (2) a avaliação participativa utilizada pela maioria das pesquisas contribuiu para um maior envolvimento dos utilizadores, inclusive no processo; e (3) as mudanças proporcionadas pelos resultados das pesquisas foram capazes de demonstrar os benefícios das avaliações (readequações dos processos de trabalho, elaboração de material instrutivo, qualificação das ações, dentre outras).

Embora avaliações sobre a efetividade da aplicação do conhecimento em termos de resultados no sistema de saúde não tenham sido realizadas, a compreensão dos pesquisadores do que poderia influenciar as práticas nos serviços de saúde e a tomada de decisão foram determinantes na ressignificação e valorização das pesquisas para dentro das equipes (ABREU et al., 2017; OLIVER; LORENC; INNVAER, 2014). A ocorrência dos usos conceitual, instrumental e político/simbólico demonstrou que o aumento da capacidade avaliativa dos pesquisadores, por si só, favoreceu uma gama de melhorias sistemáticas e contínuas, na medida em que o conhecimento produzido influenciou e foi incorporado à rotina dos serviços; contribuiu para a reorganização e qualificação de atividades; e forneceu subsídios para a elaboração de material instrutivo e protocolos.

Ainda que algumas evidências tenham apontado para o uso e aplicação sustentados do conhecimento (revisita aos modelos lógicos, atualização de protocolos, manutenção dos fluxos), o planejamento de fatores relevantes à sustentabilidade da TC e essenciais às mudanças de práticas não foi contemplado nos projetos das pesquisas (DAVIES; EDWARDS, 2013; OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015). O ideal é que barreiras sejam ponderadas para a retenção das mudanças de práticas e que haja uma sistemática utilização dos resultados da investigação, refletindo sobre a forma como as mudanças podem ser mantidas e ampliadas para outras áreas e quais fatores contextuais facilitarão a manutenção e o futuro da TC (OELKE; LIMA; ACOSTA, 2015).

Duas das avaliações analisadas neste estudo não foram utilizadas ou aplicadas e, portanto, nem os processos de mudança de atitudes, crenças e ações, os quais a avaliação afeta, nem os resultados intermediários que ocorrem entre a pesquisa e as melhorias sociais foram suficientemente desenvolvidos (HENRY; MARK, 2003). Dentre os três princípios básicos da TC: conhecimento, diálogo e capacidade (BENNET; JESSANI, 2011), uma das pesquisas, de início, já não cumpriu com o

primeiro, ou seja, não obteve uma base de conhecimento robusta e contextualizada, o que inviabilizou a translação. No outro estudo, embora tenha produzido um conhecimento validado, o diálogo/troca regulares e o desenvolvimento de habilidades para responder às oportunidades de TC não foram relatados.

De acordo com Bennet e Jessani (2011), existem quatro modelos de TC:

- 1) **Modelo “push”**: em que o pesquisador é o principal promotor da mudança, por meio de ferramentas adequadas, considerando os contextos e pressões políticas para os receptores do conhecimento.
- 2) **Modelo “pull”**: em que os usuários das pesquisas e tomadores de decisão solicitam à academia as informações, as evidências e os pesquisadores com a habilidade que eles acham que precisam.
- 3) **Modelo “exchange”**: baseia-se em parcerias entre pesquisadores e utilizadores da pesquisa que colaboram para o benefício mútuo.
- 4) **Modelo “integrated”**: adota estratégias que promovam a ligação e o intercâmbio com um sistema de saúde, podendo contribuir para a criação de uma base de conhecimento fácil de usar, convocar diálogos e encontros e ofertar cursos de capacitação de rotina.

Ante ao exposto, a estratégia utilizada pela SEVS/PE se enquadra no modelo “exchange” de translação do conhecimento proposto por Bennett e Jessani, em 2011, baseado na parceria entre pesquisadores e utilizadores do conhecimento colaborando para o benefício mútuo. Nesse caso, a parceria se deu entre a gestão da vigilância em saúde, que contribuiu com a definição do foco da produção de novos conhecimentos, e os profissionais que aspiravam ao título de mestre, e ocupavam várias posições na “complexa teia organizacional” (HARTZ, 2013) – pesquisador, influenciador e utilizador do conhecimento.

Considerações finais

O duplo papel desempenhado no mestrado profissional: pesquisador e técnico/gestor dos serviços de saúde foi determinante para a translação do conhecimento das avaliações realizadas na Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde de Pernambuco. A participação dos potenciais usuários do conhecimento na sua (re) construção, desde o momento da definição do problema, até o seu uso e aplicação se deveu em grande medida à prévia influência dos pesquisadores no grupo de

interessados, o que legitimou o processo (ABREU et al., 2017; BEZERRA; CAZARIN; ALVES, 2010; FIGUEIRÓ et al., 2012; GAGLIARD et al., 2016; HARTZ, 2013; VINGILIS et al., 2003). Estar inserido no contexto foi vital para a análise do público e do momento ideal para difusão e disseminação do conhecimento produzido (GRAHAM, 2006). As mudanças ocorridas em decorrência dos resultados das pesquisas foram desde a criação de novas agendas, elaboração de protocolos e revisão de documentos, mudança do processo de trabalho, instituição de novos fluxos, até a contratação de novos profissionais.

Na análise geral das fases ideais da translação do conhecimento das pesquisas realizadas, a influência se deu em todas as dimensões e níveis e os três tipos de uso foram categorizados nas evidências. A maior ocorrência foi da influência nos níveis individual e interpessoal, revelada nos resultados das pesquisas, no fim do ciclo das avaliações. Ressalta-se a maior ocorrência de eventos e inscrições nas categorias de uso instrumental da avaliação e da influência no tempo imediato e fonte processual, indicando correspondência entre a abordagem com foco na utilidade e o favorecimento da utilização dos estudos durante o decorrer do processo de trabalho. Chamam a atenção, ainda, os eventos de natureza coletiva, indicando o interesse institucional em adotar produtos e recomendações gerados pelas avaliações (FIGUEIRÓ et al., 2012).

Embora o ciclo de *feedback* entre as fases de ação não tenha sido analisado, ou seja, como cada fase de ação pode ser influenciada pelas fases que a precederam, percebeu-se o movimento feito pela maioria dos pesquisadores para o uso e aplicação do conhecimento, superando as barreiras presentes desde a introdução do conhecimento na rotina das equipes. Porém, é importante ressaltar a importância do processo de planejamento e gerenciamento da mudança, avaliando as barreiras à sustentabilidade do conhecimento, adaptando as intervenções a essas barreiras, monitorando o uso contínuo e avaliando o impacto do uso inicial e o uso sustentado do conhecimento, o que não foi realizado (GRAHAM et al., 2006).

