

## CAPÍTULO 4

---

# CONTRIBUTO DA AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA EM SAÚDE NA CONSTRUÇÃO DO MODELO LÓGICO – O EXEMPLO À COVID-19 EM UM CONCELHO EM PORTUGAL

---

*Contribution of Collaborative Health Assessment in the Construction of the  
Logical Model – the example to Covid-19 in a municipality in Portugal*

**Dora Vaz<sup>1</sup>**  
**Isabel Craveiro<sup>2</sup>**

*1. Vaz, D. MPH, MD, Assistente Graduada de Saúde Pública, Agrupamento de Centros de Saúde, ACES, da Amadora, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, ARSLVT, Rua Manuel Marques, nº10-12B, 1750-171, Lisboa, Portugal. Contacto telefónico, +351 918420409 – E-mail: dora.vaz@arslvt.min-saude.pt*

*2. Craveiro, I. Global Health and Tropical Medicine, GHM, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT, Universidade Nova de Lisboa, UNL, Rua da Junqueira 100, 1349-008 Lisboa, Portugal*

## Resumo

O modelo de avaliação participativa no concelho da Amadora permitiu desenvolver e adequar o modelo lógico que alicerçou a intervenção, desenhada para diminuir a transmissão da infecção por SARS-CoV-2, e a carga de doença na comunidade. A utilização da avaliação participativa no processo de planeamento e na avaliação das atividades revelou-se um contributo para melhorar a intervenção e aumentar a satisfação da população beneficiária (utentes). Foram identificadas duas componentes do modelo lógico, prevenção e controle da infecção, bem como diagnóstico precoce, que resultaram em seis produtos com indicadores de atividade e resultado aceites pelos parceiros. A partilha de resultados permitiu uma otimização de recursos humanos e financeiros, a adequação do modelo lógico para uma resposta integrada à pandemia. A monitorização dos indicadores conduziu à identificação de fatores externos que, por interferirem nos resultados, foram alvo de ações corretivas, contribuindo para o ajuste da intervenção aos resultados esperados. A recolha de perguntas avaliativas dos utentes e outros organismos do concelho aumentou o sentido de responsabilidade das equipas de trabalho, melhorou a seu desempenho, o processo de encadeamento das ações em cada componente e contribuiu para uma melhor comunicação da mensagem.

**Palavras-chave:** COVID-19. Avaliação participativa. Modelo lógico. Teoria da mudança. Planeamento em saúde.

## Abstract

The collaborative evaluation model was used to adjust and continuously develop the logical model that underpinned the intervention designed in the municipality of Amadora to reduce the transmission of infection by SARS-CoV-2, and the burden of disease in the community. The use of a collaborative evaluation in the planning process, and in the evaluation of activities, proved to be a contribution to improve the intervention and increase user satisfaction. The two components of the logical model identified, infection prevention and control, and early diagnosis, resulted in six products with activity and result indicators, were accepted by the partners. The result sharing allowed for the optimization of human and financial resources, the adaptation of the logical model for an integrated response to the COVID-19 pandemic. The monitoring of indicators led to the identification of external factors that interfered with the results and, as such, were targeted of corrective actions, contributing to the adjustment of the intervention to the expected results. The evaluative responses from users and other bodies in the municipality increased the sense of

responsibility of the team's work, improved their performance, the process of linking actions in each component and contributed to improve communication of prevention messages..

**Keywords:** COVID-19. Collaborative evaluation. Logic model. Theory of change. Health planning.

## **Résumé**

Le modèle d'évaluation participative dans la municipalité d'Amadora a permis le développement et l'ajustement du modèle logique qui a soutenu l'intervention engendrée pour réduire la transmission de l'infection par le SRAS-CoV-2 et l'impact de la maladie dans la communauté. Il a été démontré que l'utilisation de l'évaluation participative dans le processus de planification et dans l'évaluation des activités améliore l'efficacité de l'intervention et agrandis la satisfaction des utilisateurs. Deux composantes du modèle logique de prévention et de contrôle des infections et de diagnostic précoce ont été identifiées, ce qui a donné lieu à six produits avec des indicateurs d'activité et de résultats acceptés par les partenaires. Le partage des résultats a permis l'optimisation des ressources humaines et financières, l'adéquation du modèle logique pour une réponse intégrée à la pandémie. La surveillance des indicateurs a conduit à l'identification de facteurs externes qui interférerez dans les résultats, qui a été objet de actions correctives contribuant à l'ajustement de l'intervention aux objectifs attendus. La collecte de questions évaluatives ao utilisateurs et ao instance municipalité a accru le sens des responsabilités des équipes de travail pour améliorer leur performance, le processus d'enchaînement des actions dans chaque composante a contribué à une meilleure communication du message.

**Mots-clés:** COVID-19. Évaluation participative. Modèle logique. Théorie du changement. Planification de la santé.

## **INTRODUÇÃO – O Estado de Prontidão ante a Pandemia de Covid-19 no Concelho da Amadora**

Em 30 de janeiro de 2020, o Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde declarou a doença por novo coronavírus como uma Emergência de Saúde Pública de âmbito Internacional.

O concelho da Amadora faz parte da área metropolitana de Lisboa, tem 175.136 habitantes e é o mais denso do país com 7.363 habitantes/km<sup>2</sup>; caracterizado por uma elevada mobilidade com 32,8% da população residente a deslocar-se diariamente para trabalhar fora do concelho, 10% da população estrangeira, 27,4% de famílias unipessoais, principalmente idosas sozinhas; uma proporção de 17,6% de habitações sobrelotadas, e uma taxa de analfabetismo de 5,6% entre os mais altos da região<sup>1</sup>. Essas características representam condições que favorecem a transmissão do SARS-CoV-2.

A magnitude e a abrangência desta pandemia impuseram que, no dia 19 de março 2020, ao abrigo do Decreto do Presidente da República, fosse declarado o estado de emergência por sete vezes, intervalado apenas por uma declaração de estado de calamidade entre 31 de outubro e 19 de novembro 2020<sup>2</sup>. No setor da saúde, os serviços nos cuidados primários e hospitalares foram redirecionados para o atendimento de doentes covid-19 de modo a diminuir o excesso de mortalidade projetada, e as estratégias ajustadas a níveis de alerta e reposta de acordo com a evolução pandêmica no país<sup>3</sup>.

Em Portugal, a liderança e a coordenação das ações de preparação e resposta perante situações de emergência em saúde, como a da covid-19, são integradas hierarquicamente no poder da Autoridade de Saúde (AS), cujo comando e controle são da AS nacional, representado pela Direção-Geral da Saúde (DGS), em articulação com as Administrações Regionais de Saúde (ARS) e as Regiões Autónomas (RA) de acordo com o Decreto-Lei n.º 135/2013, de 4 de outubro, os quais gerem e atualizam os planos de contingência no país.

A fragilidade dos serviços nos cuidados primários de saúde foi evidente, quando, em março de 2020, teve que confrontar a crise pandêmica; a equipe da unidade de saúde pública iniciou ações de preparação e resposta perante essa ameaça, integrando ações de divulgação, de capacitação e treino específico a profissionais da saúde e membros de outros parceiros que voluntariamente se juntaram para lidar com a pandemia.

Realizado um diagnóstico da magnitude epidêmica no concelho e identificados os seus principais determinantes centrados no indivíduo e seu contexto social e económico, era necessária uma intervenção multifacetada integrando os diferentes níveis de prevenção de saúde e respostas nas áreas sociais, económicas e de segurança. O estado da pandemia obrigou à reunião de todos os parceiros, para uma reflexão e definição das atividades que permitissem dar resposta aos efeitos da pandemia nas empresas e nas famílias.

O modelo de intervenção deve espelhar a articulação das atividades nas diferentes componentes, e permitir que os parceiros percebam a relação entre os resultados obtidos e o êxito no seu desempenho. Os resultados devem ser medidos por meio de

indicadores de fácil interpretação e comparáveis em nível regional e nacional. O modelo de intervenção deve ser dinâmico, facilmente adaptável à evolução da pandemia, integrando os conhecimentos científicos disponíveis em cada momento evolutivo, e flexível para se ajustar às estratégias recomendadas pelas instituições científicas nacionais e internacionais<sup>4</sup>. Desconhecendo qual a fonte da infecção, e se permanece ativa, mas confirmado que a transmissão do novo coronavírus SARS-CoV-2 acontece por meio de gotículas de pessoa a pessoa, é preconizadas uma importante estratégia, o “*Test-Track-Trace-Isolate*”<sup>5</sup>.

O Plano de Vacinação contra a covid-19 teve início em dezembro 2020, com valores de universalidade, gratuidade, aceitabilidade e exequibilidade, com o objetivo de salvar vidas, por meio da redução da mortalidade e dos internamentos e da redução dos surtos, sobretudo nas populações mais vulneráveis<sup>6</sup>. Embora a disponibilização de vacinas para a covid-19 tenha acontecido nos primeiros meses de 2021, a imprevisibilidade no fornecimento de vacinas desse importante marco não permitiu a sua inclusão no modelo lógico de 2020. A implementação do plano de vacinação altera radicalmente os efeitos previsto no modelo, pelo que não é abordada neste trabalho.

O aparecimento das novas variantes (*variant of Concern-VOC*), importantes pela sua capacidade de disseminar, está descrito em um momento temporal posterior ao período dessa intervenção, por isso não influencia o modelo lógico apresentado<sup>7</sup>, muito embora tragam novos desafios na resposta à pandemia.

Neste capítulo, apresentamos o processo de ajuste e adequação do modelo lógico da intervenção “Resposta à Pandemia Covid-19 na Amadora” às alterações evolutivas das necessidades da população da Amadora, ocorridas durante a fase de implementação da intervenção, com base no método de avaliação participativa.

## **Revisão teórica**

A aplicação do modelo lógico, considerado um instrumento que explica a teoria do programa ou intervenção, resulta em um processo que facilita o planeamento, a comunicação do que se pretende atingir com a intervenção proposta e o encadeamento das ações ou atividades previstas nas componentes para a obtenção dos resultados esperados<sup>8</sup>. O modelo lógico pode servir de base para uma comunicação convincente do desempenho esperado, enfatizando o problema como objeto da intervenção, e o processo de desenvolvimento das atividades para que se atinjam os objetivos<sup>9</sup>. Após a caracterização do problema que é objeto da intervenção, a primeira componente do modelo lógico é a identificação dos insumos ou recursos necessários para desenvolver as atividades planeadas. A segunda componente integra as ações ou atividades a de-

envolver para a obtenção dos resultados desejados, contribuindo para os indicadores de atividade ou processo. A terceira componente do modelo lógico diz respeito aos produtos (ou resultados diretos resultantes das atividades desenvolvidas), eles podem ser descritos em valores quantitativos ou qualitativos, e traduzem o alcance obtido pelos serviços ou atividades desenvolvidas

Os pressupostos subjacentes aos recursos é que eles são adequados, em número e qualidade, para as ações a desenvolver, de modo a atingir os resultados esperados, e são frequentemente referidos com teoria do programa<sup>9</sup>. As hipóteses formuladas devem respeitar os pressupostos e serem adequadas aos beneficiários, ou população-alvo que se pretende servir<sup>10</sup>. A quarta e última componente do modelo lógico são os resultados intermédios e finais ou de impacto; estes apresentam-se como as alterações de atitudes, comportamentos, ou modificação do tipo ou nível de funcionamento obtido ou resultante (configuram uma alteração de resultado) das etapas anteriores. Por isso, podem ser expressas em uma alteração da intervenção, seja em nível de um comportamento individual, ou na distribuição de casos, representado pela inversão de uma curva de incidência. Muitos autores denominam de teoria de mudança (*change theory*)<sup>11</sup> ao modelo que inclui as alterações aos valores esperados. Muitas organizações têm recorrido ao uso do modelo lógico para desenhar e explicar o processo avaliativo de intervenções governamentais<sup>12</sup>.

Por intermédio da teoria de programa (*programe theory*)<sup>13</sup>, é explicado como é que a intervenção (que pode ter dimensão e natureza diversa, por exemplo, projeto, programa, ou uma estratégia) vai contribuir para a obtenção dos sucessivos resultados e produzir os impactos planeados. É a forma racional de reunir evidências existentes incluídas na intervenção. É mediante o esclarecimento dos pontos de discórdia ou concordância, encontrados na implementação da intervenção, que ficam explicitados os pontos de lacunas nas evidências<sup>10</sup>. A teoria do programa é utilizada para a monitorização e avaliação de processo, que estará refletida no modelo avaliativo, explicado posteriormente.

O modelo lógico tem sido usado em muitas organizações, para desenhar e explicar o processo avaliativo de intervenções governamentais; deve ser iniciado por uma análise da teoria do programa de modo a identificar lacunas no desenho do modelo lógico, e interferir no desenvolvimento e desempenho do modelo<sup>13</sup>. Como, muitas vezes, não é aferida a qualidade da teoria, isto é, verificar se a intervenção está bem desenhada, logicamente encadeada para o alcance dos resultados esperados, o modelo não é visto como um instrumento promissor. Para a aferição da qualidade da teoria, é necessária uma explícita descrição das ideias, uma boa caracterização das hipóteses e dos resultados esperados<sup>14</sup>. A verdade é que poucas são as situações em que a teoria é explicitada de for-

ma detalhada nos documentos oficiais de intervenções governamentais<sup>14</sup>. Essa dimensão torna-se mais crítica quando o problema é pouco conhecido, como acontece na pandemia de covid-19, o que dificulta uma análise adequada das intervenções desenvolvidas.

A avaliação é uma etapa metodológica do processo do planeamento e uma exigência das agências financiadoras, dos gestores e dos decisores. O resultado de uma avaliação permite gerar informação para a melhoria da intervenção em causa, e projetar novas ações e/ou programas<sup>15</sup>. Os relatórios provenientes de uma avaliação permitem tecer considerações sobre a cobertura, o acesso, ou a equidade, bem como a qualidade técnica, a efetividade ou a eficiência e a percepção dos utilizadores nos programas de saúde. Infelizmente, muitas avaliações não são utilizadas pelos decisores<sup>16</sup>; nomeadamente porque existe uma utilização de modelos de avaliação inadequados; porque os decisores não se reveem nos resultados encontrados; a avaliação não está disponível na altura das decisões; e na saúde, a avaliação funciona como uma caixa vazia (“*black box evaluations*”), que não advém de um processo lógico, e não é sensível aos contextos políticos e organizacionais, deixando de fora as explicações entre a intervenção desenvolvida e a intervenção planeada<sup>17</sup>.