A preocupação contínua com o uso e aplicação do conhecimento produzido pelas pesquisas, aliada à definição de um referencial teórico para avaliar o “impacto” da pesquisa em políticas e populações, com métodos claros para entender como a política funciona e como ela muda em resposta à informação, possibilitará a mensuração dos efeitos da translação do conhecimento nas políticas de saúde (OLIVER; LORENC; INNVAER, 2014).

É importante frisar a publicação de dois artigos científicos e a produção de dois capítulos de livro como forma do conhecimento circulante, para alcançar outras audiências e contribuir para melhorar ainda mais as práticas. É importante que os próximos profissionais do serviço interessados em cursos de pós-graduação incluam a TC como parte do planejamento do estudo, ainda na fase de elaboração do projeto de pesquisa, a fim de aumentar a amplitude do seu alcance e favorecer a sua sustentabilidade.¹

Referências

- ABREU, D. M. F. et al. Usos e influências de uma avaliação: translação de conhecimento? *Saúde Debate*, v. 41, especial, p. 302-316, mar. 2017.
- BARBOSA, L.; PEREIRA NETO, A. Ludwik Fleck (1896-1961) e a translação do conhecimento: considerações sobre a genealogia de um conceito. *Saúde Debate*, v. 41, especial, p. 317-329, mar. 2017.
- BENNET, S. et al. Perceptions of evidence-based practice: A survey of Australian occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, v. 50, p. 13-22, 2003.
- BENNET, G.; JESSANI, N. *The knowledge translation toolkit: bridging the know-do gap: a resource for researchers*. 2011. Retrieved from: <<http://web.idrc.ca/openbooks/508-3/>>.
- BEZERRA, L. C. A.; CAZARIN, G.; ALVES, C. K. A. Modelagem de Programas: da Teoria à Operacionalização. In: SAMICO, I. et al. *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: MedBook, 2010, p. 65-78.
- BLAKE, S. C.; OTTOSON, J. M. Knowledge utilization: Implications for evaluation. *New Directions for Evaluation*, v. 124, p. 21-34, 2009.
- BRETT, J. L. L. Use of nursing practice research findings. *Nursing Research*, v. 36, p. 344-349, 1987.
- CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH (CIHR). *About knowledge translation*. 2005. Retrieved September 9, 2006. Disponível em: <<http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/29418.html>>.
- _____. *Guide to Knowledge Translation Planning at CIHR: Integrated and End-of-Grant Approaches*. Canada: Canadian Institutes of Health Research, 2012.
- CHAMPAGNE F. et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. et al. *Avaliação conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011, p. 41-60.
- CRAVEIRO, I.; HARTZ, Z. Avaliação do papel das redes de investigação na translação do conhecimento. In: *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Avaliação em Saúde, Ciência Aberta e Gestão do Conhecimento*, v. 15 (Supl. 2), 2016, S35-S40.

DAVIES, B.; EDWARDS, N. Sustaining knowledge use. In: STRAUS, S.; TETROE, J.; GRAHAM, I. D. (Edit.). *Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice*. 2. ed. Wiley Blackweel/BJM Books, 2013, p. 237-248.

DAVIS, D. Quality, Patient Safety and the Implementation of Best Evidence: Provinces in the Country of Knowledge Translation. *Health Care Quarterly*, v. 8, special issue, p. 128-131, oct. 2005.

DAVISON, C. M. Knowledge translation: Implications for evaluation. In: OTTOSON, J. M.; HAWE, P. (Eds.). *Knowledge utilization, diffusion, implementation, transfer, and translation: Implications for evaluation*. San Francisco: Wiley Subscription Services at Jossey-Bass, 2009, p. 75-87. (Serie New Directions for Evaluation, v. 124).

ESTABROOKS, C. A. The conceptual structure of research utilization. *Research in Nursing & Health*, v. 22, p. 203-216, 1999.

FIGUEIRÓ, A. C. et al. Usos e influência da avaliação em saúde em dois estudos sobre o Programa Nacional de Controle da Dengue. *Cad. Saúde Pública*, v. 28, n. 11, p. 2095-2105, nov. 2012.

_____. A avaliação da rede PDTSP-Teias: contribuição ao debate sobre construção do conhecimento e de produtos para o SUS. In: SANTOS, I. S.; GOLDELSTEIN, R. A. *Rede de pesquisa em Manguinhos: sociedade, gestores e pesquisadores em conexão com o SUS*. São Paulo: Hucitec, 2016, p. 293-322.

GAGLIARD, A. R. et al. Integrated knowledge translation (IKT) in health care: a scoping review. *Implementation Science*, v. 11, n. 38, p. 1-12, 2016.

GRAHAM, I. D. et al. Lost in Knowledge Translation: Time for a Map? *The Journal of Continuing Education in the Health Professions*, v. 26, p. 13-24, 2006.

GRAHAM, I. D.; LOGAN, J. Innovations in knowledge transfer and continuity of care. *Canadian Journal of Nursing Research*, v. 36, n. 2, p. 89-103, 2004.

GRAVEL, K.; LÉGARÉ, F.; GRAHAM, I. D. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. *Implementation Science*, v. 1, n. 16, p. 1-15, 2006.

HARTZ, Z. M. A. (Org.) *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997, p. 132. ISBN 85-85676-36-1. Disponível em: <[http:// books.scielo.org](http://books.scielo.org)>.

_____. Contextualizando a implantação das intervenções e da avaliação em saúde: um ensaio pragmático. In: SAMICO, I. et al. *Formação Profissional e Avaliação em Saúde – Desafios na Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: MedBook, 2013. 244 p.

HARTZ, Z. M. A. et al. From knowledge to action: challenges and opportunities for increasing the use of evaluation in health promotion policies and practices. In: MCQUEEN, D. V.; POTVIN, L. (Edit.). *Health promotion evaluation practices in the Americas: values and research*. New York: Springer, 2008, p. 101-20.

HENRY, G. T.; MARK, M. M. Beyond Use: understanding evaluation's influence on attitudes and actions. *American Journal Evaluation*, v. 24, n. 3, p. 293-314, 2003.