Embora o processo avaliativo previsto para essa intervenção envolva três métodos que se descrevem sumariamente a título informativo, o método da avaliação participativa, objeto deste capítulo, será detalhado no ponto 3:

1. A avaliação normativa foi realizada no início das atividades, de modo a avaliar a conformidade imposta pela norma, e as condições para a sua implementação. Por vezes, foi necessário realizar nova auditoria, sempre que se verificaram resultados não esperados<sup>18</sup>. No nosso caso, o grau de cumprimento do articulado normativo emanado pela DGS foi aferido por observação direta para verificação de conformidades, por meio de um modelo de auditoria. Foi realizado mediante uma amostra em um estudo observacional, descritivo transversal.
2. Uma pesquisa avaliativa, a realizar no final da intervenção, permitirá avaliar o modelo de gestão da intervenção, o seu sistema organizativo, a articulação e a comunicação entre parceiros. A estrutura global da análise integra as principais componentes da intervenção, e inclui a adequação da estratégia preconizada e os recursos disponíveis, o modelo organizacional e a prontidão de resposta, e o grau de satisfação dos utentes, manifesta pelas queixas/elogios<sup>19</sup>. Esta será realizada na fase de consolidação e conclusão da intervenção<sup>20</sup>, avaliando o impacto da intervenção na transmissão do vírus SARS-CoV-2 na população residente no concelho da Amadora. A componente da pesquisa avaliativa vai implicar uma análise dos dados recolhidos na plataforma do Trace-COVID-19 de resultados provenientes da notificação por meio do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SINAVE) de casos SARS-CoV-2 positivos no concelho da

Amadora, e a comparação com os indicadores regionais, e nacionais por intermédio de relatórios publicados pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge – INSA. A precocidade da comunicação da positividade de cada caso, e a velocidade da decisão de isolamentos dos casos, e seus contatos de alto risco, serão as medidas que permitirão avaliar a eficiência da intervenção da componente 1<sup>19</sup>. Os impactos resultam na interpretação dos resultados obtidos da componente 2, em relação aos indicadores publicados nos relatórios do INSA, sobre a incidência cumulativa a 14 dias por 100 mil habitantes, o valor do índice de transmissibilidade (Rt) que reflete a transmissão comunitária e dos relatórios publicados pela DGS e Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) para o nível de concelho da Amadora<sup>7</sup>.

3. A avaliação participativa é um modelo de avaliação que inclui, além dos avaliadores, todos os parceiros que participam na intervenção, os gestores das diferentes equipas de intervenção, e os beneficiários que são os nossos utentes. Essa avaliação é realizada durante o processo de implementação e pressupõe uma monitorização contínua das atividades da intervenção. A inclusão dos beneficiários na construção da avaliação obriga a uma reformulação das habituais práticas da pesquisa avaliativa, pois se propõe integrar setores marginalizados na formulação, execução e avaliação das políticas sociais e de saúde<sup>21</sup>. Segundo Furtado e Campos “participação é uma condição necessária para uma atitude de compromisso com mudanças sociais”<sup>22</sup>. Pela importância das alterações que o método da avaliação participativa pode produzir nos componentes do modelo lógico, este modelo foi partilhado com os parceiros, explicando qual o impacto que o governo esperava obter da intervenção. Nesse contexto, foram divulgadas as medidas de saúde pública legalmente disponíveis para ser implementadas em cada componente do modelo lógico da intervenção, Prevenção e Controle da Infecção, e o Diagnóstico Precoce por SARS-CoV-2. Foi obtido o compromisso dos parceiros sobre as atividades a desenvolver, e acordado o tipo de grelha para a apresentação de resultados alvo de monitorização, e os indicadores de processo implicados em cada componente do modelo. Nesse processo, foi clarificada a metodologia para a determinação de cada indicador explicados nas Figuras 1 e 2.

## **Modelo lógico da intervenção “Resposta à Pandemia Covid-19 na Amadora”**

A intervenção “Resposta à Pandemia Covid-19 na Amadora” foi desenhada com o objetivo de diminuir a transmissão da infecção por SARS-CoV-2 na comunidade residente da Amadora e diminuir a carga de doença nessa comunidade.

O Impacto será refletido pela supressão da transmissão do vírus SARS-CoV-2 na



comunidade, e na redução da sobrecarga na resposta hospitalar, e diminuição da morbidade e letalidade<sup>23</sup>.

O horizonte temporal desse plano de intervenção é de 10 meses, entre 1º de março 2020 e 1º de janeiro 2021, correspondendo ao primeiro ano da pandemia no concelho da Amadora antes do início do processo de vacinação – embora formalmente iniciada em dezembro no país, na Amadora, tem início a 29 de dezembro 2020 com a vacinação de profissionais de saúde. A população-alvo da intervenção é residente no concelho da Amadora.

Os objetivos específicos são apresentados em duas componentes da intervenção:

*Componente 1 – Prevenção e Controle de Infecção por SARS-CoV-2 (covid-19) e Equipamentos de Proteção Individual (EPI) de acordo com a Norma n° 007/2020, de 29 de março de 2020.*

- I. Promover elaborar e implementar Planos de Contingência (PC) para a covid-19 nas diversas instituições do concelho estabelecendo estratégias, procedimentos e medidas destinadas a assegurar as condições de segurança e de saúde dos profissionais, em uma perspectiva de prevenção e garantia da operacionalidade e funcionalidade das instituições em uma eventual situação de crise.
- II. Divulgar o PC entre profissionais e utilizadores / clientes da instituição, aumentando o número de indivíduos que utilizam as medidas de proteção individual, reduzindo o número de *clusters* em instituições de saúde, nas estruturas residenciais para idosos, nas instituições de ensino e nas empresas comerciais e industriais

*Componente 2 – Diagnóstico Precoce por Infecção SARS-CoV-2, de acordo com a norma n° 015/2020, de 24 de julho de 2020, atualizada em 19 de fevereiro de 2021 da DGS*

- I. Isolar os “Contactos” identificados para interromper a cadeia de transmissão por meio do isolamento dos casos identificados por um Diagnóstico Precoce, reduzindo o surgimento de potenciais *clusters*.
- II. Estabelecer mecanismos efetivos de vigilância sobreativa dos indivíduos positivos, inscritos na plataforma Trace-COVID-19. Essa atividade implica a monitorização do estado de saúde dos indivíduos infectados até que estejam reunidos os critérios de fim do isolamento (norma 004/2020 de 23/03/2020 da DGS). Na vigilância ativa, realizada para os contatos de alto risco, após notificação, deve ser verificado o resultado do teste PCR (Polymerase Chain Reaction) ao SARS-CoV-2, podendo ter fim de vigilância se a exposição de risco não se mantiver, e quando não se

- verifique um resultado positivo ao fim dos 14 dias após o último dia de exposição.
- III. Realização do inquérito epidemiológico de casos positivos pelo SINAVE de modo a garantir uma imagem fidedigna do padrão epidemiológico do concelho da Amadora para tomadas eficazes de decisões.
  - IV. Garantir que os Contatos de Alto Risco tenham informações sobre os procedimentos necessários para obter e submeter as Declarações de Isolamento Profilático (DIP), garantindo assim a reposição salarial durante o Isolamento Profilático (IP).
  - V. Garantir que as famílias carenciadas, em IP, sejam referenciadas para as equipas multidisciplinares; de modo a cumprirem com as regras de isolamento, mitigando repercussões financeiras graves na família.