JACOBSON, N.; BUTTERILL, D.; GOERING, P. Development of a framework for knowledge translation: understanding user context. *Journal of Health Services Research & Policy*, v. 8, n. 2, p. 94-99, 2003.

JOHNSON, L. S. From knowledge transfer to knowledge translation: Applying research to practice. *OT Now*, Ottawa, p. 11-14, July/August 2005.

LAVIS, J. et al. Assessing country-levels Efforts to Link Research to Action. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 84, p. 620-628, 2006.

MELINE, T.; PARADISO, T. Evidence-Based Practice in Schools: Evaluating Research and Reducing Barriers. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, v. 34, p. 273-283, Oct. 2003.

MICHEL, Y.; SNEED, N. V. Dissemination and use of research findings in nursing practice. *Journal of Professional Nursing*, v. 11, p. 306-311, 1995.

OELKE, N. D.; LIMA, M. A. D. S.; ACOSTA, A. M. Translação do conhecimento: traduzindo pesquisa para o uso na prática e na formulação de políticas. *Revista Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre, v. 36, n. 3, p. 113-117, set. 2015.

OLIVER, K.; LORENC, T.; INNVAER, S. New directions in evidence-based policy research: a critical analysis of the literature. *Health Research Policy and Systems*, v. 12, n. 34, p. 1-11, 2014.

O'TOOLE, L. J. Research on policy implementation: Assessment and prospects. *Journal of Public Administration Research and Theory*, v. 10, n. 2, p. 263-288, 2000.

OTTOSON, J. M. Knowledge-for-action theories in evaluation: Knowledge utilization, diffusion, implementation, transfer, and translation. In: OTTOSON, J. M.; HAWE, P. (Eds.). *Knowledge utilization, diffusion, implementation, transfer, and translation: Implications for evaluation*. San Francisco: Wiley Subscription Services at Jossey-Bass, 2009, p. 7-20. (Serie New Directions for Evaluation, v. 124).

PUBLIC HEALTH AGENCY OF CANADA (PHAC). *Knowledge translation planning primer. To promote and protect the health of Canadians through leadership, partnership, innovation and action in public health*. Canada, 2012.

ROGERS, E. *Diffusion of innovations*. 5. ed. New York: Free Press, 2003.

SUDSAWAD, P. *Knowledge translation: Introduction to models, strategies, and measures*. Austin, TX: Southwest Educational Development Laboratory, National Center for the Dissemination of Disability Research, 2007. Disponível em: <<http://www.ncddr.org/kt/products/ktintro/>>.

TRICCO, A. C. et al. Barriers and facilitators to uptake of systematic reviews by policymakers and health care managers: a scoping review. *Implementation Science*, v. 11, n. 4, p. 1-20, 2016.

VINGILIS, E. et al. Integrating Knowledge Generation with Knowledge Diffusion and Utilization: A Case Study Analysis of the Consortium for Applied Research and Evaluation in Mental Health. *Revue Canadienne de Santé Publique*, v. 94, n. 6, p. 468-471. Nov.-dez. 2003.

WEISS, C. H.; MURPHY-GRAHAM, E.; BIRKELAND, S. An alternative route to policy influence: how evaluations affect D.A.R.E. *American Journal of Evaluation*, v. 26, n. 1, p. 12-30, Mar. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Bridging the "Know-Do" Gap Meeting on Knowledge Translation in Global Health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2005.

_____. *Bridging the "know-do" gap: Meeting on knowledge translation in global health*. Geneva: World Health Organization, 2006.

Nota

¹ L. Bezerra foi responsável pela concepção, interpretação dos dados, análise e redação do artigo. E. Felisberto participou da concepção, redação do artigo e revisão crítica do conteúdo. J. Costa realizou a interpretação dos dados, análise e redação do artigo. Z. Hartz participou da concepção, redação do artigo, revisão crítica do conteúdo e aprovação final da versão a ser publicada do artigo.

Abstract

Knowledge Translation in qualification of Health Surveillance management: contribution of postgraduate evaluative studies

There are many challenges in minimizing the gaps between scientific evidence and better health outcomes. The translation of knowledge (TC) is the movement that knowledge makes in an organizational context in favor of its effective application. This study aimed to analyze the occurrence of CT in the Executive Secretariat of Health Surveillance of Pernambuco (SEVS / PE), focusing on 10 evaluative surveys on Health Surveillance programs, produced in the Master's Degree in Health Evaluation of the Institute of Comprehensive Medicine Prof. Fernando Figueira, from 2011 to 2015. For this purpose, a semi-structured interview script was used, addressing 7 managers and 10 SEVS-PE technicians. In the analysis of this qualitative case study, a CT model was used, and overlapping it, a theoretical structure of use-influence of the evaluation. In eight studies analyzed, evidence was categorized into five phases of CT. Only the evaluation stage of the use of knowledge was not evidenced. Different types of use, dimensions and influence levels of the evaluations were reported. Among the changes occurred, the following were reported: creation of new agendas, elaboration of protocols, change of work process, creation of new flows, hiring of new professionals.

► **Keywords:** knowledge translation; knowledge management; health policies; health management; health surveillance.



5. DISCUSSÃO

A presente tese promove uma análise da Política de Monitoramento e Avaliação da Vigilância em Saúde de Pernambuco, no Brasil, tomando como base a Gestão do Desempenho, delineada por Hunter e Nielsen¹, em 2013; de forma mais ampla, a Gestão do Conhecimento, proposta por Landry (2006)²; e com foco na Translação do Conhecimento, a partir do referencial de Graham *et al.* (2006)³.