Foi construído o modelo lógico com a sequência lógica das etapas, recursos, atividades, produtos, indicadores (de atividade e resultado), e impacto ou resultados da intervenção, com base em Kellogg's Foundation<sup>8</sup> conforme representação visual da Figura 1.

Figura 1. Representação visual do Modelo Lógico, de acordo com a sequência lógica das etapas: recursos, atividades, produtos esperados/resultados e impactos da intervenção desenvolvida em resposta à pandemia de covid-19, Amadora



Fonte: adaptado de W.K. Kellogg Foundation. Logic Model Development Guide: Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action, 2004

O modelo lógico dessa intervenção resulta de uma metodologia ajustada à avaliação participativa obtida no processo de monitorização, que será detalhada posteriormente no processo avaliativo da intervenção. De acordo com o mapa descritivo proposto em Kellogg's Foundation<sup>8</sup>, foi elaborada pelos autores a descrição do quadro lógico apresentado na Figura 2.

Na Figura 2, são identificadas as duas componentes do modelo lógico que integram a intervenção; a componente 1, Prevenção e Controle da Infecção por SARS-CoV-2, e a componente 2, Diagnóstico Precoce. São descritas as atividades previstas para cada componente, direcionadas para a obtenção do impacto desejado, a diminuição da incidência e a redução da letalidade na população da Amadora.

Figura 2. Mapa descritivo dos componentes identificados, e os conteúdos de cada etapa do modelo lógico da intervenção desenvolvida em resposta à pandemia de covid-19, Amadora

<b>IMPACTO</b>	<b>Diminuir a incidência da infeção pelo SARS-CoV-2 e reduzir a letalidade</b>		
<b>Componente 1: Prevenção e Controle da Infeção</b>			
<b>Produto</b>	<b>A. Elaborados e implementados Planos de Contingência para a covid-19 nas diversas instituições</b>		
<b>Recursos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores de Atividade</b>	<b>Indicadores de Resultado</b>
RH – Formadores, administrativo para recepção de <i>feedbacks</i>  Equipe de informação e comunicação – ponto focal para chegar as instituições	Divulgar, às empresas e instituições, as principais fontes de informação oficiais sobre direitos e obrigações ou restrições impostas pela pandemia.	# Instituições com PC	# de instituições que previnem <i>clusters</i> / # de instituições encerradas
	Divulgar, entre os profissionais da instituição e famílias, as diferentes vertentes do Plano de Contingência (PC), e as medidas de saúde públicas impostas para indivíduos com exposição de risco.	# Instituições com planos de higienização aplicados	# de casos secundários na escola # de <i>clusters</i> / # de casos secundários na escola
	Promover, em todas as instituições, implementação do seu PC para a covid-19.		
	RH – Formadores, administrativo para recepção de <i>feedbacks</i>	# salas com a planta nominal dos profissionais / alunos # de turmas encerradas	
	Capacitar a equipe de gestão do PC para o correto uso do equipamento de proteção individual, para a operacionalização do plano de higienização dos espaços, para o correto uso de produtos de limpeza e desinfecção, e cumprir o plano desfasamento de horários de trabalho e refeições e o distanciamento físico.		
	Assessoria às instituições para aplicação das normas nacionais.		
Desenvolver um modelo de comunicação e informação imediata entre o Ponto Focal e a AS local, para informação de casos positivos na instituição, colaborar na realização do inquérito epidemiológico, na identificação dos contactos de risco (rastreamento de contactos).	a) # de contactos de alto risco identificados b) # de contactos de baixo risco identificados		

<b>Componente 2: Diagnóstico Precoce</b>			
<b>Produto</b>	<b>B. “Contactos” identificados são isolados para impedir a cadeia de transmissão por meio do Diagnóstico Precoce</b>		
<b>Recursos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores de Atividade</b>	<b>Indicadores de Resultado</b>
RH – Formadores, pela equipe Gestão Covid	Capacitar a equipes dos inquéritos epidemiológicos para uma resposta rápida, de modo a realizar 100% dos inquéritos epidemiológicos, desencadear a análise de risco e o rastreio de contatos, promover o isolamento profilático e a testagem de contatos.	# de notificações recebidas diariamente	# de inquéritos epidemiológicos realizados nas primeiras 24 horas  # de <i>clusters</i>
	Desencadear resposta rápida para o rastreio, isolamento profilático e testagem de contatos pela equipe de inquérito epidemiológico. Esta resposta deve ser realizada dentro de 24 horas após recepção da comunicação do caso.	# de casos secundários	# testes SARS-CoV-2 realizados
	Realizar a vigilância ativa para os contatos de alto risco e vigilância passiva aos contatos de baixo risco, durante 14 dias, solicitando as testagens e realizar o fim da vigilância.	# de casos isolados	
	Introdução de contato de risco na plataforma Trace-COVID-19	# de doente entrados no Trace-COVID-19	
<b>Produto</b>	<b>C. Indivíduos positivos ao SARS-CoV-2/covid-19 são colocados em Trace-COVID-19 para vigilância sobreativa</b>		
<b>Recursos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores de Atividade</b>	<b>Indicadores de Resultado</b>
Equipe da Task-Force, assessoria  RH Adequação da Norma da DGS, pelo CCS para integração de cuidados  Serviço ADR comunitário	Capacitar os profissionais na utilização da plataforma do Trace-COVID-19 para vigilância ativa e monitorização de autocuidados.	# de doente vigiados	# fins de isolamento de caso de infeção por SARS-CoV-2 / covid-19  # Internamentos
	Realizar diariamente a vigilância ativa de autocuidados e gestão de altas.	# de doentes transferidos para o hospital	
	Capacitar as equipes dos cuidados hospitalares na gestão de altas dos casos de infeção por SARS-CoV-2 / covid-19 na plataforma do Trace-COVID-19.	# de altas da vigilância de autocuidados	Nº doentes no UCI  Valor de R(t)
	Doentes com agravamento transferidos para hospital atempadamente por meio do algoritmo clínico para referência hospitalar de casos graves.	#transferidos para o hospital	
	Atendimentos de doentes Respiratório em Áreas dedicadas aos doentes respiratórios (ADR) cuja confirmação não foi possível via Trace-COVID-19.	# doentes atendidos no ADR; % doentes positivos no ADR	

<b>Produto</b>	<b>D. Casos positivos ao SARS-CoV-2/covid-19 são comunicados via SINAVE para inquérito epidemiológico</b>		
<b>Recursos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores de Atividade</b>	<b>Indicadores de Resultado</b>
RH – Formadores, no âmbito do SINAVE  RH na elaboração de inquéritos epidemiológico, e na avaliação de risco em contexto laboral, escolar ou Estrutura Residencial para Pessoa Idosa (ERPI)  RH médico para a prescrição de testes aos contatos de risco  RM telemóveis para contatos, rede banda móvel para trabalho em equipe;  RF para contratação	Formar e capacitar as equipas de saúde pública para realização dos inquéritos epidemiológicos do SINAVE.	# de Inquéritos Epidemiológicos realizados a positivos  # de comunicações feitas	Incidência a 14 dias  # de <i>cluster</i> ativos
	Realizar uma avaliação de risco no âmbito laboral, escolar, ou em Estrutura Residencial para Pessoa Idosa (ERPIS) para identificação contatos de risco.	# de <i>clusters</i> institucionais	# Incidência a 14 dias
	Identificar a existência de <i>cluster</i> (existência de 2 ou mais casos confirmados da mesma cadeia de transmissão de transmissão), e decidir a necessidade da cessação ou encerramento da atividade ou instituição.	# de instituições encerradas	# valor de R(t)

<b>Produto</b>	<b>E. Utentes informados sobre procedimentos durante o isolamento profilático para compensação da segurança social entre outros</b>		
<b>Recursos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores de Atividade</b>	<b>Indicadores de Resultado</b>
Gestores de caso	Criar um gabinete de comunicação com os utentes para informar sobre os procedimentos legais de compensações da segurança social, apoios sociais e alimentares a utentes em isolamento, articulação com a Polícia Segurança Pública (PSP) dos incumpridores.	# de casos com avaliação risco iniciado  # de casos com risco definido	# casos com risco avaliado nas primeiras 24 horas
	Emitir a DIP dos contatos de alto risco, e sua testagem, e a emissão das declarações de isolamento profilático para justificar e reembolso de apoio da segurança social.	# DIP emitidas	% DIP emitidas por Contatos AR

Fonte: adaptado de W.K. Kellogg Foundation. Logic Model Development Guide: Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action, 2004

A limitação nos recursos necessários descrita nas componentes do modelo lógico tem consequências importante na resposta à pandemia, pois implica um acréscimo de profissionais capazes de dar resposta à realização de inquéritos epidemiológicos<sup>24</sup>, na tarefa de avaliação e estratificação de risco, na solicitação de testes laboratoriais, e articulação administrativas de dados, as quais apenas é possível desenvolver com conhecimentos informáticos. Calcula-se ser necessário um inquiridor creditado para cada dois casos de covid-19 notificados por dia<sup>25</sup>, mas esse rácio nunca foi cumprido.

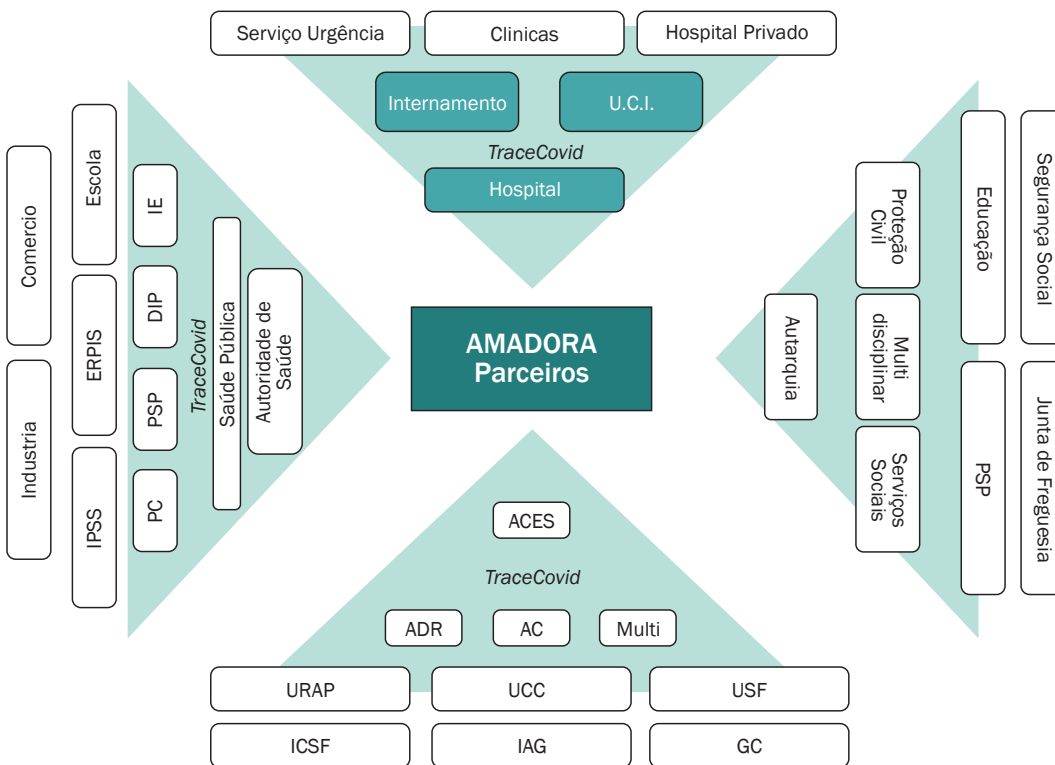
Embora a matriz de indicadores deva ser definida entre os atores ou parceiros, na fase do planeamento, estes podem ser ajustados durante o processo de monitorização e avaliação, ou quando julgado necessário pelos parceiros. É importante que todos os parceiros tenham acesso à informação e aos indicadores de resultado obtidos no desenvolvimento das atividades; sendo que os dados devem ser recolhidos de forma sistemática e consistentes, o que garante a sua credibilidade<sup>26</sup>.

### **Avaliação participativa da Intervenção “Resposta à Pandemia Covid-19 na Amadora”**

O foco da avaliação participativa é obtido pelo envolvimento dos parceiros em todas as componentes do modelo lógico, e pelo levantamento de perguntas avaliativas, permitindo identificar no modelo lógico falhas que podem ser corrigidas. O envolvimento dos parceiros na apresentação dos resultados da avaliação facilita a participação, a interpretação dos resultados e a identificação de vantagens e desvantagens dos métodos propostos<sup>27</sup>. Segundo Matus<sup>28</sup>, em uma intervenção, os atores ou parceiros posicionam-se de forma diferente “Em qualquer processo de mudança social há atores ou parceiros que têm diferentes posições em relação ao plano de um ator no seu conjunto ou em relação a cada operação em particular”.

Na Figura 3, apresentamos uma representação dos parceiros intervenientes na intervenção objeto de análise; identificando as instituições ou unidades que colaboraram para a intervenção, embora não refletindo, nem estabelecendo qualquer relação de dependência hierárquica entre elas.

Figura 3. Representação gráfica dos Parceiros na Intervenção “Resposta à Pandemia Covid-19 na Amadora”, 2020



Fonte: elaboração própria.

Na fase de planeamento da avaliação da intervenção, foram identificadas as questões avaliativas mais relevantes para o modelo lógico. Após análise e classificação do conjunto de perguntas ou questões colocadas pelos parceiros, foram identificadas aquelas que contribuíam com valor efetivo para cada uma das etapas do modelo lógico e que, por isso, deveriam ser enquadradas no plano de avaliação, justificando um reajuste de recursos e redefinição em alguns sectores do público-alvo.

Essas perguntas avaliativas permitem identificar lacunas no processo avaliativo e refletir sobre o modelo lógico construído<sup>4</sup>. Que atividades foram realizadas? Que materiais ou serviços foram consumidos? Em alguns processos avaliativos, é usada a análise SWOT (avaliação das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças) que permite a identificação de soluções<sup>29</sup>.