No primeiro estudo, ressaltou-se a importância de, ao se implantar uma Política de Monitoramento e Avaliação, garantir as condições necessárias, para além da realização das atividades relacionadas a essas práticas. Constatou-se que elementos presentes tanto na Vigilância em Saúde de Pernambuco, quanto na Política Canadense, são determinantes para a manutenção da Política e incentivo a uma cultura de M&A, tais como:

- política de M&A alinhada com o modelo de gestão do governo⁴;
- líderes e gerentes operacionais responsáveis pela produção de valor organizacional, incentivo dos demais envolvidos e operacionalização dos processos⁵;
- existência de um sistema de responsabilidades definindo o papel de cada envolvido⁶;
- existência de uma unidade de M&A¹;
- existência de sistemas de informação em saúde⁷;
- orçamento da VS destinado às decisões tomadas nas reuniões do monitoramento do desempenho e às recomendações das avaliações realizadas⁶;
- estímulo à realização de pós-graduação, com o apoio à construção de projetos de pesquisa em M&A⁷;
- oferta de especialização e mestrado de avaliação em saúde para técnicos e gestores da VS, cujo objetivo era formar avaliadores, defensores e cultivadores do M&A⁷;
- incentivo à participação dos técnicos em eventos científicos com apresentação de trabalhos resultantes de estudos internos;
- elaboração de relatórios trimestrais com encaminhamentos, enviado para os responsáveis⁴;
- divulgação anual dos resultados do monitoramento do desempenho em um caderno impresso e em meio eletrônico⁴;

- elaboração e divulgação entre os programas, de um instrutivo com orientações sobre os indicadores, metas e forma de cálculo;
- compartilhamento do conhecimento produzido, internamente, em reuniões dos programas, com o nível regional e municípios; com instituições de ensino e pesquisa⁴;
- publicação dos estudos avaliativos em periódicos científicos ou como capítulo de livros.

As duas políticas de M&A estudadas foram consideradas convergentes entre elas e com os elementos necessários à Gestão do Desempenho. Vale ressaltar que, os trinta anos da Política de M&A canadense contribuíram para o amadurecimento da prática avaliativa, colocando-a em evidência nos diversos níveis do sistema de saúde; enquanto que na SEVS, o monitoramento constitui-se no principal eixo condutor da institucionalização das práticas avaliativas.

Como recomendação, sugeriu-se pautar sistematicamente a avaliação, no nível mais estratégico e decisor da SEVS, para consolidação do desempenho que se pretende aculturar. Algumas lições aprendidas no modelo canadense puderam ser recomendadas, como o estabelecimento de mecanismos apropriados para desenvolver planos de avaliação, estabelecendo prioridades dentre os programas da Vigilância em Saúde; instituição de um Comitê de Avaliação, para supervisionar a condução das avaliações; e criar estratégias para compartilhamento do conhecimento produzido, tornando-o acessível ao público.

O fato da vigilância em saúde constituir um espaço de constante produção e articulação de conhecimento, motivou a questão do segundo estudo: é feita a gestão do conhecimento circulante na SEVS? Todas as áreas que a compõem geram informações que passam por uma série de etapas: coleta e processamento de dados; análise e interpretação dos dados processados; divulgação das informações produzidas e recomendações das medidas de controle adequadas. Dessa forma, o conhecimento produzido deve auxiliar no estabelecimento de prioridades, direcionar as ações e contribuir com a utilização dos recursos com foco na busca de resultados efetivos⁸.

Ter optado por uma Emergência em Saúde Pública (ESP) - a SCZ, a Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZ), como evento sentinela, pode ter favorecido a identificação na fala dos

entrevistados, de atividades em cinco díades da gestão do conhecimento: mapeamento e aquisição do conhecimento; produção e destruição do conhecimento; integração e compartilhamento do conhecimento; multiplicação e proteção do conhecimento. Isso porque, as várias dificuldades relatadas por alguns autores^{9,10-12} para a implantação de um sistema de GC numa organização, tais como: o pouco conhecimento dos processos básicos de gerenciamento da informação; a falta de recursos humanos e financeiros; a falta de uma cultura voltada ao uso adequado da informação dentro da estratégia organizacional e a diferença de linguagens entre os diversos setores da organização, nessa epidemia foram superadas, pela necessidade de resposta rápida.

Por outro lado, na capacidade “desempenho do conhecimento e inovação” poucos eventos foram identificados, principalmente no que diz respeito à medição dos resultados (consequências alcançadas pela reprodução do conhecimento) e contribuição para o desenvolvimento de novos produtos e serviços ou seu aperfeiçoamento. Para que a organização esteja no caminho da GC, a estratégia precisa estar clara; com orçamento destinado às ações; comunidades de prática incentivadas; investimento em tecnologia; e processos de monitoramento/avaliação instituídos^{9,13-15}

De acordo com Beijerse¹⁶, a organização deve lançar mão de instrumentos para avaliação dos resultados alcançados com a aplicação do conhecimento, incentivando os trabalhadores e disponibilizando a estrutura necessária. Cuidado especial deve-se ter no estabelecimento das condições necessárias à implantação da GC, ao se buscar inovação, para não correr o risco de achar que novas tecnologias da informação ou que um conjunto de ferramentas e métodos gerenciais são suficientes para mantê-la. Pensar em estratégias de envolvimento dos profissionais no processo, desenvolvendo e aprimorando sua capacidade técnica para interpretação e análise de dados, somado à experiência e habilidades de cada um, pode ajudar na significação da GC, tornando-a um valor institucional^{13,16}.

A sustentabilidade de um sistema de gestão do conhecimento exige de toda organização investimentos contínuos e implica grande esforço, bem como mudanças de comportamento, o que demanda um período de tempo significativo. A influência do

contexto no uso do conhecimento pelos gestores e tomadores de decisão, pode limitar o valor prescritivo e comprometer a sustentabilidade da GC^{17,10,11}.

Dentre as recomendações para que a Vigilância em Saúde consiga adotar a gestão do conhecimento como parte integrante das estratégias da gestão:

- reconhecer que o conhecimento é um dos recursos de mais alto valor estratégico na instituição, e para tal, os gestores e técnicos precisam estar convencidos e preparados¹⁸;
- agregar continuamente o conhecimento gerado pelas pesquisas científicas, que podem ser decisivos para o (re)direcionamento das ações;
- avaliação e sistematização desse modelo criado e utilizado ao mesmo tempo, à luz da GC, perenizando a rede de informação, comunicação e compartilhamento do conhecimento criada em decorrência dessa epidemia. Os planos de respostas, mecanismos de gestão, salas de situação, monitoramento de casos, precisam ser mantidos, agora tomando o formato da rotina.

A necessidade de avaliação levantada pelos dois estudos, com foco na sustentabilidade da prática avaliativa e das estratégias de gestão, suscitou a questão da terceira pesquisa desta tese: houve translação do conhecimento produzido nas avaliações realizadas no serviço, por profissionais da Vigilância em Saúde? Uma das etapas da translação, que diz respeito à adaptação do conhecimento ao contexto³, encontrou ressonância na posição dos pesquisadores, que eram influenciadores nas suas equipes, promovendo mudanças de atitudes e percepções sobre os programas avaliados, e fazendo-os reconhecer as utilidades da avaliação.

Somado a isso, a definição dos objetos dos estudos foi feita em conjunto entre os pesquisadores e as equipes, que contribuíram na elaboração dos modelos lógicos das intervenções, gerando um conhecimento que, antes mesmo do julgamento de valor, permitiu que o grupo compreendesse seus objetos de trabalho^{19,20}. A cadeia de TC ativada pelas pesquisas avaliativas envolveu os utilizadores do conhecimento, constatando-se mais uma vez, o que é unânime entre os autores: a importância do engajamento dos mesmos para o êxito da TC, ainda na fase de planejamento das pesquisas^{21,3,22-24}.

O grau da translação (utilização e aplicação) do conhecimento obtido principalmente no fim do ciclo das avaliações, pelos resultados das pesquisas, dependeu da identificação das oportunidades para translação e superação das barreiras que se apresentaram²⁵. O poder de persuasão do pesquisador traduzido pela sua capacidade de reproduzir a mensagem em espaços distintos (serviço, academia, meio científico), possibilitou a adaptação e implementação de intervenções, a partir do conhecimento produzido²⁶. Mudanças relacionadas ao conhecimento, atitudes, habilidades e hábitos, também foram proporcionadas.

Como descrito na literatura, a principal barreira relatada para a TC foi a falta de tempo, conseqüente da rotina exaustiva do serviço que, anterior à utilização do conhecimento, dificultou a sua disseminação, difusão e compartilhamento^{22,27-29}. A falta de evidência relevante foi citada por uma das pesquisadoras como principal barreira¹¹.

Duas principais recomendações para que a TC se consolide, foram feitas a partir dos resultados encontrados: 1) uma avaliação do impacto das pesquisas nos programas e mensuração dos efeitos da translação do conhecimento, com foco na sustentabilidade das estratégias; 2) a criação de estratégias que garantam o uso e aplicação do conhecimento produzido na Vigilância em Saúde, garantindo o envolvimento dos usuários desse conhecimento e buscando superar as barreiras para a sua translação.

5.1 Referências Bibliográficas:

1. Hunter, DEK; Nielsen, SB. Performance Management and Evaluation: Exploring Complementarities. *New Directions for Evaluation* In S. B. Nielsen & D. E. K. Hunter (Eds.), *Performance management and evaluation*, 2013. *New Directions for Evaluation*, 137, 7–17, 2013.
2. Landry Réjean, Amara Nabil, Pablos-Mendes Ariel, Shademani Ramesh and Gold Irving. The knowledge-value chain: a conceptual framework for knowledge translation in health. *Bulletin of the World Health Organization*. August 2006, 84 (8).
3. Graham, ID. et al. Lost in Knowledge Translation: Time for a Map? **The Journal of Continuing Education in the Health Professions**, v.26, p.13–24, 2006.
4. Lahey R. *The Canadian M&E System: Lessons Learned from 30 years of Development*. Washington: World Bank ECD Working Paper Series, nº23; 2010.
5. Hatry HP. Sorting the relationships among performance measurement, program evaluation, and performance management. In Nielsen SB, Hunter DEK, editors. *Performance management and evaluation*. *New Directions for Evaluation*, 137, p. 19–32; 2013
6. Champagne F, Brousselle A, Hartz Z, Contandriopoulos AP. La modélisation des interventions. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. *Concepts et méthodes d'évaluation des interventions*. Montreal: Les Presses de l'Université de Montréal; 2009. p. 57-72.
7. Cousins JB et al. Organizational Capacity to do and use evaluation: Results of a Pan-Canadian survey of evaluators. *The Canadian Journal of Program Evaluation*. Vol. 23 No. 3, 2008 Pages 1–35.
8. Lahey R. *The Canadian M&E System: Lessons Learned from 30 years of Development*. Washington: World Bank ECD Working Paper Series, nº23; 2010.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. Manual de gestão da vigilância em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria de Apoio à Gestão em Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 80 p. – Série A. Normas e Manuais Técnicos).
10. Schlesinger, CCB et al. *Gestão do Conhecimento na Administração Pública*. Curitiba, Instituto Municipal de Administração Pública – IMAP, 2008. 120p.
11. Champagne F. O uso de evidências científicas e de conhecimento por gestores. Paper apresentado na “Fechando o Loop: 3ª Conferência sobre Base Científica de Saúde” Toronto, 1 a 3 de outubro de 1999. Universidade de Montreal N99 01.
12. Becerra-Fernandez I, Sabherwal R (2001). Organizational Knowledge Management: A Contingency Perspective. *Journal of Management Information Systems*. Volume 18, p. 23-55.
13. Gonzalez RVD, Martins M.F (2015). Gestão do conhecimento: uma análise baseada em fatores contextuais da organização. *Production*, v. 25, n. 4, p. 834-850
14. Rowley J (1999). "What is knowledge management?", *Library Management*, Vol. 20 Issue: 8, pp.416-420, <https://doi.org/10.1108/01435129910291175>

15. Denning S. What is Knowledge? Definitions of Knowledge. Disponível online em <http://www.stevedenning.com/Knowledge-Management/default.aspx> (acesso em 01 de agosto de 2015).
16. Craveiro I, Hartz Z. Investigação do papel das redes de investigação na translação do conhecimento. Suplemento dos Anais do IHMT. An Inst Hig Med Trop 2016; 15 (Supl. 2): S35- S40.
17. Beijerse RP. (1999) "Questions in knowledge management: defining and conceptualising a phenomenon", *Journal of Knowledge Management*, Vol. 3 Issue: 2, pp.94-110. In: <https://doi.org/10.1108/13673279910275512>
18. Mehrotra S. Monitoring, evaluation and performance management in South Asia: The challenge of building capacity. *Evaluation*, 2013 19: 74-84.
19. Bezerra LCA, Cazarin G, Alves CKA. Modelagem de Programas: da Teoria à Operacionalização. In: SAMICO, I. et al. **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p.65-78.
20. Champagne F et al. A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. et al. **Avaliação conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011. p.41-60.
21. CIHR. Canadian Institutes of Health Research. Guide to Knowledge Translation Planning at CIHR: Integrated and End-of-Grant Approaches. Canadá, 2012.
22. Gagliard AR et al. Integrated knowledge translation (IKT) in health care: a scoping review. **Implementation Science**, v.11, n.38, p.1-12, 2016.
23. Jacobson N, Butterill D, Goering P. Development of a framework for knowledge translation: understanding user context. **Journal of Health Services Research & Policy**, v.8, n.2, p.94-99, 2003.
24. Vingilis E et al. Integrating Knowledge Generation with Knowledge Diffusion and Utilization: A Case Study Analysis of the Consortium for Applied Research and Evaluation in Mental Health. **Revue Canadienne de Santé Publique**, v.94, n.6, p.468-471. nov-dez. 2003.
25. Hartz ZMA, Denis JL, Moreira E, Matida A. From knowledge to action: challenges and opportunities for increasing the use of evaluation in health promotion policies and practices. In: McQueen DV, Potvin L, editors. *Health promotion evaluation practices in the Americas: values and research*. New York: Springer; 2008. p. 101-20.
26. World Health Organization (WHO). **Bridging the “Know-Do” Gap Meeting on Knowledge Translation in Global Health**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2005.
27. Bennet S et al. Perceptions of evidence-based practice: A survey of Australian occupational therapists. **Australian Occupational Therapy Journal**, v.50, p.13-22, 2003.
28. Davis D. Quality, Patient Safety and the Implementation of Best Evidence: Provinces in the Country of Knowledge Translation. **Health Care Quarterly**, v.8, special issue, p.128-131, oct. 2005.
29. Meline T, Paradiso T. Evidence-Based Practice in Schools: Evaluating Research and Reducing Barriers. **Language, Speech, and Hearing Services in Schools**, v.34, p.273-283, oct. 2003.