A avaliação intermédia, ou de curto prazo, questiona sobre os benefícios ou resultados imediatos da intervenção: qual o número de infectados nas ERPIS? Quantos contatos

de alto risco foram introduzidas na plataforma Trace-COVID-19? Quantos inquéritos epidemiológicos não foram realizados nas primeiras 24 horas? A ação de capacitação atingiu seus objetivos? Qual o tempo médio na realização de um inquérito epidemiológico?

A recolha das perguntas avaliativas foi obtida por meio da participação direta dos parceiros no processo avaliativo, pela partilha de questões sobre as quais gostariam de ver respondidas no processo avaliativo<sup>30</sup>, materializada pela partilha diária dos resultados obtidos na síntese das atividades desenvolvidas no dia anterior, como mote de análise e reflexão para o debate. A partilha do documento síntese dessas reuniões em pasta partilhada, o “OneNote”, permitiu que cada parceiro pudesse refletir com a sua equipe, inscrever resultados ou propostas, para análise na reunião seguinte, ou recolha de perguntas avaliativas obtida por intermédio do correio eletrónico ou do livro de reclamações. A análise e as propostas de alteração das atividades foram realizadas ao nível do responsável da atividade, e discutidas em grupo de trabalho com o coordenador da unidade, podendo a decisão refletir-se no modelo lógico. Algumas questões que foram apresentadas e resultaram em alterações das atividades encontram-se abaixo.

### **Perguntas de avaliação da estrutura**

Foi questionado se os recursos disponíveis eram adequados ao cumprimento das regras e normas definidas para cada componente da intervenção, de acordo com os critérios definidos.

1. Quais os recursos envolvidos da Unidade de Saúde Pública (USP) para avaliação e estratificação de risco nas escolas?
2. Como funcionou a estrutura hierárquica e as funções desempenhadas pelo ponto focal e pelos administrativos na informação aos Encarregados de Educação (EE)?
3. Que fatores permitiram a implementação do PC nas empresas, nas escolas ou nas ERPIS?
4. Como foi feita a obtenção dos dados pessoais dos EE e outros cidadãos, para emissão das DIP?
5. Como se articularam com os EE, para informar sobre a realização dos testes, e dos resultados dos testes?
6. Como se obtém o isolamento de um indivíduo em um domicílio quando está sobrelotado?
7. Se a família está em isolamento, quem traz alimentos, medicamentos ou outros produtos essenciais (para as crianças)?
8. Como se inscrevem, na plataforma Trace-COVID-19, as pessoas que não têm nº de utente?



9. Como é feita a vigilância se o cidadão não tem médico de família?
10. Quem emite a declaração de inquérito epidemiológico? Quanto tempo (dias) demora para o seu envio?
11. Por que há diferença entre um Certificado de Incapacidade Temporária (CIT) por covid-19, que implica isolamento, e uma DIP?
12. Não trabalho para o Estado, quem paga o período de IP?
13. Não tenho contrato, e não desconto para a Segurança Social, como vou viver?

### **Perguntas de avaliação de processo**

Para determinar a transmissibilidade em contexto empresarial ou escolar, será quantificado o número de casos positivos ao SARS-CoV-2 na comunidade escolar, o número casos secundários resultantes, o número de *clusters* e calculada a taxa de ataque em cada instituição.

1. Como se determina a incidência da covid-19 em contexto escolar? Os alunos que estão em isolamento profilático por familiares positivos são incluídos?
2. Como se avalia a existência de *clusters* nas empresas ou nas escolas?
3. Como se determina o tempo decorrido desde a publicação do resultado laboratorial e a comunicação do caso à AS? A contagem inicia com a publicação do resultado ao EE ou ao Ponto Focal?
4. O que são os casos secundários na escola e na família?
5. Como se quantifica o número de contatos de alto risco para cada caso positivo?
6. Determinar número de dias decorridos entre a data da determinação de isolamento e a emissão das DIP aos contatos de risco.

### **Perguntas de avaliação de resultados**

1. Como identificar um *cluster* da escola e como calcular a taxa de ataque?
2. Determinar a incidência de infecção por SARS-CoV-2 entre docentes e não docentes das escolas da Amadora, por semestre escolar.
3. Identificar a incidência cumulativa a 14 dias por 100 mil habitantes, por semana epidemiológica e semestre escolar.
4. Identificar o valor de  $R(t)$  para o concelho da Amadora.

As medidas de avaliação de Efeito ou Impacto não foram alvo de discussão entre parceiros.

Na fase de preparação da intervenção, os primeiros debates entre parceiros foram realizados por intermédio do modelo “*briefing* e *debriefing*”<sup>31</sup>, de modo a divulgar a estratégia recomendada, e para esclarecimento aos parceiros sobre as medidas a implementar no âmbito da pandemia de covid-19. Contudo, esse modelo

de comunicação foi evoluindo para um modelo mais participativo; por meio da análise dos resultados obtidos nas atividades desenvolvidas e adequação dos recursos (insumos) para implementar as atividades e obter resultados<sup>11</sup>. Ressalta-se que, mediante esse modelo de avaliação participativa, os diferentes parceiros, apesar das visões e objetivos diferentes, foram capazes de confrontar diariamente durante dez meses os seus resultados, pareceres e juízos. Foi importante apresentar os resultados de forma integrada (todas as componentes da intervenção), e explicar eventuais fatores não integrados no modelo, que pudessem interferir nos resultados. O modelo de avaliação participativa integrada<sup>29</sup> permitiu encontrar consensos mais facilmente, para obter a melhor resposta à pandemia, no âmbito assistencial, social e econômico para os residentes amadorenses.

Alguns exemplos dos contributos obtidos por meio de questões, dúvidas ou partilhas de problemas, que chegaram aos parceiros e resultaram em alteração do modelo de intervenção, serão apresentados a seguir.

Na fase de contenção da pandemia, a integração dos serviços de saúde ocupacional das empresas foi um instrumento indispensável para otimizar o envolvimento dos órgãos de gestão e estender o processo de divulgação de informação, capacitação e suporte nas empresas. A saúde pública assessorou esses serviços na elaboração dos planos de contingência e na implementação deles aos trabalhadores e famílias. O reforço das ações de controle da infecção e do uso de EPI adequados, da higienização das mãos e espaços, bem como circulação nos locais de trabalho, mantendo o distanciamento físico e arejamento das salas, resultou em uma colaboração importante para avaliação de risco na empresa e para a tomada de decisão, validada posteriormente pela AS.

No início da fase de mitigação da pandemia, que se caracterizou no concelho da Amadora pela existência de surtos em escolas, foi determinada a suspensão das aulas após consenso entre suas direções, a autarquia e a associação de pais. Foi necessário reuniões para esclarecer a necessidade de impor tais medidas e informar qual o suporte legal que garantia a reposição salarial pela segurança social aos EE, obrigados a ficar no domicílio com os filhos menores (Decreto-Lei n.º 94-A/2020). A colaboração com a autarquia e associação de EE permitiu obter rapidamente listagens nominais para a emissão de DIP. O volume de questões colocados pelos EE, referente à obtenção de DIP para a segurança social, sobre o procedimento para a realização de testes para o SARS-CoV-2, entre outras, motivou o desenvolvimento de um documento “FAQs – *frequent asked questions*” para divulgação à comunidade escolar.