6. CONCLUSÕES

A gestão pública da saúde precisa passar por constantes mudanças, para atender à complexidade dos problemas, criando políticas ou estratégias que os solucionem. No entanto, existem diretrizes que devem nortear as ações e decisões dos gestores, independentemente do nível organizacional ou do objeto da gestão. O monitoramento, a avaliação e o cuidado com o conhecimento circulante nas instituições são algumas dessas diretrizes - analisadas nessa tese, tendo como lócus comum a Vigilância em Saúde.

Embora se saiba da importância das práticas de monitoramento e avaliação, um passo adiante deve ser dado, no sentido de garantir as condições para a institucionalização de uma Política de Avaliação, *lato sensu*. O monitoramento do desempenho da gestão da vigilância em saúde, numa abordagem mais sistemática, estruturada e orientada para resultados, tem como desafios a qualificação contínua do seu sistema de responsabilização, convencendo mais atores sobre a sua importância. A avaliação, por sua vez, precisa ser pautada no nível mais estratégico e decisor, não apenas para viabilizar as pesquisas, mas fazendo sua gestão, como parte do desempenho que se persegue.

Com relação à GC, em que pese o objeto ter sido uma emergência em saúde pública, o que favoreceu análise, a preocupação deve ser com a sistematização e avaliação do modelo adotado para manejar uma epidemia, a partir do conhecimento produzido. Do mesmo modo, ainda que se tenha ciência das avaliações realizadas nas organizações, é necessário que sejam utilizadas, aplicadas e disseminadas, transformando-se em conhecimento, de forma contextualizada. Na análise geral da TC das pesquisas realizadas na SEVS, o fato de terem sido realizadas por profissionais do serviço, proporcionou nas 6 fases ideais, a influência em todas as dimensões (intensão, fonte e tempo) e níveis (individual, interpessoal e coletivo). Os três tipos de uso (instrumental, conceitual e simbólico), também, foram categorizados nas evidências.

As contribuições trazidas por essa tese à gestão da saúde foram, além do retrato analítico de um setor de Vigilância em Saúde estadual, também propostas modelizadas de:

- 1) como desenvolver uma cultura avaliativa organizacional, com os elementos necessários para tal, a partir do referencial teórico da Gestão do Desempenho¹, complementado pela estrutura conceitual proposta por Cousins *et al.*²;
- 2) como fazer com que todo o conhecimento tácito e explícito, existente e produzido no serviço, desde a criação até o seu uso, influencie as ações e decisões, agregando valor à instituição, com base em um modelo de Gestão do Conhecimento³;
- 3) como saber e fazer pesquisas científicas realizadas no serviço serem utilizadas e aplicadas, utilizando o conceito e etapas da Translação do Conhecimento (Graham et al., 2006)⁴.

6.1 Referências Bibliográficas:

1. Hunter, DEK; Nielsen, SB. Performance Management and Evaluation: Exploring Complementarities. *New Directions for Evaluation* In S. B. Nielsen & D. E. K. Hunter (Eds.), *Performance management and evaluation*, 2013. *New Directions for Evaluation*, 137, 7–17, 2013.
2. Cousins JB et al. Organizational Capacity to do and use evaluation: Results of a Pan-Canadian survey of evaluators. *The Canadian Journal of Program Evaluation*. Vol. 23 No. 3, 2008 Pages 1–35.
3. Landry Réjean, Amara Nabil, Pablos-Mendes Ariel, Shademani Ramesh and Gold Irving. The knowledge-value chain: a conceptual framework for knowledge translation in health. *Bulletin of the World Health Organization*. August 2006, 84 (8).
4. Graham, ID. et al. Lost in Knowledge Translation: Time for a Map? **The Journal of Continuing Education in the Health Professions**, v.26, p.13–24, 2006.

MATERIAL SUPLEMENTAR

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA GESTÃO DO DESEMPENHO

1. Para que uma gestão seja considerada uma gestão exitosa, com um bom desempenho, o que os gestores devem fazer? Que ações precisam realizar? Por quê?
2. O que você entende por gestão do desempenho?

Monitoramento:

3. Esta Secretaria executiva tem como prática o monitoramento? Como se dá esse processo?
 - a) Existem pessoas envolvidas no processo de monitoramento? (diretores, gerentes, coordenadores, técnicos). Se sim, quem são?
 - b) Existe um responsável em cada área (diretoria, gerência, coordenação)?
 - c) Os papéis das pessoas envolvidas no processo de monitoramento são bem definidos? (gestor, coordenador, coleta, análise, elaboração de relatórios, divulgação das informações) Se sim, de que forma?
 - d) O trabalho é realizado em equipe? Se sim, de que forma?
 - e) Como a importância da prática de monitoramento é repassada aos envolvidos? Eles compreendem a importância? Que evidências levam a crer?
 - f) Os envolvidos são qualificados para as práticas de monitoramento? Justifique.
 - g) São realizados/oferecidos/liberados para cursos (especialização, mestrado, doutorado)? Exemplifique.
 - h) Existem oportunidades de aprenderem no serviço (capacitação em serviço)? Comente.
 - i) Existe algum setor (departamento) da SEVS responsável pelo monitoramento? Se sim, qual?
 - j) Existe uma estrutura física disponível para a equipe de monitoramento? Descreva.
 - k) Quais são os recursos necessários à realização dos processos de monitoramento? Quais são disponibilizados à equipe? (papel, impressora, computador, software, audiovisual, internet)
 - l) Existe orçamento destinado às atividades de monitoramento? Se sim, quanto?
 - m) Como se dá o processo de produção da informação monitorada?
 - n) Foram elaborados instrumentos para o monitoramento? Se sim, há critérios, indicadores, fontes de verificação e forma de julgamento definidos?
 - o) Existe algum sistema de monitoramento? Se sim, como funciona?
 - p) Existe um banco de dados que consolide essas informações? Como funciona?