Na fase de disseminação, o aumento da procura de cuidados levou a direção do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Amadora, e os coordenadores das Unida-

des Funcionais (UF), designação das diferentes unidades que compõe o ACES, nomeadamente Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), Unidade de Saúde Familiar (USF), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados, (URAP), Unidade de Apoio à Gestão (UAG), Gabinete do Cidadão (GC), em articulação com a Unidade de Saúde Pública (USP), a iniciar um plano de resposta concertada e desenvolver um instrumento de vigilância para doentes em autocuidados, a plataforma do Trace-COVID-19, permitindo uma resposta assistencial no domicílio, em formato de teleconsulta, incluindo a integração de cuidados hospitalares.

Em uma revisão da estratégia de controle da infecção, foi executado o PC do ACES, implementando medidas nas unidades, uma política de direcionamento de doentes com queixas respiratórias para o Atendimento a Doentes Respiratórios (ADR), dando cumprimento a orientações nacionais. As equipas de Controle de Infecção foram chave para impedir a quebra de regras, e não ter existido nenhum surto entre os profissionais.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 94-A/2020, aos contatos de alto risco identificados durante o rastreio, é imposto o IP, o qual implica a emissão de uma DIP pela AS a ser submetido à segurança social para o reembolso da perda salarial por ausência ao trabalho. Essa legislação não previu o volume de DIP a emitir por dia, e o procedimento montado tornou impraticável essa medida, com graves consequências para as famílias, e o difícil cumprimento da lei. O ajuste dessa medida demorou vários meses, resultando em resposta à emissão automática após aprovação da AS na plataforma do Trace-COVID-19, ou a validação de DIP emitidas pelo SNS24 após a inscrição de utentes na plataforma Trace-COVID-19 pela SNS24.

A legislação acima mencionada não definiu os procedimentos a serem tomados para trabalhadores informais, sem vínculo laboral, cujo rendimento provinha de trabalhos temporários ou atividades não formais. Na comunidade amadoreense, o aumento de famílias sem suporte familiar e financeiro a quem foi imposto o IP implicou a criação de serviços de apoio ao domicílio por equipas multidisciplinares organizadas pelos parceiros PSP, e proteção civil e saúde, com suporte financeiro da autarquia, e este exemplo foi estendido a outras autarquias.

Na componente assistencial, por meio de modelos formativos a distância, “webinares”, desenvolveram-se ações de sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para a identificação precoce de casos suspeitos, articulação e promoção de acordos com os laboratórios de análises clínicas, com capacidade de resposta imediata e dirigida ao prescritor, para alimentar o sistema de vigilância SINAVE, e responder à componente clínica.

Foi criada no ACES Amadora uma *task-force* de gestão e articulação entre os profissionais das várias unidades funcionais do ACES nas atividades de autocuidados (no

domicílio). A Task-Force Amadora se reúne uma vez por semana e articula as equipas da saúde pública e do hospital. São elaborados os relatórios de atividade diária indicando os fins de isolamento, as transferências para o hospital ou outro ACES. A partilha de dados pelo hospital inclui a dimensão de atendimentos no serviço de urgência, de internamento em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI).

Foram selecionados diferentes indicadores para avaliar os resultados da intervenção: a taxa de incidência, a % de positividade, o valor de  $R_t$ , o número de surtos ou *clusters*, e a respectiva taxa de ataque, baseados na definição de caso da norma nº 020/2020, de 9 de novembro de 2020 da DGS, e no documento linhas vermelhas da DGS<sup>7</sup>. Nessa intervenção, são considerados indicadores de gravidade, como o número de casos internados no hospital e na UCI, e a letalidade; e indicadores de prontidão, a capacidade de resposta rápida no rastreamento de contactos medida pelo número de horas entre a comunicação do caso e a resposta de SP para a identificação e estratificação de risco e seu isolamento.

Uma limitação do método da avaliação participativa manifestou-se quando o aumento da incidência de casos não foi acompanhado de uma alocação de recursos humanos suficientes para a realização dos inquéritos epidemiológicos e rastreamento de contactos de alto risco, levando a que esses contactos de risco não fossem isolados em tempo útil para cortar a cadeia de transmissão. Seria necessário definir prioridades na alocação dos recursos já limitados, entre a realização de rastreios de contactos e o isolamento, e o atendimento em teleconsulta de indivíduos covid-19 positivos, mesmo que assintomáticos.

Pelo fato de as partes interessadas fazerem parte do processo de avaliação, tornava-se mais relevante para estes a manutenção da assistência a indivíduos infectados, pois essa abordagem relaciona-se com as suas preocupações particulares; não tendo sido possível explicar que o não isolamento de contactos levaria a um aumento exponencial de infectados. Essa limitação criou um obstáculo ao fluxo de atividades previstas no desenho da intervenção, e implicações nos resultados, com aumento acentuado de inquéritos por realizar e consequente falha de isolamentos e aumento da disseminação.

Não existiu uma articulação das mensagens para o cidadão, e, por vezes, estas eram contraditórias com a mensagem técnica, gerando dificuldade de compreensão do problema. A falta de recursos não permitiu uma resposta adequada ao volume de solicitações dos cidadãos, levando à exaustão e frustração dos profissionais e à exaltação dos cidadãos por não verem resolvidos os seus problemas.

Conclui-se que a avaliação participativa é um poderoso instrumento para o desenvolvimento do modelo lógico, enriquecido pelas perguntas avaliativas que permitem a identificação de lacunas na teoria do programa e, conseqüentemente, no modelo lógico. A inclusão dos beneficiários na avaliação participativa, além dos avaliadores, dos ges-

tores e de outros parceiros, favorece a reformulação das habituais práticas da pesquisa avaliativa, pois se propõe a integrar setores marginalizados na formulação, execução e avaliação das políticas sociais e de saúde<sup>32</sup>.

Em homenagem à Professora Zulmira Hartz, que lecionou a unidade curricular de avaliação em saúde no programa de doutoramento de saúde internacional do Instituto de Higiene e Medicina Tropical, agradecemos a forma como transferiu seus conhecimentos, como nos contagiou com o entusiasmo com que nos transmitiu os saberes da avaliação, lembrando sempre que as formas de avaliação, podendo ser meritocráticas, classificatórias ou hierárquicas, são sempre formas a que se submete o objeto avaliado, relativas a testes de padronização, mas são maneiras simplificadoras de um processo muito complexo que é a avaliação. Soube, assim, dizer que ensinar é esta capacidade de nos fazer viver o que já foi por si vivido.

Muito obrigada, professora Zulmira, por nos ter permitido conhecê-la.

Não temos conflitos de interesses a declarar.

## Referências

1. Câmara Municipal da Amadora. Amadora em Números, – Amadora data – censos 2011 [Internet]. Amadora: CMA; 2011 [citado 2021 jul 20]. Disponível em: [https://www.cm-amadora.pt/imagens/TERRITORIO/INFORMACAO\\_GEOGRAFICA/PDF/ESTATISTICAS/amadora\\_em\\_numeros.pdf](https://www.cm-amadora.pt/imagens/TERRITORIO/INFORMACAO_GEOGRAFICA/PDF/ESTATISTICAS/amadora_em_numeros.pdf)
2. Vieira de Almeida. Estados de Calamidade e de Emergência. VdA [Internet]. 24 ago. 2021 [citado 2021 jul. 20]. Disponível em: <https://www.vda.pt/pt/publicacoes/insights/estados-de-calamidade-e-de-emergencia/21881>
3. Portugal. Tribunal de Contas. Impacto na atividade e no acesso ao SNS. Relatório nº 5/2020-OAC 2º secção [internet]. Lisboa: TC; outubro 2020 [citado 2021 jul 22]. Disponível em: <https://www.tcontas.pt/pt-pt/ProdutosTC/Relatorios/relatorios-oac/Documents/2020/relatorio-oac-2020-05.pdf>
4. Hartz ZMA. Avaliação dos programas de saúde: perspetivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 1999;4(2):341-54.
5. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Norma nº 019/2020, de 26 de outubro de 2020 atualizada a 22 de junho de 2021. COVID-19: Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2 [Internet]. Lisboa. Ministério da Saúde; 2020 [citado 2021 jul 3]. Disponível em: [https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/06/Norma\\_019\\_2020\\_act\\_22\\_06\\_2021.pdf](https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/06/Norma_019_2020_act_22_06_2021.pdf)
6. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Plano de Vacinação COVID-19 [Internet].