- q) Os dados são coletados e analisados periodicamente? Se sim, qual a periodicidade e como é feita essa análise (alcance da meta, comparativo entre regiões ou municípios, comparativo entre períodos)?
- r) Como os envolvidos são incentivados a utilizarem as informações geradas pelos processos de monitoramento?
- s) São realizados ajustes nas ações ou nas metas, a partir dos processos de monitoramento? Se sim, qual a periodicidade?
- t) As informações geradas nos processos de monitoramento são utilizadas para prestação de contas (CIB, Conselho Estadual de Saúde, MS)? Comente.
- u) As informações produzidas são divulgadas? Os envolvidos no monitoramento participam dessa definição? Como se dá esse processo?

Avaliação:

4. Esta Secretaria tem como prática a realização de avaliações? Como se dá?
- a) Que avaliações foram realizadas de 2011 a 2015?
 - b) Você considera que estas avaliações validaram os dados do monitoramento? Justifique.
 - c) Como se deu a definição do objeto (programa, projeto, política) da avaliação?
 - d) As avaliações foram realizadas por profissionais da Secretaria ou por avaliadores externos? Cite as avaliações, dividindo por externa e interna.
 - e) Quando as avaliações são externas, há participação dos profissionais dessa Secretaria? Se sim, de que forma?
 - f) As avaliações externas são supervisionadas? Se sim, de que forma?
 - g) Como as avaliações externas são utilizadas e aplicadas?
 - h) Existe orçamento para realização de avaliações externas? Se sim, quanto?
 - i) Os resultados (parciais e finais) são divulgados? Como?
 - j) Como os envolvidos são incentivados a utilizarem as informações geradas pelas avaliações?

ROTEIRO DE ANÁLISE DE DOCUMENTOS

1. Sistema de monitoramento
2. Instrumentos que foram elaborados para o monitoramento
3. Documentos e publicações produzidos a partir das estratégias de monitoramento da SEVS e das áreas

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA GESTÃO DO CONHECIMENTO

1. No início da epidemia da síndrome congênita do zika vírus, que teve como uma das consequências a microcefalia, em 2015, que fontes de informação sobre esse evento existiam?
2. Quais as fontes de informação foram criadas depois da epidemia? Como elas são utilizadas?
3. Fale sobre os recursos (o que se tem) e as limitações em termos de informação sobre a síndrome congênita do zika vírus.
4. Você acha que as informações existentes e produzidas sobre a síndrome congênita do zika vírus contribuíram para gerar conhecimento? Justifique.
5. O que mudou em termos de normas/protocolos, após a epidemia (referentes à vigilância e à atenção à saúde)? Comente.
6. Como se deu o diálogo entre os produtores (SES, MS, OPAS, unidades de referência) e usuários do conhecimento sobre síndrome congênita do zika (rede de saúde, imprensa, população)?
7. O que mudou na rede de saúde para atender às necessidades geradas a partir do conhecimento da síndrome congênita do zika? Comente.
8. O conhecimento gerado contribuiu para o desenvolvimento de novos produtos (ex: larvicida, armadilha...) e serviços ou para o aperfeiçoamento dos já existentes? Exemplifique.
9. Como o conhecimento gerado é codificado (forma de comunicar) para o público-alvo (rede de saúde, imprensa, população) desse conhecimento?
10. Como o conhecimento é compartilhado com outros profissionais dentro da instituição?
11. O conhecimento gerado é transferido para outras instituições/organizações? Comente.
12. O conhecimento que foi compartilhado ou transferido fornece um modelo ou uma orientação para decisões e ações? Comente.
13. Como se deu a relação com a SES-PE, desde o início da epidemia?
14. Como se deu a relação com as instituições de pesquisas, desde o início da epidemia?
15. Como se deu a relação com o Ministério da Saúde, desde o início da epidemia?
16. Como se deu a relação com a Organização Pan Americana, desde o início da epidemia?
17. De quais produções científicas dessas instituições você tem conhecimento? Quais dessas foram compartilhadas com a gestão da saúde?
18. Essa produção científica foi utilizada por essa instituição para orientar as ações? Comente.
19. Que valor organizacional (mudança de rotina, criação de logomarcas, mudança na estrutura) foi gerado a partir dessa epidemia? Exemplifique.
20. Quais os próximos passos em termos de conhecimento, no que se refere à capacidade de inovação e aprimoramento dos serviços para alcançar os resultados esperados?

ROTEIRO DE ANÁLISE DE DOCUMENTOS

1. Protocolos elaborados a partir da epidemia da síndrome congênita do zika vírus
2. Artigos publicados a partir da epidemia da síndrome congênita do zika vírus
3. Nota Técnica, informes, boletins, relatórios produzidos

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA TRANSLAÇÃO DO CONHECIMENTO

- **Monitoramento do desempenho da gestão:**

1. Como se dá o monitoramento do desempenho da gestão VS na SEVS/PE?
2. Como se deu o envolvimento das áreas técnicas no processo de construção do painel de monitoramento do desempenho da gestão da VS?
3. Que mudanças imediatas, de médio e de longo prazo ocorreram com o processo de monitoramento do desempenho da gestão da VS?
4. As prioridades para investimento de recursos são definidas considerando o monitoramento do desempenho da Gestão da VS? Exemplifique
5. De que forma a prática do monitoramento foi incorporada na rotina das áreas técnicas?
6. As informações produzidas pelo processo de monitoramento do desempenho da gestão da VS são utilizadas para a tomada de decisão na SEVS (redirecionamento de ações/readequação de estratégia)? Exemplifique
7. Quais são os principais problemas/fragilidades dos programas que o monitoramento do desempenho da gestão da VS tem revelado?
8. Os gestores da vigilância estadual estão preparados para utilizar os resultados do monitoramento do desempenho da gestão da VS? Justifique
9. Os processos de M&A e/ou resultados são divulgados? Como? Para que público? Em que momentos?
10. Quais as barreiras e oportunidades na utilização do monitoramento pelos gestores?
11. Você considera que a SEVS hoje possui uma cultura de monitoramento? Justifique
12. As pessoas envolvidas no monitoramento do desempenho tentam influenciar outros profissionais que não participam do monitoramento na utilização das informações geradas? Se sim, de que forma?