Lisboa: Ministério da Saúde; 3 dez. 2020 [citado 2021 jul 3]. Disponível em: [https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/12/PLANO-VACINAC%CC%A7A%CC%830\\_20201203.pdf](https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/12/PLANO-VACINAC%CC%A7A%CC%830_20201203.pdf)

7. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Instituto Nacional de Saúde. Monitorização das linhas vermelhas para a COVID-19 [Análise de Risco] [Internet]. Relatório n.º 15. Lisboa: Ministério da Saúde; 16 jul. 2021 [citado 2021 jul 18]. Disponível em: [https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/07/20210716\\_Monitorizac%CC%A7a%CC%83o\\_Epidemia\\_COVID-19.pdf](https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/07/20210716_Monitorizac%CC%A7a%CC%83o_Epidemia_COVID-19.pdf)

8. W.K. Kellogg Foundation. Logic Model Development Guide: Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action. Michigan: W.K. Kellogg Foundation; 2004.

9. Funnell SC, Rogers P. Purposeful Program Theory: Effective Use of Theories of Change and Logic Models. New Jersey: Wiley; 2011. ISBN: 0470939893.

10. Cassiolato M, Guerese S. Como elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Nota Técnica n.º 6 [Internet]. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2010 [citado 2021 jul 10]. indisponível em: [https://www.betterevaluation.org/sites/default/files/IPEA\\_Modelo%20Logico.pdf](https://www.betterevaluation.org/sites/default/files/IPEA_Modelo%20Logico.pdf)

11. Rowan MS. Logic models in primary care reform: navigating the evaluation. Can J Program Eval. 2000;15(2):81-92.

12. Renger R, Titcomb A. A Three-Step Approach to Teaching Logic Models. Am J Eval. 2002;23(4):493-503.

13. Bickman L. Using Program Theory in Evaluation. New Directions for Program Evaluation, n 33. 1987.

14. Hartz ZMA. Institutionalizing the evaluation of health programs and policies in France: cuisine internationals over fast food and sur measure over ready-made. Cad Saúde Pública. 1999;15(2):229-60.

15. Rossi PH Freeman HE. Evaluation, a systematic approach. 7th ed Beverly Hills: Sage Publications; 2004.

16. Hartz ZA, Pouvourville G. Avaliação dos programas de saúde: a eficiência em questão. Ciênc Saúde Coletiva. 1998;3(1):68-82.

17. Hartz ZMA; Vieira-da-Silva LM, organizadoras. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de Saúde. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005. 275 p.

18. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Orientação Técnica n.º 006/2020,

de 26 de fevereiro de 2020, atualizada a 29 de abril de 2021. COVID-19: Procedimentos de prevenção, controlo e vigilância em empresas [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2020 [citado 2021 jul 10]. Disponível em: [https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/05/Orientacao-6\\_2020\\_act\\_29\\_04\\_2021.pdf](https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/05/Orientacao-6_2020_act_29_04_2021.pdf)

19. Contandriopoulos A-P Champagne F, Denis J-L, Pineault R. Avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA, organizadora. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-48.

20. Rossi PH, Freeman HE, Lipsey MW. Evaluation: a systematic approach. Thousand Oaks: SAGE Publications; 1999.

21. Hartz ZMA. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.

22. Furtado JP, Campos GWS, Oda WY, Onocko-Campos R. Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração. Cad Saúde Pública [Internet]. 2018 [citado 2021 jul 23];34(7):e00087917. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BBqjwR8cvsrVKVNBy9BfK Tp/?format=pdf&lang=pt>

23. Sakellarides C, Araújo F. Estratégia de Saúde Pública para a Pandemia COVID-19 em Portugal: Contribuições da Experiência Internacional. Acta Med Port [Internet]. 2020 [citado 2021 jul 23];33(7-8):456-8. Disponível em: <https://doi.org/10.20344/amp.14130>

24. Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Orientação Técnica nº 001/2021, de 20 de janeiro de 2021 COVID19: Vigilância e Investigação Epidemiológica [Internet]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2021 [citado 2021 jul 23]. Disponível em: [https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/01/Orientacao-n\\_0012021-de-20012021.pdf](https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2021/01/Orientacao-n_0012021-de-20012021.pdf)

25. CDC COVID-19 Response Team. Coronavirus Disease 2019 in Children – United States, February 12–April 2, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(14):422-6. doi: 10.15585/mmwr.mm6914e4

26. United Nations Development Program. Results Based Management Handbook –Harmonizing RBM concepts and approaches for improved development results at country level [Internet]. UNSDG; 2011 [cited 2021 Jul 15]. Available from: <https://unsdg.un.org/sites/default/files/UNDG-RBM-Handbook-2012.pdf>

27. Baker QE, Davis DA, Gallerani R, Sánchez V, Viadro C. Uma Estrutura de Avaliação para Programas de Saúde da Comunidade. Durham, NC: The Center for the Advancement of Community Based Public Health; 2000.

28. Matus C. Política, planejamento e governo [Internet]. Brasília: Editora IPEA; 1993 [citado

2021 jul 20]. Disponível em: <http://flacso.org.br/files/2017/05/Caderno-7-Planejamento-Estrat%C3%A9gico-Forgep.pdf>

29. Nitsch M, Waldherr K, Denk E, Griebler U, Marent B, Forster R. Participation by different stakeholders in participatory evaluation of health promotion: A literature review. *Eval Program Plann* [Internet]. 2013 [cited 2021 Jul 20];40:42-54. Available from: [www.elsevier.com/locate/evalprogplan](http://www.elsevier.com/locate/evalprogplan)

30. Denis J, Champagne F. Análise da implantação. In: Hartz ZMA, Organizadora. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 49-88.

31. World Health Organization. *Emergency Response Manual; Guidelines for WHO representatives and Country Offices, in the Westerns Pacific Region* [Internet]. Geneve; WHO; 2003. [cited 2021 Jul 20]. Available from: [https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/1366/Emergency\\_response\\_manual\\_eng.pdf](https://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/1366/Emergency_response_manual_eng.pdf)

32. Herrera JCS, Champagne F, Contandriopoulos A-P. Novas práticas em avaliação participativa: lições de uma pesquisa avaliativa sobre os conselhos de saúde no Brasil e em Espanha. *An Inst Hig Med Trop* [Internet]. 2019 [citado 2021 jul 29];(supp 1):s-99-s108. Disponível em: <https://anaisihmt.com/index.php/ihmt/article/view/325/260>