Formação (Mestrado de Avaliação em Saúde):

1. Os estudos avaliativos realizados levaram em conta as necessidades da SEVS? Comente
2. Houve formação dos profissionais envolvidos na área de monitoramento e avaliação? Comente
3. Que mudanças imediatas, de médio e de longo prazo ocorreram com os estudos avaliativos realizados?
4. As prioridades para investimento de recursos são definidas considerando os estudos avaliativos realizados? Justifique
5. Os estudos avaliativos têm revelado os principais problemas/fragilidades dos programas avaliados? Comente
6. Os gestores estão preparados para utilizar os resultados dos estudos avaliativos? Justifique
7. Quais as barreiras e oportunidades na utilização dos estudos avaliativos pelos gestores?
8. Você considera que a SEVS hoje possui uma cultura de avaliação? Justifique
9. Você percebe que as pessoas envolvidas nos estudos avaliativos tentam influenciar outros profissionais que não participaram dos estudos na utilização das informações geradas? Comente

ENTREVISTA COM OS PESQUISADORES: (Gestores ou técnicos autores de qualquer um dos estudos avaliativos realizados)

1. Quem são as pessoas envolvidas no seu estudo?
2. Quem são os usuários do conhecimento gerado no seu estudo?
3. Como o conhecimento circula entre os usuários desse conhecimento (comunidade científica e população)?
4. Para quem e de que forma você compartilhou o conhecimento gerado no seu estudo?
5. Identifique as oportunidades possíveis para compartilhar este conhecimento.
6. O que você considera mais importante a ser compartilhado na sua pesquisa?
7. Você acha que seu estudo contribuiu para o desenvolvimento das suas atividades na SEVS e para a qualificação da Vigilância em Saúde? Se sim, de que maneira?
8. Identifique as barreiras que limitaram a efetividade do compartilhamento deste conhecimento. O que você pode fazer para reduzir as barreiras?
9. Você pretende avaliar o alcance, impacto e uso deste conhecimento? Como?
10. Se seu produto necessitar ser mudado com o passar do tempo baseado nas novas informações e respostas dos usuários, você pretende fazer esta revisão? Como?

ROTEIRO DA ANÁLISE DOS DOCUMENTOS

1. Periodicidade das reuniões de monitoramento realizadas
2. Frequência das áreas envolvidas nas reuniões de monitoramento
3. Documentos produzidos a partir do monitoramento e das avaliações realizadas
4. Divulgação dos resultados (formato, público e periodicidade) a partir do monitoramento e das avaliações realizadas
5. Número e título dos estudos realizados de 2011-2015
6. Divulgação dos estudos (formato e público)



APÊNDICE D

Universidade Nova de Lisboa Instituto de Higiene e Medicina Tropical Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Convidamos o(a) Sr.(a) a participar como voluntário da pesquisa: **A Gestão do desempenho e do conhecimento como subsídio à tomada de decisão: o caso da Secretaria de Saúde de Pernambuco, Brasil** que é objeto de estudo do Doutorado em Saúde Internacional do Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Universidade Nova de Lisboa, tendo Luciana Caroline Albuquerque D'Angelo (residente à Rua Ribeiro Pessoa, 324, casa B8, Caxangá, Recife-PE, CEP: 50.980-580, telefone: + 55 (81) 99800.9589; email: lua_cad@yahoo.com.br) como pesquisadora responsável. O Projeto foi aprovado pelo comitê de ética em Pesquisa do IMIP.

O objetivo do estudo é Avaliar os mecanismos envolvidos na gestão do desempenho e do conhecimento da Secretaria de Saúde de Pernambuco (SES/PE).

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações prestadas pelo(a) Sr.(a). Qualquer dado que possa identificá-lo(a) será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa. Se desejar informações adicionais ou mesmo fazer comentários poderá utilizar os contatos explicitados ao final deste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um questionário. Suas respostas serão, sob sua permissão, gravadas. O tempo de duração da aplicação do questionário é de aproximadamente 120 (cento e vinte) minutos.

Informamos que pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Para minimizar os riscos de constrangimento diante de questões colocadas, o pesquisador prestará todos os esclarecimentos que venham a ser necessários.

O benefício indireto relacionado com a sua colaboração nessa pesquisa é o de que as informações fornecidas poderão contribuir na qualificação das ações da Secretaria de Saúde de Pernambuco (SES/PE). Os resultados serão divulgados em eventos ou publicações científicas dirigidas ao público participante, por meio de relatórios da pesquisa e artigos científicos não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar dessa pesquisa, pois a aceitação é voluntária.

Este documento é redigido em duas vias, onde uma via lhe será entregue e outra ficará com o pesquisador responsável.

Luciana Caroline Albuquerque Bezerra

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A):
eu, _____, CPF: _____, abaixo assinado, declaro que fui devidamente esclarecido dos objetivos, riscos e benefícios de minha participação voluntária na pesquisa **A Gestão do desempenho e do conhecimento como subsídio à tomada de decisão: o caso da Secretaria de Saúde de Pernambuco, Brasil** bem como do direito de desistir da participação a qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa, e declaro minha concordância em participar. Autorizo, ainda, a publicação dos dados da pesquisa, que me garante o anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação.

Recife, de _____ 2016.

Nome do entrevistado (a): _____

Assinatura: _____

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, entre em contato com o comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMIP (CEP-IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas. O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelhoos, 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar tel: 2122-4756 – Email: comitedeetica@imip.org.br O CEP/IMIP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30 hs (manhã) e 13:30 às 16:00hs (tarde). Você poderá também contatar a pesquisadora responsável: Luciana Albuquerque pelo telefone (inclusive a cobrar): +55 81 99800-9589 e/ou e-mail: lua_cad@yahoo.com.br.